

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۲۷

پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۶/۲۶

نوع مقاله: علمی - پژوهشی

صفحه: ۸۷-۱۰۷

ارزیابی شاخص‌های ذهنی شهر سالم از دیدگاه شهروندان (مطالعه موردی: شهر شهریار)

علی اکبر تقی پور^{۱*}، سیده مهتا شاهمیری^۲، پارسا احمدی دهرشید^۳

چکیده: برنامه‌ریزی شهری سلامت‌محور، مفهومی است که در آن پیوند شهر و سلامت روحی و جسمی شهروند، به‌منظور افزایش سطح کیفیت زندگی ایشان به‌عنوان یک اصل اساسی قلمداد می‌شود. ایده شهر سالم که به‌نوعی در ذیل مفهوم برنامه‌ریزی شهری سلامت‌محور قرار دارد، یک جنبش جهانی بوده که هدف کلی آن، دستیابی به یک محیط سالم برای زندگی شهروندان است. شهر شهریار به‌واسطه رشد سریع جمعیت، گسترش فیزیکی شهر و تخریب باغ‌ها و اراضی کشاورزی پیرامون شهر، احداث کارخانه‌ها و صنایع، با معضلات زیست‌محیطی متعددی دست‌به‌گریبان است. از این‌رو، در مطالعه حاضر تلاش بر آن است تا با استفاده از یک روش توصیفی - تحلیلی، ابتدا شاخص‌های شهر سالم از دیدگاه شهروندان سنجیده شود، سپس متغیرهای تأثیرگذار بر متغیر «امید به آینده» تبیین شود. جهت دستیابی به این اهداف، ۲۳ شاخص در ۶ مؤلفه «سلامت و بهداشت»، «محیط‌زیست»، «اجتماعی»، «اقتصاد»، «حمل و نقل» و «امنیت و ایمنی» با استفاده از روش اسنادی تدوین و در قالب پرسش‌نامه در میان جامعه آماری (۳۸۳ نفر از شهروندان شهر شهریار) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که از نظر شهروندان، شاخص «زیست‌محیطی» به‌عنوان بالاترین سطح رضایت و شاخص «اقتصادی» پایین‌ترین میزان رضایت را به خود اختصاص داده است. از سوی دیگر مشخص شد متغیرهایی نظیر «اوقات فراغت» و «فعالیت‌های تفریحی» بیشترین اثر مثبت و متغیرهایی نظیر «رضایت از درآمد با توجه به هزینه‌ها» و «دسترسی به امکانات آموزشی» بیشترین تأثیر منفی را روی متغیر امید به آینده دارند. به‌صورت کلی، نتایج نشان می‌دهد که شهر شهریار تا تبدیل شدن به یک شهر سالم، فاصله زیادی دارد و این امر مستلزم آن است تا توسط متولیان امر، برنامه‌ریزی و راهبردهای متناسبی در این مسیر به کار گرفته شود. یافته‌های این پژوهش می‌تواند به‌گفتمان جاری در مورد شهرهای سالم کمک کرده و راهبردهای تبدیل شهر شهریار به یک شهر پایدار و سالم را تبیین کند.

واژگان کلیدی: شهر سالم، برنامه‌ریزی سلامت، کیفیت زندگی، توسعه پایدار شهری، شهر شهریار

^{۱*} استادیار، گروه جغرافیا، دانشکده علوم زمین، دانشگاه دامغان، دامغان، ایران؛ نویسنده مسئول: a.taghipour@du.ac.ir

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی شهری، گروه شهرسازی، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، گروه جغرافیای انسانی، دانشکده جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۱- مقدمه و بیان مسئله

بیش از ۵۰ درصد جمعیت جهان در شهرها زندگی می‌کنند (World Bank, 2023) و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۵۰ م مقدار آن به ۷۰٪ نیز برسد (United Nations, 2018). زندگی در سکونتگاه‌های شهری در عین فراهم آوردن امکانات، دسترسی و راحتی، پیامدهای نامطلوب بهداشتی و زیست‌محیطی متعددی را نیز به وجود آورده که این اثرات نامطلوب، سبب تنزل کیفیت زندگی و سلامت شهروندان شده است (فصیحی و همکاران، ۱۴۰۰، ۳۱۱؛ Yang et al, 2020, 1). مطالعات نشان داده است که بیماری‌های غیر واگیر در مناطق شهری در حال افزایش است، زیرا جمعیت شهری در معرض سبک زندگی غیرفعال، رژیم غذایی نامتعادل و آلودگی محیط‌زیست شهری قرار دارند (Day et al, 2013, 22-23; Lawrence et al, 2013, 2; Zijlema et al, 2015, 34). از سال ۱۹۸۶، رویکرد شهرهای سالم که بر مدیریت سیستماتیک عوامل اجتماعی و زیست‌محیطی سلامت تأکید دارد، توسط سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان یک رویکرد سیستمی برای مقابله با چالش‌های بهداشت شهری پیشنهاد شده است (Ashton et al, 1986, 320). استفاده از رویکرد شهر سالم، همان‌گونه که از پسوند آن - سالم - مشخص است، شهر را به سکونتگاهی سالم مبدل می‌سازد؛ سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) در تعریف شهر سالم بیان کرده است: «شهر سالم شهری است که به‌طور مداوم به دنبال ایجاد و بهبود محیط‌های فیزیکی، اجتماعی و گسترش منابع اجتماعی است؛ شهر سالم مردم را قادر می‌سازد تا از یکدیگر در انجام تمام عملکردهای زندگی و توسعه حداکثر پتانسیل خود، حمایت کنند» (Duhl & Hancock, 1988, 24). در عین قدمت رویکرد شهر سالم - از سال ۱۹۸۶- و اهمیت بالقوه آن، مشاهده شده است که استفاده از این رویکرد در جوامع مختلف به‌صورت یکسان نبوده است؛ برای مثال در جوامع اروپایی، بیش از ۱۰۰۰ شهر عضو شبکه شهر سالم اروپا هستند، در این شهرها، رویکرد شهر سالم فراتر از وظایف

اولیه بهداشتی گسترش یافته است (Ashton et al., 2018, 503). شهرهای آسیا، آمریکا جنوبی و آفریقا نیز فعالانه در حال ساخت شهرهای سالم هستند اما در آن‌ها، تأکید شهر سالم بر برابری سلامت، عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت جامعه و سلامت عمومی، علی‌الخصوص در آمریکای لاتین و آسیا، متمرکز است (Simos et al, 2017, 92; Westphal et al, 2018, 279; Elfeky et al, 2019, 445-446).

رویکرد شهرهای سالم شامل مجموعه‌ای از کارها، از جمله تجزیه و تحلیل کامل از چالش‌ها و علل عمده سلامت، تهیه یک برنامه اقدام، اجرای برنامه‌ها و ارزیابی پیشرفت است (Yang et al, 2020, 17). ارزیابی و نظارت بر بخش‌های مختلف شهر سالم امری ضروری است؛ زیرا می‌توان با اتکا بر آن، اثربخشی اقدامات مداخله‌ای را سنجید و شناسایی شکاف‌های موجود بر راه اجرای رویکرد شهر سالم را شناسایی کرد (De Leeuw, 2012, 220; De Leeuw, 2013, 15). ارزیابی و نظارت بخش‌های مختلف رویکرد شهر سالم، مشروط بر شاخص‌ها و سنجه‌های استاندارد و به عبارتی بهتر، یک چارچوب ارزیابی استاندارد است. پینو^۱ و همکاران (۲۰۱۸، ۶۱۳) در مطالعه مروری خود، ۱۴۵ سیستم شاخص سلامت شهری و ۸۰۰۶ شاخص را شناسایی کردند. ویستر و ساندرسون^۲ (۲۰۱۳، ۵۲) چارچوبی را تحت عنوان شاخص‌های شهر سالم توسعه یافته را ارائه داد؛ سیستم رتبه‌بندی بهداشت شهرستان که توسط رمینگتون^۳ و همکاران (۲۰۱۵، ۲) و شاخص شهر سالم ملی کشور چین (۲۰۱۸) که توسط کمیته کمپین ملی سلامت^۴ چین ارائه شد، نمونه‌ای از چارچوب‌های ارزیابی شهرهای سالم است. آنچه در بین تمامی چارچوب‌ها مشترک است، شاخص‌های اجتماعی - اقتصادی، فیزیکی/کالبدی، رفتار سلامت، خدمات بهداشتی، پیامدهای سلامت و ساختارهای سازمانی بود. همان‌طور که

³ Remington.

⁴ National Health Campaign Committee.

¹ Pineo.

² Webster & Sanderson.

تا معضلات متعددی نظیر ایجاد آلودگی‌های محیطی (هوا و صوتی)، ترافیک شهری، ناکارآمدی سیستم خدمات شهری به واسطه گسترش شهر و در نتیجه، تقلیل کیفیت زندگی شهری (حاتمی نژاد و همکاران، ۱۳۹۴، ۱۰۵) به وجود آید. در مطالعه حاضر، با درک معضلات موجود، تلاش می‌شود تا شاخص‌های شهر سالم در شهر شهریار از دیدگاه شهروندان مورد ارزیابی قرار گیرد. به نظر می‌رسد که نتایج حاصله می‌تواند نقاط قوت و ضعف شهریار را معرفی کند؛ این مسئله از این جهت حائز اهمیت است که می‌توان با اتکا بر نقاط قوت و از سوی دیگر با شناسایی نقاط ضعف، با کاستی‌های سیستم شهری مورد مطالعه آشنا شد و اقدام به ارائه پیشنهاداتی در راستای بهبود آن، نمود. مطالعه حاضر دو هدف کلی را دنبال و برای دستیابی به آن اهداف، سؤال‌های متناسب و فرضیه‌های مرتبط با آن را مطرح می‌کند (جدول شماره ۱).

یانگ^۱ و همکاران (۲۰۲۰، ۲) بیان می‌کنند، این شاخص‌ها، ستون فقرات سیستم‌های شاخص را تشکیل می‌دهد.

به واسطه اثرات پیاده‌سازی نظام سرمایه‌داری پیرامونی و به دنبال آن، انباشت سرمایه و تمرکززدایی فضایی، شهر تهران همانند اکثر شهرهای بزرگ ایران، در مسیر توسعه و رشد شتابان و در عین حال ناپایداری قرار گرفت (مرادی مکرّم و همکاران، ۱۳۹۹، ۲۴۵). شهر شهریار نیز به واسطه نزدیکی به شهر تهران از این روند در امان نبود؛ به طوری که در حداثت سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۵، جمعیت آن ۲۶ برابر افزایش یافته است (سازمان ملی آمار ایران، ۱۳۹۵). مضاف بر این افزایش جمعیت، گسترش فیزیکی شهر و تخریب باغ‌ها و زمین‌های کشاورزی پیرامون شهر و احداث کارخانه‌ها، صنایع و کارگاه‌های متعدد در شهر شهریار و پیرامون آن، سبب شده

جدول ۱. شمای کلی از اهداف، سؤال‌ها و فرضیه‌های پژوهش

هدف	سؤال	فرضیه
سنجش شاخص‌های شهر سالم از دیدگاه شهروندان	کدام یک از شاخص‌های شهر سالم بهترین وضعیت را در منطقه مورد مطالعه دارد؟	شاخص «زیست‌محیطی» وضعیت بهتری را از نظر شهروندان نسبت به سایر شاخص‌های شهر سالم دارد.
	کدام یک از شاخص‌های شهر سالم پایین‌ترین سطح رضایت را در منطقه مورد مطالعه دارد؟	شاخص «حمل‌ونقل و دسترسی» وضعیت نامطلوبی را از نظر شهروندان نسبت به سایر شاخص‌های شهر سالم دارد.
تبیین متغیرهای تأثیرگذار بر امید به آینده	کدام متغیر بیشترین تأثیر را بر روی شاخص «امید به آینده» دارد؟	متغیر «وضعیت اشتغال» بیشترین تأثیر مثبت را روی شاخص امید به آینده دارد.
	کدام متغیر کم‌ترین تأثیر را بر روی شاخص «امید به آینده» دارد؟	متغیر «رضایت از نوریپردازی در شب» بیشترین تأثیر منفی را بر شاخص امید به آینده دارد.

۲- پیشینه و مبانی نظری پژوهش

۲-۱- مبانی نظری

شهر سالم را شهری می‌داند که در آن با ایجاد و گسترش پیوسته شرایط فیزیکی، اجتماعی و زیست‌محیطی و استفاده بهینه از منابع و امکانات موجود، محیطی فراهم شود که در اثر آن مردم جامعه ضمن حمایت یکدیگر و مشارکت عمومی در انجام کلیه امور زندگی، قابلیت خود را به حداکثر برسانند (Nutbeam & Kickbusch, 1998, 359). داشتن محیط فیزیکی تمیز و امن با کیفیت بالا، داشتن اکوسیستم پایدار شهری، داشتن جامعه منسجم و نیرومند با حمایت دوجانبه از

شهر سالم شهری است که به طور مستمر در حال خلق و بهبود آن بخش از شرایط محیط کالبدی و اجتماعی و توسعه منابع اجتماعی است که مردم را قادر می‌سازد به طور متقابل از همدیگر در جهت دستیابی به کلیه شئون زندگی و در جهت حداکثر توانمندی بالقوه‌شان حمایت کنند (Duhl & Hancock, 1988, 24). سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸)

¹ Yang.

ارتباط شهر سالم با توسعه شهری پایدار در جهت بهبود کیفیت زندگی ساکنان و تحقق اهداف پایداری اقتصادی، اجتماعی و محیطی حائز اهمیت است. «توسعه پایدار فرایندی است که با سازماندهی و تنظیم رابطه انسان و محیط و مدیریت بهره‌برداری از منابع و محیط‌زیست، دستیابی به تولید فزاینده و مستمر، زندگی سالم، امنیت غذایی، عدالت، ثبات اجتماعی و مشارکت مردم را تسهیل می‌کند» (شرفی و علی‌بیگی، ۱۳۹۴، ۱۱۶). مدل توسعه پایدار همانند رویکرد مدل‌های رایج توسعه و رشد، توسعه را امر مدرنیزاسیون جهانی بر طبق خواسته‌ها و راه و روش‌های غربی می‌داند (Choi & Sirakaya, 2006, 1281). این مدرنیزاسیون در جهان باعث آثار منفی شدیدی شد که می‌توان به شهرنشینی بی‌رویه در کشورهای جنوب، تفاوت‌های اقتصادی در بین مناطق و فاصله طبقاتی، فقر، افزایش بیماری‌های واگیردار، مصرف بی‌رویه منابع و ذخایر معدنی و طبیعی در کشورهای صنعتی (شمال) و کشورهای جنوب اشاره کرد. این روند سبب تغییرات اقلیمی، آلودگی محیط و از بین رفتن بیشتر ذخایر طبیعی از جمله جنگل‌ها و گونه‌های زیستی بسیار در جهان شده است (Robinson, 2004, 371). در نتیجه از لحاظ تئوری، توجه به سلامت شهری نشان‌دهنده رشد سلامت زیست‌محیطی (در شهر) است (Cerin et al, 2009, 1014). البته مدل‌های زیست‌محیطی ارتقا سلامت نیازمند این شرط است که ارتقا سلامت و پیشگیری دیدی کل‌نگر داشته و تمام جوانب را در نظر بگیرد (Richmond et al, 2005, 351-353)؛ بنابراین به استناد تعاریف، توسعه پایدار فرایندی است که اهداف اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی، آموزشی و زیست‌محیطی جامعه را در هر مکانی از طریق برنامه، طرح، سیاست و اقدامات اجرا می‌کند. بر این اساس سه محیط عمده - و یا سه بُعد اصلی وجود دارد که عبارت‌اند از: ۱- محیط اقتصادی، ۲- اجتماعی و ۳- زیست‌محیطی (Stokols, 1996, 283). تلاش‌های ارتقای سلامت مبتنی بر رویکرد شهر سالم می‌تواند به دستیابی به اهداف توسعه

سوی مردم و دولت، ایجاد مشارکت همگانی در تصمیمات مربوط به زندگی، سلامت و رفاه، تأمین نیازهای اساسی، داشتن اقتصاد شهری زنده، نوآور و پویا، دسترسی به تجارب و منابع در سطح وسیع برای همه، تشویق جامعه برای ارتباط با میراث فرهنگی، داشتن حداقل سطح مناسب از بهداشت عمومی، داشتن ساختار شهری مناسب از موارد مهم در شهر سالم است.

شهر سالم بر ابعاد گوناگونی از شهر و زندگی شهری اثرگذار است، این ابعاد از منظرهای مختلف قابل بررسی است از جمله: (الف) منظر سلامت جسمی و روحی؛ شهر سالم، به‌عنوان محیطی که به ساکنان خود امکان دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی مؤثر را فراهم می‌کند و فضاهای سبز، تسهیلات ورزشی و مکان‌های تفریحی مناسب را به‌عنوان ابزارهایی برای تحقق سلامت جسمی و روحی جامعه فراهم می‌آورد (Moudon, 2009, 167-169)؛ (ب) منظر تسهیلات عمومی و ساختار شهری؛ شهر سالم، تسهیلات عمومی متنوع و ساختار شهری هوشمندی را ارائه می‌دهد که به شهروندان امکان دسترسی آسان به خدمات، تجربه ترافیک کم‌مزاحم و ارتقا بهره‌وری شهری را فراهم می‌آورد (Berrigan et al, 2006, 212)؛ (ج) منظر فرصت‌های اقتصادی و اجتماعی؛ شهر سالم، محیطی را ایجاد می‌کند که اقتصاد محلی را تحریک کرده و فرصت‌های شغلی و اجتماعی برای شهروندان را ایجاد می‌کند. این شهرها از طریق ارتقا مشارکت شهروندان در تصمیم‌گیری‌های محلی و توسعه اجتماعی ایجاد می‌کنند (Jackson et al, 2013, 1543)؛ (د) منظر مشارکت شهروندان؛ شهر سالم، با ترکیب مشارکت شهروندان در تصمیم‌گیری‌های محلی و توسعه شهری، ارتقا احساس تعلق و هویت محلی را ترویج می‌دهد و شهروندان را به‌عنوان شرکای فعال در بهبود شهر خود در مسیر ساختن یک جامعه سالم و پایدار ترغیب می‌کند (Hirsch et al, 2014, 3)؛ (ه) منظر محیط‌زیست پایدار؛ شهر سالم، به طراحی و اجرای محیط‌زیست پایداری تلنگر می‌زند که شامل حفاظت از منابع طبیعی، مدیریت پسماندها، کنترل آلودگی هوا و آب و استفاده از منابع تجدید پذیر است (Barton & Grant, 2006, 252-253).

عدم اولویت قرار گرفتن رویکرد شهر سالم در طرح‌های شهری، در وضعیت نامطلوبی قرار دارد.

گروه دوم، مطالعاتی است که در آن‌ها یک چارچوب برای ارزیابی شهر سالم معرفی شده است؛ چارچوب شهرهای سالم سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸)، نخستین چارچوب ارزیابی شهرهای سالم در جهان است. این چارچوب بر اهمیت مؤلفه‌هایی نظیر دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، کیفیت محیطی، شمول اجتماعی و فرصت‌های اقتصادی در قالب شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی و محیطی تأکید می‌کند. وبستر و ساندرسون^۲ (۲۰۱۳، ۵۲) چارچوبی را تحت عنوان شاخص‌های شهر سالم توسعه یافته را ارائه داد. شاخص رفاه شهر سازمان ملل متحد - هایئات (CPI) (۲۰۱۵) شاخص‌هایی مانند نرخ اشتغال، مقرون‌بهره بودن مسکن، دسترسی به خدمات اساسی و شیوه‌های پایداری محیطی را در نظر می‌گیرد (UN-Habitat, 2015). سیستم رتبه‌بندی بهداشت شهرستان (Remington et al, 2015, 1)، شاخص‌های شهر سالم ملی چین (۲۰۱۸) نیز نمونه‌ای از شاخص‌های ارزیابی شهر سالم است. شاخص سلامت شهری - CDS (۲۰۲۰، ۳-۱) با در نظر گرفتن شاخص‌هایی مانند کیفیت هوا، دسترسی به فضاهای سبز، انسجام اجتماعی و در دسترس بودن خدمات بهداشتی، عوامل و پیامدهای سلامت را شناسایی می‌کند. به صورت کلی عامل اشتراک این چارچوب‌ها، شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی، فیزیکی/کالبدی، رفتار سلامت، خدمات بهداشتی، پیامدهای سلامت و ساختارهای سازمانی است.

گروه سوم نیز مطالعاتی است که با محوریت بیماری‌های همه‌گیر انجام شده است؛ مفهوم شهر سالم پس از دوره همه‌گیری مجدد^۱ در کانون توجهات قرار گرفت و در این راستا، مطالعات متعددی در زمینه شهرهای سالم و بیماری‌های همه‌گیر انجام شد. کسینگ^۳ و همکاران (۲۰۱۰، ۶۴۷) در مطالعه خود نشان دادند که بهره‌گیری از رویکرد شهر سالم می‌تواند در تقابل با آثار فرایند شهرنشینی، کاهش

پایدار^۱ از جمله SDG 11 شده و شهرها و سکونتگاه‌های انسانی را فراگیر، ایمن، انعطاف‌پذیر و پایدار بسازد (UN, 2016).

۲-۲- پیشینه پژوهش

گروه نخست، مطالعاتی است که با اتکا بر یک چارچوب ارزیابی شهر سالم، به ارزیابی شاخص‌های در سطح شهرهای کشور ایران پرداخته است؛ نکویی مقدم و افشار (۱۳۹۴، ۵۲۹)، در ارزیابی شاخص‌های شهر سالم شهر کرمان، نشان دادند که شهر کرمان از نظر شاخص‌های شهر سالم در وضعیت نامطلوبی قرار ندارد. رهنما و همکاران (۱۳۹۴، ۱۷)، در منطقه ۱۱ شهرداری مشهد مشاهده کردند که هیچ کدام از شاخص‌های زیست‌محیطی، اقتصادی - اجتماعی و بهداشتی مورد بررسی، در وضعیت نامطلوبی قرار ندارند. فصیحی و همکاران (۱۴۰۰، ۳۰۹)، در ارزیابی شهر سهند از نظر شاخص‌های شهر سالم، مشاهده کردند که ابعاد «کالبدی» و «زیست‌محیطی» در وضعیت مطلوب‌تری نسبت به ابعاد «اجتماعی - فرهنگی» و «اقتصادی» قرار دارد. یزدانی و زارنجی (۱۴۰۰، ۴۰۹۳)، در شهر اردبیل و با تأکید بر شاخص زیست‌محیطی شهر سالم، مشاهده کردند که شاخص زیست‌محیطی در وضعیت نامطلوبی قرار ندارد. رام دیکلو و همکاران (۱۴۰۱، ۲۷۷)، در ارزیابی شهر اردبیل مشاهده کردند که شاخص‌های بهداشتی، اجتماعی - اقتصادی و زیست‌محیطی، تنها شاخص «بهداشتی» در وضعیت قابل قبولی قرار دارد و سایر شاخص‌ها در وضعیت نامطلوبی به سر می‌برند. صادقی و همکاران (۱۴۰۲، ۱۹۵)، در ارزیابی شاخص‌های سلامت شهری در شهر زابل، وضعیت شاخص‌ها را نامطلوب برآورد کردند. به صورت کلی، پژوهش‌های انجام شده دال بر آن دارد که شاخص‌های شهر سالم در شهرهای ایران به دلایلی نظیر رشد ناگهانی جمعیت و عدم آمادگی سیستم و زیرساخت شهری در تأمین نیازها شهروندان، عدم وجود برنامه‌ریزی به منظور ارتقای وضعیت زیرساخت‌های شهری و

³ Keesing

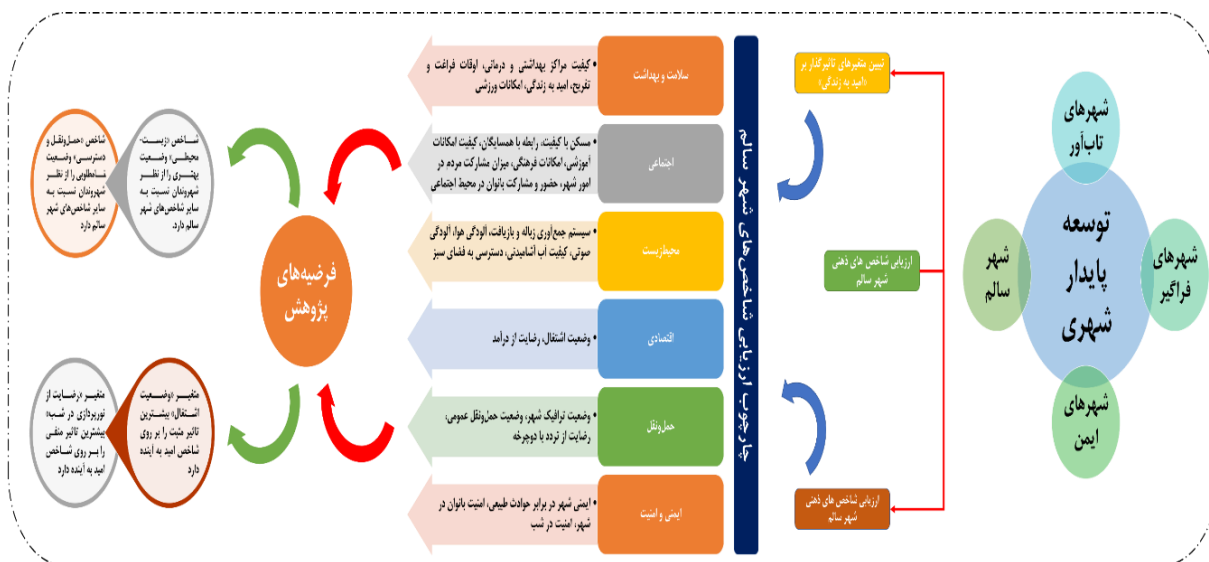
¹ SDGs

² Webster & Sanderson

مؤثرتر و هماهنگ‌تر به چالش‌هایی مانند COVID-19 کمک کند.

در گروه چهارم مطالعات، تأثیر شهر سالم بر کیفیت زندگی افراد مورد بررسی قرار گرفته است؛ تولچینسکی و واراویکووا^۴ (۲۰۱۴، ۸۹-۸۵) در مطالعه خود تأکید کردند یک شهر سالم شرایط و فرصت‌هایی را برای سبک زندگی سالم، فارغ از هر سن و طبقه اجتماعی فراهم می‌کند. رحیمی و پازند (۱۳۹۶، ۶۹) در مطالعه‌ای به تحلیل و ارزیابی کیفیت زندگی شهر با رویکرد شهر سالم پرداختند؛ آن‌ها با نشان دادن وضعیت شاخص‌های شهر سالم در شهر کرمان، ارتقای وضعیت شاخص‌های شهر سالم را در افزایش کیفیت زندگی شهروندان مؤثر دانستند. نتایج مطالعات انجام‌شده در زمینه شهر سالم و اثرات آن بر کیفیت زندگی نشان داد که یک شهر سالم می‌تواند تأثیر مثبت و قابل توجهی بر کیفیت زندگی ساکنان آن داشته باشد؛ در واقع شهرهای سالم با تمرکز بر جنبه‌هایی مانند سلامت جسمی و روانی، شمول اجتماعی، دسترسی به خدمات، پایداری، فرصت‌های اقتصادی و ایمنی، محیط‌هایی را ایجاد می‌کنند که رفاه کلی را تقویت و به بهبود کیفیت زندگی کمک می‌کنند.

تنوع زیستی در مناطق شهری و به دنبال آن، وقوع بیماری‌های همه‌گیر (از حیوان به انسان) مؤثر باشد. هو^۱ و همکاران (۲۰۲۱، ۱) به ارتباط میان نقش شهرها در انتقال بیماری‌های عفونی پرداختند؛ آن‌ها نشان دادند که کیفیت مسکن، وضعیت زندگی، نژاد و شغل به شدت با تعداد مرگ‌ومیر ناشی از کووید-۱۹ مرتبط است. یو^۲ و همکاران (۲۰۲۰، ۱) نیز در مطالعه خود نشان دادند که مدیریت سلامت شهروندان، مستلزم تعدیل عوامل اجتماعی و اقتصادی است و می‌بایست در این مسیر، توسعه شهری باید در راستای سلامت شهروندان تنظیم و اجرا شود. لک^۳ و همکاران (۲۰۲۰، ۶) با تأکید بر بررسی استراتژی‌های فعلی واکنش به بیماری‌های همه‌گیر از طریق مدیریت ریسک بلایا را برای ایجاد یک‌شکل شهری مقاوم در برابر همه‌گیری مؤثر دانستند. به صورت کلی، همه‌گیری کووید-۱۹ سبب شد تا مطالعات مربوط به شهر سالم، مجدداً در کانون توجه قرار گیرد. مفهوم شهر سالم می‌تواند پیامدهای متعددی برای مقابله با چالش‌های ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ داشته باشد؛ درحالی‌که یک شهر سالم نمی‌تواند به طور کامل از وقوع یک بیماری همه‌گیر جلوگیری کند، اصول یک شهر سالم می‌تواند به واکنش



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

³ Lak

⁴ Tulchinsky & Varavikova

¹ Hu

² You

۳- روش تحقیق

پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های توصیفی - تحلیلی قرار دارد. ابزار گردآوری داده در این پژوهش، اسنادی - پیمایشی است. در گام نخست با مطالعه اسناد علمی داخلی و خارجی، چارچوب نظری پژوهش تدوین و چارچوب اولیه ارزیابی شاخص‌های شهر سالم، استخراج شد.

در گام بعد، برای تدوین چارچوب ارزیابی شاخص‌های شهر سالم و تأیید پایایی و روایی آن، از ۱۵ نفر از کارشناسان

بدانش و تجربه مرتبط در موضوع تحقیق استفاده شد. آن‌ها با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند گلوله‌برفی (Hennink et al, 2017, 591-596; Parker et al, 2019, 3) برای شرکت در نظرسنجی دومرحله‌ای دلفی انتخاب شدند. در ابتدا با دعوت از چند کارشناس، فرایند تکمیل نظرسنجی آغاز شد، سپس از هر کارشناس خواسته شد تا افراد دیگری را برای شرکت در نظرسنجی معرفی کنند. اطلاعات کارشناسان که عموماً پانل خبرگان یا پانل متخصصان خوانده می‌شود، در (جدول شماره ۲) آورده شده است.

جدول ۲. مشخصات پانل خبرگان

جنسیت	زن		مرد	
	۷ نفر		۸ نفر	
سن	۲۰ تا ۳۵	۳۵ تا ۵۰	بیش از ۶۵	۶۵ تا ۵۰
تحصیلات	کارشناسی	کارشناسی ارشد	دوره فرصت مطالعاتی	دکتری
شغل	هیئت علمی	پژوهشگر مستقل	کارشناس شهرداری	دانشجو
	۲ نفر	۸ نفر	۱ نفر	۴ نفر
	۲	۶	۲	۵
	۵	۳	۴	۳

در دور اول، چارچوب ارزیابی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) در اختیار کارشناسان قرار گرفت؛ در این مرحله از آن‌ها خواسته شد تا نسبت به امکان ارزیابی شاخص‌ها و متغیرها در محدوده مورد مطالعه - شهریار - نمره ۰ (کم) تا ۵ (بیشترین) نمره‌دهی کنند. پس از انجام این مرحله، متغیرهایی که نمره آن‌ها کمتر از حد میانگین بود، حذف شد. در گام بعد متغیرهای باقی‌مانده که کارشناسان بر قرارگیری آن‌ها در چارچوب ارزیابی تأکید داشتند، فهرست شد و مجدداً برای آن‌ها ارسال شد تا پایایی آن و میزان توافق کارشناسان

مشخص شود. برای پایایی متغیرها و میزان توافق کارشناسان بر آن، از ضریب KWC استفاده شد (Gearhart et al, 2013, 519-522). در این ضریب، هر چه که مقدار ضریب به ۱۰۰٪ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده توافق کامل کارشناسان، روایی و پایایی بالای چارچوب ارزیابی خواهد بود (Field, 2005, 2; Legendre, 2005, 228-232).

چارچوب ارزیابی تدوین شده در قالب پرسش‌نامه‌ای پیمایشی، متشکل از ۲۳ سؤال قرار گرفت (جدول شماره ۳).

جدول ۳. چارچوب ارزیابی مورد استفاده در فرآیند پژوهش

شاخص	متغیر	شاخص	متغیر
سلامت و بهداشت	● کیفیت مراکز بهداشتی و درمانی	اجتماعی	● مسکن باکیفیت
	● اوقات فراغت و تفریح		● رابطه با همسایگان و هم‌محله‌ای‌ها
	● امید به آینده		● کیفیت امکانات آموزشی
	● امکانات ورزشی		● امکانات فرهنگی
			● میزان مشارکت مردم در امور شهر
			● حضور و مشارکت بانوان در محیط اجتماعی

شاخص	متغیر	شاخص	متغیر
محیط زیست	<ul style="list-style-type: none"> سیستم جمع‌آوری زباله و بازیافت آلودگی هوا آلودگی صوتی کیفیت آب آشامیدنی دسترسی به فضای سبز 	اقتصادی	<ul style="list-style-type: none"> وضعیت اشتغال رضایت از درآمد (باتوجه به هزینه)
حمل و نقل	<ul style="list-style-type: none"> وضعیت ترافیک شهر وضعیت حمل و نقل عمومی رضایت از تردد با دوچرخه 	ایمنی و امنیت	<ul style="list-style-type: none"> ایمنی شهر در برابر حوادث طبیعی امنیت بانوان شهر امنیت در شب

این پرسش‌نامه که برای جمع‌آوری اطلاعات از ساکنان شهریار طراحی شده بود، به ۳ بخش تقسیم شد که همه آن‌ها، به‌صراحت مرتبط با موضوع شهر سالم است. این ۳ بخش عبارت‌اند از ۱. اطلاعات عمومی پاسخ‌دهندگان، ۲. سؤالات زمینه‌ای در خصوص شهر (سؤالات باز)، ۳. شاخص‌های ارزیابی شهر سالم. برای ارزیابی این بخش‌ها، از مقیاس لیکرت^۱ (۱۹۳۲) پنج طیفی (۱ بسیار کم تا ۵ بسیار زیاد) استفاده شد. البته برخی سؤالات به‌عنوان «بله یا خیر» طراحی شد (برای مثال: تحت پوشش بیمه قرارداداشتن)، برخی دیگر از سؤالات برای ارائه زمینه و آگاهی بیشتر به‌صورت بازطراحی شد (برای مثال: سه مشکل اصلی شهر خود را نام ببرید. سه ویژگی مثبت شهر خود را نام ببرید).

بر اساس رویکرد روش‌شناختی کوکران^۲ (۱۹۷۷) که عموماً برای تعیین حجم نمونه استفاده می‌شود، ۳۸۳ نفر به‌عنوان نمونه آماری پژوهش تعیین شد. براین اساس، پرسش‌نامه طراحی شده از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی، در میان ۳۸۳ نفر از ساکنین شهر شهریار به‌صورت حضوری توزیع شد.

آلفای کرونباخ معیاری برای سازگاری یا پایایی درونی بین چندین آیتم، اندازه‌گیری یا رتبه‌بندی است. به‌عبارت‌دیگر، برآورد می‌کند که پاسخ‌های یک پرسش‌نامه (یا دامنه یک پرسش‌نامه)، ابزار دقیق یا رتبه‌بندی ارزیابی شده توسط آزمودنی‌ها چقدر قابل اعتماد هستند که نشان‌دهنده پایداری ابزارها است (Bujang et al, 2018, 59). آلفا توسط کرونباخ (Cronbach, 1951) توسعه داده شد که در ابتدا برای سنجش پایایی یک ابزار روان‌سنجی استفاده شد. مقدار آلفای کرونباخ از صفر تا یک متغیر است و مقادیر بالاتر نشان می‌دهد که آیتم‌ها همان بعد را اندازه‌گیری می‌کنند. در مقابل، اگر مقدار آلفای کرونباخ کم باشد (نزدیک به ۰)، به این معنی است که برخی یا همه موارد یک بعد را اندازه نمی‌گیرند (Gliem & Gliem, 2003, 87; Leontitsis & Pagge, 2007, 338). مقدار آلفای کرونباخ به‌دست آمده در این پژوهش، بالاتر از ۰/۷ و نشان‌دهنده پایایی مطلوب شاخص‌ها است (جدول شماره ۴).

جدول ۴. سنجش پایایی شاخص‌های پژوهش

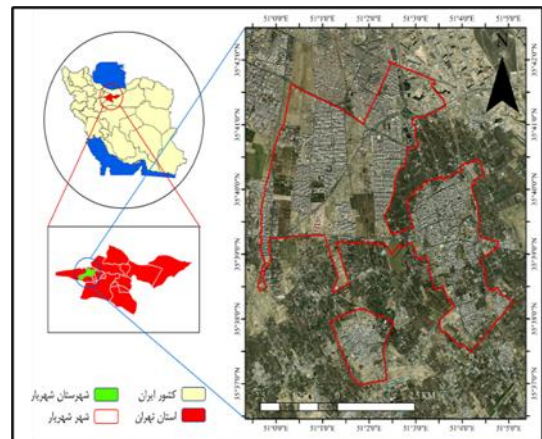
ارزیابی پایایی	اقتصادی	ایمنی	اجتماعی	بهداشت - سلامت	زیبایی	محیطی زیست	نقل و حمل	میانگین
آلفای کرونباخ	۰/۸۲۴	۰/۸۷۴	۰/۷۲	۰/۸۳۶	۰/۷۴۰	۰/۷۲۵	۰/۷۵۲	۰/۷۶۱

² Cochran

¹ Likert scale

۳-۱- محدوده مورد مطالعه

شهر شهریار با جمعیت ۳۰۹۶۰۷ نفر (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵)، در ۱۶ کیلومتری غرب شهر تهران و ۱۸ کیلومتری از جنوب شهر کرج قرار دارد. همچنین شهر شهریار به لحاظ تقسیمات فضایی دارای سه منطقه و یک ناحیه است. شهریار دارای باغ‌های میوه متنوع و فراوان، آب‌وهوای مطبوعی است و به دلیل وجود درختان و فضای سبز بسیار، به‌عنوان نگین سبز و ریه تنفسی استان تهران نامیده می‌شود (مهد نژاد و بیات، ۱۳۹۹، ۵۶). (شکل شماره ۱) موقعیت شهر شهریار را نمایش می‌دهد.



شکل ۲. موقعیت محدوده مورد مطالعه در تقسیمات کشوری

۴- یافته‌ها

۴-۱- مشخصات عمومی پاسخ‌دهندگان

در این بخش، یک تحلیل یکپارچه از ویژگی‌های جمعیت شناختی، شامل جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، مالکیت منزل مسکونی و تحت پوشش بیمه بودن ارزیابی شد. از بین شرکت کنندگان ۵۵/۴٪ زن و ۴۴/۶٪ مرد بودند. بیش از نیمی از پرسش‌شوندگان (۶۱/۴٪) متأهل بودند. حدود ۴۴٪ از پاسخ‌دهندگان دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و تحصیلات ۵۶٪ افراد، دیپلم و کمتر از آن بود. افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله بالاترین نسبت پاسخ‌دهی (۲۶٪) و افراد ۶۰ ساله و بالاتر کم‌ترین نسبت پاسخ‌دهی (۷/۸٪) را داشتند. ۶۱/۸٪ افراد پاسخ‌دهنده، مالک و ۳۸/۱٪ افراد مستأجر بودند. بیش از ۵۵٪ افراد تحت پوشش بیمه‌های مختلف درمانی قرار داشتند (جدول شماره ۵).

جدول ۵. مشخصات جمعیتی - اجتماعی پاسخ‌دهندگان

متغیر	وضعیت	فراوانی (n)	درصد (%)	درصد تجمعی (%)
جنسیت	مرد	۱۷۱	۴۴/۶٪	۴۴/۶٪
	زن	۲۱۲	۵۵/۴٪	۱۰۰٪
وضعیت تأهل	متأهل	۲۳۵	۶۱/۳٪	۶۱/۳٪
	مجرد	۱۴۸	۳۸/۷٪	۱۰۰٪
تحصیلات	بی‌سواد	۲۱	۵/۴۸٪	۵/۴۸٪
	ابتدایی	۲۷	۷/۱۰۵٪	۱۲/۵۳٪
	راهنمایی	۴۸	۱۲/۵۳٪	۲۵/۰۷٪
	دیپلم	۱۱۹	۳۱/۰۷٪	۵۶/۱۴٪
	کارشناسی	۱۲۵	۳۲/۶۴٪	۸۸/۷۷٪
	کارشناسی ارشد	۲۷	۷/۱۰۵٪	۹۵/۸۲٪
	دکتری و بالاتر	۱۶	۴/۱۸٪	۱۰۰٪
	کمتر از ۲۰ سال	۳۶	۹/۴٪	۹/۴٪
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۱۰۰	۲۶/۱٪	۳۵/۵۱٪
	۳۰ تا ۴۰ سال	۹۹	۲۵/۸٪	۶۱/۳۶٪
	۴۰ تا ۵۰ سال	۶۵	۱۷٪	۷۸/۳۳٪
	۵۰ تا ۶۰ سال	۵۳	۱۳/۸٪	۹۲/۱۷٪
	بیش از ۶۰ سال	۳۰	۷/۸٪	۱۰۰٪
	مالکیت	مالک	۲۳۷	۶۱/۸٪
مستأجر		۶۱۸	۳۸/۲٪	۱۰۰٪
بیمه	تحت پوشش بیمه	۲۱۴	۵۵/۹٪	۵۵/۹٪
	عدم برخورداری از بیمه	۱۶۳	۴۴/۱٪	۱۰۰٪

۴-۲- سنجش وضعیت شاخص‌های شهر سالم از دیدگاه شهروندان

هدف نخست پژوهش، متشکل از دو سؤال بود که برای هرکدام از سؤال‌ها نیز یک فرضیه در نظر گرفته شد.

برای تعیین میزان انحراف آن‌ها از مقدار میانگین تعیین شده (۳) مورد ارزیابی قرار گرفت. همان‌طور که پیش‌تر نیز بیان شد، هدف از این امر، ارزیابی مطلوبیت شاخص‌های شهر سالم است که نتایج آن می‌تواند بینش‌های مهمی را در مورد عملکرد شاخص‌ها و به تبع مفهوم شهر سالم در شهر شهریار را تبیین کند (جدول شماره ۶).

همان‌طور که حافظ نیا (۱۳۷۷، ۱۳۱ - ۱۴۰) اشاره می‌کند، باید بین فرضیه و سؤال‌های ویژه یا فرعی پژوهش، تناظر صوری و محتوایی وجود داشته باشد، زیرا تعداد و نوع سؤال‌های فرعی و فرضیه‌ها برخاسته از چارچوب نظری تحقیق است، پس باید بین آن‌ها ارتباط منطقی وجود داشته باشد. برای پاسخ به سؤالات و آزمون فرضیه ۱ و ۲، شاخص - های شهر سالم با استفاده از آزمون One Sample t-Tset

جدول ۶. سؤال‌ها و فرضیه‌های مرتبط باهدف اول پژوهش

هدف	سؤال	فرضیه
سنجش وضعیت شاخص‌های شهر سالم از دیدگاه شهروندان	کدام یک از شاخص‌های شهر سالم بهترین وضعیت را در منطقه مورد مطالعه دارد؟	شاخص «زیست‌محیطی» وضعیت بهتری را از نظر شهروندان نسبت به سایر شاخص‌های شهر سالم دارد.
	کدام یک از شاخص‌های شهر سالم پایین‌ترین سطح رضایت را در منطقه مورد مطالعه دارد؟	شاخص «حمل‌ونقل و دسترسی» وضعیت نامطلوبی را از نظر شهروندان نسبت به سایر شاخص‌های شهر سالم دارد.

این نتایج انحراف قابل توجهی را از مقدار آزمون (۳) نشان می‌دهد.

شاخص سلامت و بهداشت: «سلامت و بهداشت»

اختلاف میانگین منفی $-0/46345$ و p -value بسیار پایین ($0/000$) به جمع شاخص‌های کمتر مطلوب می‌پیوندد. فاصله اطمینان نسبتاً کم ($-0/5242$ تا $-0/4027$) ثبات این نتیجه را برجسته می‌کند.

شاخص زیبایی: «زیبایی»

با اختلاف میانگین منفی $-0/51175$ و همچنین p -value بسیار پایین ($0/000$) گزارش می‌شود. فاصله اطمینان ($-0/5901$ تا $-0/4334$) انحراف قابل توجه از مقدار فرضی (۳) را تقویت می‌کند.

شاخص اجتماعی: این شاخص با اختلاف میانگین

منفی $-0/33714$ و مقدار p -value بسیار پایین ($0/000$)، به‌طور قابل توجهی از مقدار میانگین فرض شده (۳) انحراف دارد. فاصله اطمینان ($-0/3861$ تا $-0/2882$) این نتیجه را اثبات می‌کند.

شاخص زیست‌محیطی: در بین شاخص‌های

مورد مطالعه، «زیست‌محیطی» کمترین اختلاف میانگین منفی

شاخص اقتصادی: این شاخص کمترین اختلاف

میانگین را با $-0/71053$ و همچنین p -value بسیار پایین ($0/000$) را نشان داد. این نشان‌دهنده انحراف آماری معنی‌دار از مقدار میانگین فرض شده (۳) است که نشان می‌دهد، این شاخص کمترین مطلوبیت را در میان شاخص‌های مورد مطالعه دارد. علاوه بر این، فاصله اطمینان اندک 95% اختلاف میانگین ($-0/7959$ تا $-0/6251$) بر ثبات و دقت این یافته تأکید می‌کند.

شاخص ایمنی و امنیت: پس از شاخص «اقتصادی»

شاخص «امنیت» نیز تفاوت میانگین منفی قابل توجهی ($-0/60679$) و p -value بسیار پایین ($0/000$) را نشان داد. فاصله اطمینان ($-0/6701$ تا $-0/5435$) بیشتر شواهد را تقویت می‌کند که این شاخص به‌طور قابل توجهی پایین‌تر از مقدار میانگین فرض شده (۳) باشد. در نتیجه، «امنیت» به‌عنوان دومین شاخصی که کمترین مطلوبیت را دارد در این تجزیه و تحلیل رتبه‌بندی می‌شود.

شاخص حمل‌ونقل: این شاخص اختلاف میانگین

منفی $-0/37076$ ، p -value بسیار پایین ($0/000$) و فاصله اطمینان نسبتاً گسترده ($-0/4377$ تا $-0/3039$) را نشان داد.

«زیست محیطی» به عنوان مطلوب ترین شاخص شناسایی شدند؛ بنابراین فرضیه نخست پژوهش تأیید می شود و تبیین می شود که از نظر شهروندان، شاخص «زیست محیطی» نسبت به سایر شاخص های شهر سالم، وضعیت بهتری را دارد؛ اما از سوی دیگر، فرضیه دوم پژوهش رد می شود و تبیین می شود که شاخص «اقتصادی»، پایین ترین سطح رضایت را در میان شاخص های شهر سالم در شهر شهریار دارد. هرچند که شاخص های باقی مانده درجات مختلفی از نامطلوب بودن را نشان می دهند که با انحرافات آماری معنی دار از مقدار میانگین مفروض (۳) اثبات می شود (جدول شماره ۷) و (نمودار شماره ۱).

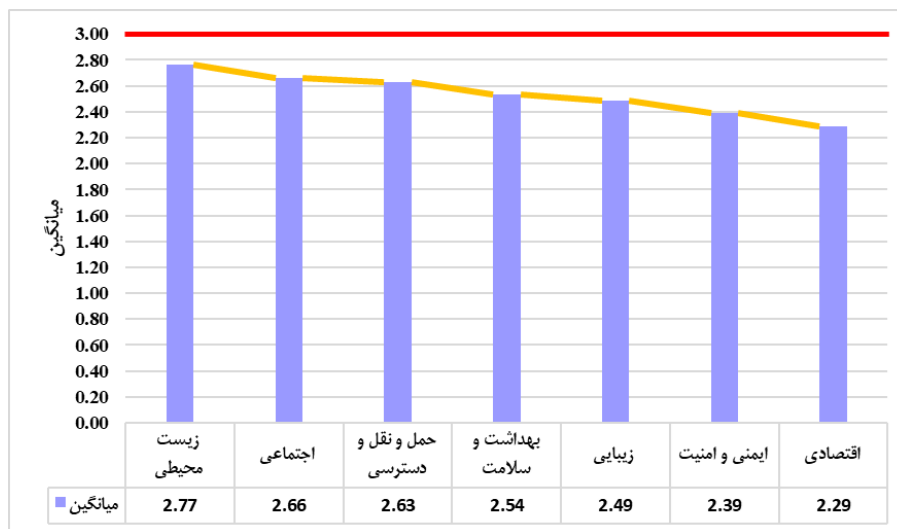
فاصله اطمینان (-۰/۲۳۲۳۸) و p-value بسیار پایین (۰/۰۰۰) را نشان داد. بر انحراف معنی دار (-۰/۱۷۲۷ تا -۰/۲۹۲۰) از مقدار آزمون تأکید می کند و «زیست محیطی» را به عنوان مطلوب ترین شاخص در میان شاخص های شهر سالم قرار می دهد.

به طور خلاصه، یافته های حاصل از آزمون آماری One Sample t-Tset دیدگاه جامعی را در مورد مطلوبیت شاخص های شهر سالم از دیدگاه پاسخ دهندگان به ارمغان می آورد. با اختلاف میانگین های منفی ثابت و مقادیر p استثنایی پایین، شاخص «اقتصادی» به عنوان نامطلوب ترین و

جدول ۷. نتایج آزمون آماری One Sample t-Tset

شاخص	میانگین	مقدار آماره t	df	سطح معنی داری	میزان اختلاف در سطح اطمینان ۹۵٪	
					حد پائین	حد بالا
زیبایی	۲/۴۸۸۳	-۱۲/۸۴۶	۳۸۲	۰/۰۰۰	-۰/۵۱۱۷۵	-۰/۴۳۳۴
بهداشتی	۲/۵۳۶۶	-۱۵/۰۰۰	۳۸۲	۰/۰۰۰	-۰/۴۶۳۴۵	-۰/۴۰۲۷
زیست محیطی	۲/۷۶۷۶	-۷/۶۵۸	۳۸۲	۰/۰۰۰	-۰/۲۳۲۳۸	-۰/۱۷۲۷
اجتماعی	۲/۶۶۲۹	-۱۳/۵۳۸	۳۸۲	۰/۰۰۰	-۰/۳۳۷۱۴	-۰/۲۸۸۲
اقتصادی	۲/۲۸۹۵	-۱۶/۳۶۰	۳۷۹	۰/۰۰۰	-۰/۷۱۰۵۳	-۰/۶۲۵۱
حمل و نقل	۲/۶۲۹۲	-۱۰/۸۹۷	۳۸۲	۰/۰۰۰	-۰/۳۷۰۷۶	-۰/۳۰۳۹
امنیت	۲/۳۹۳۲	-۱۸/۸۳۹	۳۸۲	۰/۰۰۰	-۰/۶۰۶۷۹	-۰/۵۴۳۵

میانگین مفروض: ۳



نمودار ۱. میانگین شاخص های شهر سالم از دیدگاه شهروندان

۳-۴- تبیین متغیرهای تأثیرگذار بر متغیر «امید به آینده»

هدف دوم پژوهش، تبیین متغیرهای تأثیرگذار بر متغیر «امید به آینده» است. امید به آینده یک پیامد چندوجهی است که تحت تأثیر عوامل متعددی در یک محیط شهری قرار دارد. این تجزیه و تحلیل طیف متنوعی از متغیرها را بررسی می‌کند که هر کدام با ضریب بتای استاندارد شده‌اش نشان داده می‌شوند تا سهم نسبی آن‌ها در امید به آینده کلی را شناسایی

و کمیت کند. ضرایب بتا استاندارد شده، در (جدول شماره ۹) ارائه شده، معیاری از تأثیر نسبی هر متغیر بر امید به آینده را ارائه می‌دهد. این ضرایب نشان‌دهنده تغییر در انحراف معیار متغیر وابسته (امید به آینده) مرتبط با تغییر انحراف یک استاندارد در متغیر مستقل است؛ بنابراین، مقادیر بتای مطلق بزرگ‌تر نشان‌دهنده تأثیرات قوی‌تر است. هدف دوم پژوهش پس از ارزیابی دو فرضیه محقق می‌شود.

جدول ۸. سؤال‌ها و فرضیه‌های مرتبط باهدف دوم پژوهش

هدف	سؤال	فرضیه
تبیین متغیرهای تأثیرگذار بر متغیر «امید به آینده»	کدام متغیر بیشترین تأثیر را بر روی شاخص «امید به آینده» دارد؟	متغیر «وضعیت اشتغال» بیشترین تأثیر مثبت را بر روی شاخص امید به آینده دارد.
	کدام متغیر کم‌ترین تأثیر را بر روی شاخص «امید به آینده» دارد؟	متغیر «رضایت از نورپردازی در شب» بیشترین تأثیر منفی را بر روی شاخص امید به آینده دارد.

در شناسایی متغیرهایی که بیشترین تأثیر مثبت را بر متغیر امید به آینده دارند، نتایج نشان داد که علی‌رغم تأثیر مثبت و معنی‌دار «وضعیت اشتغال» بر «امید به آینده»، متغیرهایی نظیر اوقات فراغت و فعالیت‌های تفریحی، دسترسی به امکانات ورزشی، ارتباط شهروند با مدیریت شهری دارای تأثیرگذاری بیشتر و معنی‌دارتری نسبت به متغیر «امید به آینده» هستند. از این رو فرضیه سوم پژوهش - متغیر «وضعیت اشتغال» بیشترین تأثیر مثبت را بر روی شاخص امید به آینده دارد - رد می‌شود.

از سوی دیگر در شناسایی متغیرهایی که بیشترین تأثیر منفی را بر روی شاخص امید به آینده دارند، مشاهده شد که با وجود تأثیر منفی «رضایت از نورپردازی در شب» با ضریب استاندارد شده بتا ۰/۰۹۸ - متغیرهای دیگری همچون «رضایت از درآمد با توجه به هزینه‌ها»، «دسترسی به امکانات آموزشی» و «کیفیت مراکز بهداشتی و درمانی» تأثیر منفی بیشتری را بر متغیر «امید به آینده» دارند. از این رو فرضیه چهارم پژوهش - متغیر «رضایت از نورپردازی در شب» بیشترین تأثیر منفی را بر روی شاخص امید به آینده دارد - نیز رد می‌شود.

جدول ۹. نتایج آزمون آماری رگرسیون

رتبه	متغیر	ضرایب غیراستاندارد		ضریب استاندارد شده بتا	t	معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای ضریب بتا	
		بتا	خطای استاندارد میانگین				کران بالا	کران پایین
۱	اوقات فراغت و تفریح	۰/۲۵۱	۰/۰۵۵	۰/۲۴۰	۴/۶۱۱	۰/۰۰۰	۰/۱۴۴	۰/۳۵۹
۲	امکانات ورزشی	۰/۲۱۹	۰/۰۶۱	۰/۲۱۲	۳/۵۶۵	۰/۰۰۰	۰/۰۹۸	۰/۳۴۰
۳	رابطه مردم با مدیریت شهری	۰/۱۶۴	۰/۰۴۸	۰/۱۷۰	۳/۴۱۱	۰/۰۰۱	۰/۰۶۹	۰/۲۵۹
۴	آلودگی هوا	۰/۱۷۰	۰/۰۵۴	۰/۱۶۷	۳/۱۷۰	۰/۰۰۲	۰/۰۶۵	۰/۲۷۶
۵	امنیت بانوان در شهر	۰/۱۶۶	۰/۰۷۴	۰/۱۴۷	۲/۲۲۴	۰/۰۲۷	۰/۰۱۹	۰/۳۱۲

رتبه	متغیر	ضرایب غیراستاندارد		ضریب استاندارد شده بتا	t	معنی - داری	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای ضریب بتا	
		خطای استاندارد میانگین	بتا				کران بالا	کران پایین
۶	میزان مشارکت مردم در امور شهر	۰/۱۵۴	۰/۰۶۳	۰/۱۳۵	۲/۴۶۰	۰/۰۱۴	۰/۰۳۱	۰/۲۷۷
۷	وجود برنامه‌های آموزشی سلامت	۰/۱۳۵	۰/۰۵۶	۰/۱۱۸	۲/۲۸۷	۰/۰۲۳	۰/۰۱۹	۰/۲۵۱
۸	امکانات فرهنگی	۰/۱۱۸	۰/۰۵۲	۰/۱۱۷	۲/۲۶۷	۰/۰۲۴	۰/۰۱۶	۰/۲۲۰
۹	وضعیت حمل و نقل عمومی	۰/۱۱۶	۰/۰۶۵	۰/۱۰۸	۱/۷۹۴	۰/۰۷۴	-۰/۰۱۱	۰/۲۴۳
۱۰	رابطه با همسایگان و هم‌محله‌ای‌ها	۰/۱۰۷	۰/۰۶۲	۰/۰۹۳	۱/۷۲۲	۰/۰۸۶	-۰/۰۱۵	۰/۲۳۰
۱۱	مسکن باکیفیت	۰/۰۹۷	۰/۰۵۶	۰/۰۸۸	۱/۷۴۱	۰/۰۸۳	-۰/۰۱۳	۰/۲۰۷
۱۲	رضایت از وضعیت تردد با دوچرخه	۰/۰۸۰	۰/۰۵۶	۰/۰۷۴	۱/۴۳۰	۰/۱۵۴	-۰/۰۳۰	۰/۱۹۰
۱۳	رضایت از عملکرد نیروی انتظامی	۰/۰۶۹	۰/۰۷۳	۰/۰۶۱	۰/۹۴۰	۰/۳۴۸	-۰/۰۷۵	۰/۲۱۲
۱۴	ایمنی شهر در برابر حوادث طبیعی	۰/۰۶۸	۰/۰۶۳	۰/۰۵۹	۱/۰۹۲	۰/۲۷۶	-۰/۰۵۵	۰/۱۹۲
۱۵	وضعیت ترافیک شهر	۰/۰۶۱	۰/۰۶۰	۰/۰۵۶	۱/۰۱۳	۰/۳۱۲	-۰/۰۵۸	۰/۱۸۰
۱۶	حضور و مشارکت بانوان در محیط اجتماعی	۰/۰۴۶	۰/۰۵۳	۰/۰۴۴	۰/۸۶۵	۰/۳۸۸	-۰/۰۵۸	۰/۱۴۹
۱۷	دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی	۰/۰۴۱	۰/۰۵۷	۰/۰۳۸	۰/۷۲۲	۰/۴۷۱	-۰/۰۷۱	۰/۱۵۴
۱۷	آلودگی صوتی	۰/۰۳۸	۰/۰۵۵	۰/۰۳۸	۰/۶۹۷	۰/۴۸۶	-۰/۰۶۹	۰/۱۴۵
۱۹	وضعیت اشتغال	۰/۰۳۹	۰/۰۵۸	۰/۰۳۷	۰/۶۷۲	۰/۵۰۲	-۰/۰۷۶	۰/۱۵۴
۲۰	کیفیت امکانات آموزشی	۰/۰۱۳	۰/۰۵۶	۰/۰۱۳	۰/۲۳۹	۰/۸۱۱	-۰/۰۹۶	۰/۱۲۳
۲۱	کیفیت آب شرب	۰/۰۰۳	۰/۰۵۲	۰/۰۰۳	۰/۰۵۳	۰/۹۵۷	-۰/۰۹۹	۰/۱۰۴
۲۲	امنیت در شب	-۰/۰۱۳	۰/۰۶۸	-۰/۰۱۱	-۰/۱۹۶	۰/۸۴۵	-۰/۱۴۸	۰/۱۲۱
۲۳	دسترسی به نیازهای روزانه	-۰/۰۱۳	۰/۰۵۸	-۰/۰۱۲	-۰/۲۳۳	۰/۸۱۶	-۰/۱۲۷	۰/۱۰۰
۲۴	رضایت از نمای شهر	-۰/۰۳۲	۰/۰۷۱	-۰/۰۲۶	-۰/۴۴۷	۰/۶۵۵	-۰/۱۷۰	۰/۱۰۷
۲۵	وضعیت پیاده‌روها و معابر	-۰/۰۸۶	۰/۰۶۰	-۰/۰۸۱	-۱/۴۳۸	۰/۱۵۱	-۰/۲۰۴	۰/۰۳۲
۲۶	رضایت از نورپردازی در شب	-۰/۱۰۵	۰/۰۶۴	-۰/۰۹۸	-۱/۶۳۳	۰/۱۰۳	-۰/۲۳۱	۰/۰۲۱
۲۷	سیستم جمع‌آوری زباله و بازیافت	-۰/۱۵۲	۰/۰۵۹	-۰/۱۵۶	-۲/۵۹۶	۰/۰۱۰	-۰/۲۶۷	-۰/۰۳۷

رتبه	متغیر	ضرایب غیراستاندارد		ضریب استاندارد شده بتا	t	معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای ضریب بتا	
		خطای استاندارد میانگین	بتا				کران بالا	کران پایین
۲۷	دسترسی به فضای سبز	۰/۰۶۲	-۰/۱۵۷	-۰/۱۵۶	-۲/۵۱۸	۰/۰۱۲	-۰/۲۸۰	-۰/۰۳۴
۲۹	کیفیت مراکز بهداشتی و درمانی	۰/۰۶۲	-۰/۱۸۲	-۰/۱۶۱	-۲/۹۲۰	۰/۰۰۴	-۰/۳۰۴	-۰/۰۵۹
۳۰	دسترسی به امکانات آموزشی	۰/۰۵۴	-۰/۱۷۳	-۰/۱۶۴	-۳/۲۰۴	۰/۰۰۱	-۰/۲۷۹	-۰/۰۶۷
۳۱	رضایت از درآمد باتوجه به هزینه‌ها	۰/۰۵۳	-۰/۱۸۹	-۰/۱۷۸	-۳/۵۵۷	۰/۰۰۰	-۰/۲۹۳	-۰/۰۸۴
متغیر وابسته: امید به آینده								

۵- بحث

در مطالعه حاضر، هدف اصلی، ارزیابی شاخص‌های ذهنی شهر سالم از دیدگاه شهروندان بود. برای دستیابی به این هدف کلی، دو هدف جزئی مطرح شد. هدف اول «سنجش وضعیت شاخص‌های شهر سالم از دیدگاه شهروندان» است؛ برای دستیابی به این هدف، دو سؤال و برای هر سؤال یک فرضیه مطرح شد. نتایج نشان داد که **فرضیه نخست** - شاخص «زیست‌محیطی» وضعیت بهتری را از نظر شهروندان نسبت به سایر شاخص‌های شهر سالم دارد - مورد تأیید قرار می‌گیرد. در واقع از دیدگاه شهروندان، شاخص «زیست‌محیطی» دارای وضعیت بهتری نسبت به دیگر شاخص‌های شهر سالم از دیدگاه شهروندان است. پژوهشگران معتقدند که شهر شهریار، علی‌رغم تخریب‌های محیط‌زیستی، از بین بردن کاربری‌های کشاورزی، باغ و نظایر آن، نسبت به سایر شهرهای پیرامون، دارای وضعیت زیست‌محیطی بهتری است. این امر سبب شده تا شاخص «زیست‌محیطی» از دیدگاه شهروندان، دارای وضعیت مطلوب‌تری نسبت به سایر شاخص‌های شهر سالم باشد. از سوی دیگر، **فرضیه دوم** پژوهش - شاخص «حمل‌ونقل و دسترسی» وضعیت نامطلوبی را از نظر شهروندان نسبت به سایر شاخص‌های شهر سالم دارد - رد شد. علی‌رغم چالش‌های

بالقوه و بالفعلی که سیستم‌های حمل‌ونقل شهری می‌توانند داشته باشند، یافته‌ها نشان داد که شاخص «اقتصادی» نامطلوب‌ترین شاخص شهر سالم از دیدگاه شهروندان است. شاخص اقتصادی به‌طور مداوم مقادیر میانگین منفی را در مطالعه نشان داد؛ این میانگین منفی نشان می‌دهد که سطح ادراک یا رضایت پاسخ‌دهندگان در مورد شاخص «اقتصادی» شهریار، کم است. مقادیر p به دست آمده نیز نشان می‌دهد که تفاوت در برداشت از این شاخص در بین پاسخ‌دهندگان از نظر آماری معنی‌دار است؛ به عبارتی دیگر، میزان توافق شهروندان در مورد وضعیت نامطلوب اقتصادی، در سطح بالایی قرار دارد. پژوهشگران معتقدند که دلیل آنکه شاخص «اقتصادی» به‌عنوان نامطلوب‌ترین شاخص شهر سالم شناخته شده است، تصویر نامطلوبی است که شاخص اقتصادی تحت تأثیر عواملی نظیر فرصت‌های شغلی، سطح درآمد، هزینه زندگی، رونق اقتصادی و چالش‌ها و نابرابری‌های اقتصادی به خود گرفته است. به صورت کلی، یافته‌ها نشان می‌دهد که برداشت شهروندان از وضعیت اقتصادی شهر، به‌طور قابل توجهی بدبینانه است که تداوم این امر، می‌تواند زمینه‌ساز چالش‌ها و نگرانی‌های اقتصادی در شهر باشد.

یافته‌ها دال بر آن دارد که **فرضیه سوم** پژوهش - متغیر «وضعیت اشتغال» بیشترین تأثیر مثبت را بر روی شاخص امید

مختلفی که رفاه شهری و امید به آینده را هنگام طراحی مداخلات و سیاست‌های شهری شکل می‌دهند، تأکید می‌کند.

۶- نتیجه‌گیری

این مطالعه به ارزیابی شاخص‌های ذهنی یک شهر سالم از دریچه دید ساکنان شهر شهریار، با هدایت اهداف دوگانه پرداخته است. تأیید فرضیه اول، ادراک محیطی مثبت شهر را تأیید می‌کند که از طریق فضاهای سبز و عناصر طبیعی در برابر چالش‌ها مقاومت می‌کند. این یافته، مطابق با نتایج پژوهش‌های فصیحی و همکاران (۱۴۰۰)، در تضاد با نتایج حاصل از مطالعات یزدانی و زارنجی (۱۴۰۰)، رام دبی‌کلو و همکاران (۱۴۰۱) است. برعکس، اعتبار فرضیه دوم در مورد شاخص «اقتصادی»، بدبینی گسترده شهروندان را نسبت به جنبه‌های اقتصادی برجسته می‌کند و ابتکارات توسعه اقتصادی را ترغیب می‌کند. به صورت کلی نتایج ارزیابی شاخص‌های شهر سالم در شهر شهریار نشان داد که هیچ کدام از شاخص‌ها در وضعیت مطلوبی قرار ندارد (پایین‌تر از حد میانگین مفروض)؛ این نتیجه همسو با نتیجه پژوهش‌های نکویی مقدم و همکاران (۱۴۰۰)، رهنما و همکاران (۱۳۹۴)، صادقی و همکاران (۱۴۰۲) است. فرضیه سوم، متغیرهای متنوعی فراتر از «وضعیت اشتغال» بر امید به آینده تأثیر گذاشت و بر نیاز به برنامه‌ریزی شهری چندبعدی تأکید کرد. به طور مشابه، رد فرضیه چهارم نشان داد که عواملی فراتر از «رضایت از نور در شب» تأثیرات منفی قوی‌تری بر امید آینده دارند.

مطالعه حاضر بر اهمیت در نظر گرفتن شاخص‌ها و ابعاد مختلف هنگام تلاش برای ایجاد یک محیط شهری سالم و شکوفا تأکید می‌کند. ماهیت چندوجهی ادراکات و آرمان‌های شهروندان، رویکردی کل‌نگر در برنامه‌ریزی شهری و تدوین سیاست، با تمرکز بر ارتقا نه تنها کیفیت محیطی، بلکه پرداختن به چالش‌های اقتصادی و تقویت رفاه از طریق طیف وسیعی از راه‌ها را ضروری می‌کند. این یافته‌ها به گفتمان جاری در مورد شهرهای سالم کمک می‌کند و

به آینده دارد - مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. علی‌رغم تأثیر مثبت و معنادار «وضعیت اشتغال» بر «امید به آینده»، متغیرهای دیگری مانند اوقات فراغت و فعالیت‌های تفریحی، دسترسی به امکانات ورزشی و ارتباط شهروندی با مدیریت شهری تأثیر معناداری بر «امید به آینده» دارند؛ بنابراین، این متغیرها نسبت به متغیر «وضعیت اشتغال» تأثیر مثبت قوی‌تری بر شاخص امید به آینده دارند. نتایج نشان داد که مفهوم «امید به آینده» چندوجهی است و می‌تواند تحت تأثیر طیف وسیعی از عوامل فراتر از وضعیت شغلی باشد. یافته‌ها نشان می‌دهد که عواملی مانند فعالیت‌های اوقات فراغت، دسترسی به امکانات ورزشی و روابط مثبت با مدیریت شهری نیز تعیین‌کننده‌های حیاتی امید شهروندان به آینده هستند. در واقع، ثبات اقتصادی اگرچه مهم است، اما به تنهایی عمل نمی‌کند. رفاه کلی شهروندان و امید به آینده تحت تأثیر عوامل متعددی است و این پیچیدگی ممکن است منجر به تأثیر سایر متغیرها شود که بر تأثیر وضعیت شغلی برتری دارد. یافته‌ها نیاز به درک کل‌نگر از عوامل مؤثر بر رفاه و امید به آینده در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری شهری را برجسته می‌کنند.

در آزمون فرضیه چهارم - متغیر «رضایت از

نورپردازی در شب» بیشترین تأثیر منفی را بر روی شاخص امید به آینده دارد - نتایج نشان داد در حالی که متغیر «رضایت از روشنایی در شب» تأثیر منفی بر متغیر «امید به آینده» دارد، متغیرهای دیگری مانند «رضایت از درآمد با در نظر گرفتن هزینه»، «دسترسی به امکانات آموزشی» و «کیفیت مراکز بهداشتی و درمانی» تأثیر منفی بارزتری بر «امید به آینده» دارد. در نتیجه، این متغیرها در مقایسه با «رضایت از روشنایی در شب» تأثیر منفی بیشتری بر شاخص امید به آینده دارند و فرضیه چهارم پژوهش نیز رد شد. تأثیرات منفی بر امید شهروندان به زندگی تحت تأثیر عوامل متعددی فراتر از رضایت صرف از روشنایی در شب است. در حالی که این متغیر تأثیر منفی دارد، یافته‌ها نشان می‌دهد که سایر جنبه‌های زندگی شهری، تأثیر منفی قوی‌تری بر دیدگاه شهروندان نسبت به زندگی دارند. نتایج بر نیاز به درک جامع عوامل

بینش‌هایی را ارائه می‌دهد که می‌تواند استراتژی‌های توسعه شهری آینده را برای شهر شهریار و فراتر از آن ارائه کند.

۷- منابع

شهرستان جواترود. *اقتصاد فضا و توسعه روستایی*. ۴ (۱۲)، ۱۱۵-۱۳۲.

<http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.serd.4.12.115>

• صادقی، علی، اشکبوس، علی، و ویسی نژاد، علی. (۱۴۰۲). سنجش و ارزیابی میزان برخورداری از شاخص‌های سلامت شهری (مطالعه موردی: شهر زابل). *پژوهش‌های جغرافیای انسانی*، ۲(۵۵)، ۱۹۵-۲۱۲.

<https://doi.org/10.22059/jhgr.2022.333452.1008408>

• فصیحی، حبیب اله، رضائیان، هانی، و حسینی، سیده مهشید. (۱۴۰۰). تحلیل فضایی شاخص‌های شهر سالم در شهر جدید سهند. *نشریه علمی جغرافیا و برنامه‌ریزی*، ۲۵(۷۸)، ۳۰۹-۳۲۱.

<https://dx.doi.org/10.22034/gp.2021.43017.2747>

• مرادی مکرّم، سیاوش، شاه‌حسینی، پروانه، و نوری کرمانی، علی. (۱۳۹۹). تحلیل تحولات جمعیت شهری استان تهران و پیامدهای آن در نظام شبکه شهری منطقه طی سال‌های (۱۳۵۵-۱۳۹۵). *آمایش سیاسی فضا*، ۲(۳)، ۲۴۷-۲۳۳.

<http://psp.modares.ac.ir/article-42-53791-fa.html>

• مهد نژاد، حافظ، و بیات، محمد. (۱۳۹۹). تأثیر فقر شهری بر دسترسی به خدمات شهری مطالعه موردی: شهر شهریار. *فصلنامه شهر پایدار*، ۳(۳)، ۵۱-۶۶.

<https://dorl.net/dor/20.1001.1.24766631.1399.3.3.4.3>

• نظم فر، حسین، و علی بخشی، آمنه. (۱۳۹۷). میزان برخورداری شهرستان‌های استان خوزستان از شاخص‌های شهر سالم. *فصلنامه آمایش محیط*، ۱۱(۴۲)، ۲۳-۴۲.

https://ebtp.malayer.iau.ir/article_545440.html?lang=fa

• نکویی مقدم، محمود، و افشار، زهرا. (۱۳۹۴). تحلیل شاخص‌های شهر سالم در شهر کرمان در سال ۱۳۹۱. *طلوع بهداشت*، ۱۴(۶)، ۵۴۳-۵۲۹.

https://research.kmu.ac.ir/webdocument/load.action?webdocument_code=2000&masterCode=95013669

• یزدانی، محمدحسن، و فرزانه سادات زارنجی، ژیلدا. (۱۴۰۰). ارزیابی وضعیت زیست‌محیطی شهر اردبیل با رویکرد شهر

• حاتمی نژاد، حسین، فرهادی، ابراهیم، و میرزایی، موسی. (۱۳۹۴). سنجش پایداری محله‌ای با ارزیابی شاخص‌های کیفیت زندگی از طریق مدل Vikor (مطالعه موردی محله‌های شهر شهریار). *همایش بین‌المللی جغرافیا و توسعه پایدار*، مؤسسه سفیران فرهنگی مین، تهران.

<https://civilica.com/doc/387908>

• حافظ‌نیا، محمدرضا. (۱۳۷۷). *مقدمه‌ای بر روش تحقیق در علوم انسانی*. تهران: انتشارات سمت.

• رام دیکلو، صاحبعلی، ستاری ساریانقل، حسن، فرامرزی اصل، مهسا، و درسوخان، رسول. (۱۴۰۱). تحلیل شاخص‌های شهر سالم در کیفیت زندگی شهری منطقه ۳ اردبیل (با تأکید بر شاخص‌های بهداشتی). *سلامت و بهداشت*، ۱۳(۲)، ۲۸۶-۲۹۵.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.23829710.1401.1.3.2.9.9>

• رحیمی، محمد، و پازند، فاطمه. (۱۳۹۶). تحلیل و ارزیابی کیفیت زندگی شهری با رویکرد شهر سالم (مطالعه موردی: شهر کرمان). *فصلنامه علمی برنامه‌ریزی منطقه‌ای*، ۷(۲۵)، ۸۲-۶۹.

<https://dorl.net/dor/20.1001.1.22516735.1396.7.25.6.9>

• رهنما، محمدرحیم، مهرورز، اکرم، و سیاحی، زهرا. (۱۳۹۴). تحلیلی بر شاخص‌های شهر سالم (مطالعه موردی: منطقه ۱۱ شهرداری مشهد). *مطالعات برنامه‌ریزی سکونتگاه‌های انسانی*، ۱۰(۳۲)، ۳۸-۱۷.

https://jshsp.rasht.iau.ir/article_515787.html

• سازمان ملی آمار ایران. (۱۳۹۵). *سرشماری نفوس و مسکن*.

<https://www.amar.org.ir>

• شرفی، لیدا، و علی بیگی، امیرحسین. (۱۳۹۴). الگوی سنجش پایداری محیط‌زیست روستایی مورد: روستای شروینه در

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.008>

- Choi, H. C., & Sirakaya, E. (2006). Sustainability indicators for managing community tourism. *Tourism management*, 27(6), 1274-1289.

<https://doi.org/10.1016/j.tourman.2005.05.018>

- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.

<https://doi.org/10.1007/BF02310555>

- Day, K., Alfonzo, M., Chen, Y., Guo, Z., & Lee, K. K. (2013). Overweight, obesity, and inactivity and urban design in rapidly growing Chinese cities. *Health & place*, 21, 29-38.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.12.009>

- De Leeuw, E. (2012). Do healthy cities work? A logic of method for assessing impact and outcome of healthy cities. *Journal of Urban Health*, 89(2), 217-231.

<https://doi.org/10.1007/s11524-011-9617-y>

- De Leeuw, E. (2013). Evaluating WHO Healthy Cities in Europe: issues and perspectives. *Journal of urban health*, 90, 14-22.

<https://doi.org/10.1007/s11524-012-9767-6>

- Duhl, L. J., & Hancock, T. (1988). *Promoting health in the urban context* (No. 1). WHO Healthy Cities Project Office.
- Elfeky, S., El-Adawy, M., Rashidian, A., Mandil, A., & Al-Mandhari, A. (2019). Healthy Cities Programme in the Eastern Mediterranean Region: concurrent progress and future prospects. *Information for authors*, 1.

<https://www.emro.who.int/emhj-volume-25-2019/volume-25-issue-7/healthy-cities-programme-in-the-eastern-mediterranean-region-concurrent-progress-and-future-prospects.html>

سالم با بهره‌گیری از مدل PROMETHEE. مطالعات علوم محیط زیست، ۶(۳)، ۴۰۹۳-۴۰۹۹.

https://www.jess.ir/article_136322.html?lang=fa

- Ashton, J., Grey, P., & Barnard, K. (1986). Healthy cities—WHO's new public health initiative. *Health promotion international*, 1(3), 319-324.

<https://doi.org/10.1093/heapro/1.3.319>

- Ashton, J., Tiliouine, A., & Kosinska, M. (2018). The World health organization European healthy cities network 30 years on. *Gaceta sanitaria*, 32, 503-504.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.03.005>

- Barton, H., & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *Journal of the Royal Society for Promotion of Health*, 126(6), 252-253.

<https://doi.org/10.1177/1466424006070466>

- Berrigan, D., Troiano, R. P., McNeel, T., & Disogra, C. (2006). Active transportation increases adherence to activity recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(3), 210-216.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.04.007>

- Bujang, M. A., Omar, E. D., & Baharum, N. A. (2018). A review on sample size determination for Cronbach's alpha test: a simple guide for researchers. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 25(6), 85-99.

<https://doi.org/10.21315%2Fmjms2018.25.6.9>

- Centers for Disease Control (CDS) and Prevention/Agency for Toxic Substances and Disease Registry/Geospatial Research, Analysis, and Services Program (2020) CDC Social Vulnerability Index Database. New York, NY: Centers for Disease Control and Prevention.

https://www.atsdr.cdc.gov/placeandhealth/svi/d ata_documentation_download.html

- Cerin, E., Leslie, E. & Owen, N. (2009). Explaining socio-economic status differences in walking for transport: An ecological analysis of individual, social and environmental factors. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1013- 1020.

- Hudson, P., Jolles, A., Jones, K. E., Mitchell, Ch. E., Myers, S. S., Bogich, T., & Ostfeld, R. S. (2010). Impacts of biodiversity on the emergence and transmission of infectious diseases. *Nature*, 468, 647-652.
- <https://doi.org/10.1038/nature09575>
- Lak, A., Asl, S. S., & Maher, A. (2020). Resilient urban form to pandemics: Lessons from COVID-19. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 34, 71.
- <https://doi.org/10.34171%2Fmjiri.34.71>
- Lawrence, R. J. (2013). Urban health challenges in Europe. *Journal of urban health*, 90, 23-36.
- <https://doi.org/10.1007%2Fs11524-012-9761-z>
- Legendre, P. (2005). Species associations: the Kendall coefficient of concordance revisited. *Journal of agricultural, biological, and environmental statistics*, 10, 226-245.
- <https://doi.org/10.1198/108571105X46642>
- Leontitsis, A., & Pagge, J. (2007). A simulation approach on Cronbach's alpha statistical significance. *Mathematics and Computers in Simulation*, 73(5), 336-340.
- <https://doi.org/10.1016/j.matcom.2006.08.001>
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of psychology*, 140, 5-55.
 - Moudon, A. V. (2009). Real noise from the urban environment: How ambient community noise affects health and what can be done about it. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2), 167-171.
- <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.03.019>
- National Health Campaign Committee. (2018). The Notice on Releasing the National Healthy Cities Indicator System, 2018 ed. *National Health Campaign Committee: Beijing, China*.
 - Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.
- <http://www.jstor.org/stable/45152457>
- Parker, C., Scott, S., & Geddes, A., (2019). *Snowball Sampling*, In P. Atkinson, S.
- Field, A. P. (2005). Kendall's coefficient of concordance. *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science*, 2, 1010-11.
- <https://doi.org/10.1002/0470013192.bsa327>
- Gearhart, A., Booth, D. T., Sedivec, K., & Schauer, C. (2013). Use of Kendall's coefficient of concordance to assess agreement among observers of very high resolution imagery. *Geocarto International*, 28(6), 517-526.
- <https://doi.org/10.1080/10106049.2012.725775>
- Gliem, J. A., & Gliem, R. R. (2003). Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. *Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*. Columbus, Ohio: Ohio State University
- <https://scholarworks.iupui.edu/bitstreams/976cec6a-914f-4e49-84b2-f658d5b26ff9/download>
- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Marconi, V. C. (2017). Code saturation versus meaning saturation: how many interviews are enough?. *Qualitative health research*, 27(4), 591-608.
- <https://doi.org/10.1177/1049732316665344>
- Hirsch, J. A., Winters, M., Clarke, P., & McKay, H. (2014). Generating GPS activity spaces that shed light upon the mobility habits of older adults: a descriptive analysis. *International journal of health geographics*, 13(1), 1-14.
- <https://doi.org/10.1186/1476-072x-13-51>
- Hu, M., Roberts, J. D., Azevedo, G. P., & Milner, D. (2021). The role of built and social environmental factors in Covid-19 transmission: A look at America's capital city. *Sustainable Cities and Society*, 65, 102580.
- <https://doi.org/10.1016/j.scs.2020.102580>
- Jackson, R. J., Dannenberg, A. L., & Frumkin, H. (2013). Health and the built environment: 10 years after. *American Journal of Public Health*, 103(9), 1542-1544.
- <https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2013.301482>
- Keesing, F., Belden, L. K., Daszak, P., Dobson, A., Harvell, C. D., Holt, R. D.,

<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-415766-8.00002-1>

- UN-Habitat. (2015). State of the World's Cities 2014/2015: Bridging the Urban Divide. Retrieved from:

<https://unhabitat.org/sites/default/files/download-manager-files/State%20of%20the%20World%20Cities%2020102011%20-%20Cities%20for%20All%20Bridging%20the%20Urban%20Divide.pdf>

- United Nations. (2016). *The Sustainable Development Goals 2016*. eSocialSciences. Retrieved from:

https://econpapers.repec.org/scripts/redir.pf?u=http%3A%2F%2Fwww.esocialsciences.org%2FArticles%2Fshow_Article.aspx%3Facat%3DInstitutionalPapers%26aid%3D11456;h=repec:ess:wpaper:id:11456

- United Nations. (2018). *Revision of World Urbanization Prospects*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Retrieved from:

<https://www.un.org/en/desa/2018-revision-world-urbanization-prospects>

- Webster, P., & Sanderson, D. (2013). Healthy cities indicators—a suitable instrument to measure health?. *Journal of Urban Health*, 90, 52-61.

<https://doi.org/10.1007/s11524-011-9643-9>

- Westphal, M. F., Franceschini, M. C., & Setti, A. F. F. (2018). How can the healthy municipalities, cities and communities strategy advance the Sustainable Development Goals agenda? Lessons from Agenda 21 and the MDGs in Brazil. *Lifelong learning and Education in Healthy and Sustainable cities*, 265-282.

https://doi.org/10.1007/978-3-319-69474-0_16

- WHO. (1998). Health Promotion Glossary. Retrieved from:

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>

- World Bank. (2023). *Urban Population*, Retrieved September 27, 2023, From

<https://www.worldbank.org/en/topic/urbandevelopment/overview>

Delamont, A. Cernat, J.W. Sakshaug, & R.A. Williams (Eds.), SAGE Research Methods Foundations. 1-14.

<https://doi.org/10.4135/9781526421036831710>

- Pineo, H., Glonti, K., Rutter, H., Zimmermann, N., Wilkinson, P., & Davies, M. (2018). Urban health indicator tools of the physical environment: a systematic review. *Journal of urban health*, 95, 613-646.

<https://doi.org/10.1007/s11524-018-0228-8>

- Remington, P. L., Catlin, B. B., & Gennuso, K. P. (2015). The county health rankings: rationale and methods. *Population health metrics*, 13(1), 1-12.

<http://dx.doi.org/10.1186/s12963-015-0044-2>

- Richmond, C., Elliott, S. J., Matthews, R., & Elliott, B. (2005). The political ecology of health: perceptions of environment, economy, health and well-being among 'Namgis First Nation. *Health & place*, 11(4), 349-365.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.04.003>

- Robinson, J. (2004). Squaring the circle? Some thoughts on the idea of sustainable development. *Ecological economics*, 48(4), 369-384.

<https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2003.10.017>

- Simos, J., Naissem, F. B., Naissem, J., Maïga Sokona, F., Konongo, J. D. D., Sani, A., Corburn, J., Karanja, I., Makau, J., Aikins, A. D., & Haroun, A. (2017). Healthy cities in Africa: A continent of difference. *Healthy Cities: The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*, 89-132.

https://doi.org/10.1007/978-1-4939-6694-3_6

- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4).

<https://doi.org/10.4278/0890-1171-10.4.282>

- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2014). Expanding the concept of public health. *The new public health*, 43.

- Yang, J., Luo, X., Xiao, Y., Shen, S., Su, M., Bai, Y., & Gong, P. (2020). Comparing the use of spatially explicit indicators and conventional indicators in the evaluation of healthy cities: A case study in Shenzhen, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7409.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17207409>

- You, H., Wu, X., & Guo, X. (2020). Distribution of COVID-19 morbidity rate in association with social and economic factors in Wuhan, China: Implications for urban development. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3417.


<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/10/3417#>


- Zijlema, W. L., Klijs, B., Stolk, R. P., & Rosmalen, J. G. (2015). (Un) healthy in the city: respiratory, cardiometabolic and mental health associated with urbanity. *PLoS One*, 10(12), e0143910.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143910>

نحوه ارجاع به مقاله:

تقی‌پور، علی‌اکبر، شاهمیری، سیده مهتا و احمدی دهشیری، پارسا. (۱۴۰۲). ارزیابی شاخص‌های ذهنی شهر سالم از دیدگاه شهروندان (مطالعه موردی: شهر شهریار)، توسعه پایدار شهری، ۴(۱۲)، ۸۷-۱۰۷.

 DOI: 10.22034/USD.2023.708118

 DOR: 20.1001.1.27170128.1402.4.12.5.2

URL: https://usjournal.daneshpajooan.ac.ir/article_708118.html



Authors retain the copyright and full publishing rights.

Published by Daneshpajooan Pishro Higher Education Institute. This article is an open access article licensed under the [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Received: 17/06/2023

Accepted: 17/09/2023

Evaluation of Mental Indicators of Healthy City from Citizens' Point of View (Case Study: Shahriar, Iran)

Aliakbar Taghipour^{1*}, Seyedeh Mahta Shahmiri², Parsa Ahmadi Dehrashid³

Abstract: Health-oriented urban planning is a concept in which the link between the city and the mental and physical health of citizens is considered as a basic principle in order to increase the level of their quality of life. The idea of a healthy city, which is somehow under the concept of health-oriented urban planning, has been a global movement whose general goal is to achieve a healthy environment for the lives of citizens. Due to the rapid growth of the population, the physical expansion of the city and the destruction of gardens and agricultural lands around the city, the construction of factories and industries, the city of Shahryar is facing many environmental problems. Therefore, in the present study, an attempt is made to first measure the indicators of a healthy city from the citizens' point of view using a descriptive-analytical method, then to explain the influencing variables on the "hope for the future" variable. In order to achieve these goals, 23 indicators in 6 components of "health and hygiene", "environment", "social", "economy", "transportation" and "safety and security" were compiled using the documentary method and The format of the questionnaire was examined among the statistical population (383 citizens of Shahryar). The results showed that from the citizens' point of view, the "environmental" index has the highest level of satisfaction and the "economic" index has the lowest level of satisfaction. On the other hand, it was found that variables such as "leisure time" and "recreational activities" have the most positive effect, and variables such as "satisfaction with income considering expenses" and "access to educational facilities" have the most negative effect on the variable of hope. They have a future. In general, the results indicate that the city of Shahryar is far from becoming a healthy city, and this requires appropriate planning and strategies to be used by those in charge. The findings of this research can help the current discourse about healthy cities and explain the strategies of turning Shahryar into a sustainable and healthy city.

Keywords: Healthy City, Health Planning, Quality of Life, Sustainable Urban Development, Shahriar City

^{1*}Assistant Professor, School of Earth Sciences, Damghan University, Damghan, Iran; Corresponding Author, [Email: a.taghipour@du.ac.ir](mailto:a.taghipour@du.ac.ir)

² M.Sc student of urban planning, Department of Urbanization, Faculty of Architecture and Urban Planning, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

³ M.Sc student of Geography and Urban Planning, Department of Human Geography, Faculty of Geography, Tehran University, Tehran, Iran.