

## ارزیابی مشارکت مردم در پروژه شهر سالم کوی سیزده آبان

دکتر رودابه فرهادی<sup>۱</sup>

### چکیده

هدف کلی «پروژه شهر سالم» دستیابی به ارتقاء سطح سلامت شهر در راستای برنامه «سلامت برای همه»، سازمان جهانی بهداشت می‌باشد که با بهره‌گیری از همکاری بین بخشی و جلب مشارکت عمومی امکان‌پذیر می‌گردد. از آنجا که در این هدف کلی «جلب مشارکت مردمی» مورد تأکید قرار گرفته است، مسأله اصلی تحقیق حاضر این است که پروژه شهر سالم در جلب مشارکت عمومی تا چه حد موفق بوده است؟ بدین منظور حدود اطمینان مشارکت مردمی، سن، تأهل، مدت سکونت، شغل، جنسیت و سواد افراد و میزان اطلاع آنها از فعالیت‌های پروژه و تأثیر آن بر میزان مشارکت، همچنین میزان افزایش مشارکت در طول زمان در بین ۴۲۴ نمونه تصادفی در کوی سیزده آبان مورد بررسی قرار گرفته است. در نتیجه این پژوهش میزان موفقیت پروژه شهر سالم (HCP) در جلب رضایتمندی عمومی و جلب مشارکت مردمی در تمام زمینه‌های بهداشتی و سلامت روانی، زیست محیطی، امنیت و آموزش و ورزش به طور معنی داری بزرگتر از میانگین‌های مورد آزمون و موفقیت‌آمیز ارزیابی شد. همچنین یافته‌ها نشان داد که میزان مشارکت، سطح سواد و شغل تأثیر معنی داری بر رضایت مردم از HCP در منطقه مورد مطالعه دارند و عواملی چون اعتقاد به اهمیت مشارکت، آشنایی و رضایت از فعالیتهای انجام گرفته، میزان مشارکت قبلی و سن تأثیر معنی داری بر آمادگی برای مشارکت در طرح‌های آتی HCP در منطقه مورد مطالعه دارد. بنابراین نتیجه گرفته شد که در برنامه‌ریزی‌های شهری، بایستی در جهت ارتقاء مشارکت مردمی تلاش شود. برای نیل به این هدف، اطلاع‌رسانی عمومی در مورد فعالیتهای و جلب رضایت مردم می‌تواند مؤثر واقع شود.

**کلیدواژگان:** شهرهای سالم، سازمان جهانی بهداشت، مشارکت عمومی، برنامه‌ریزی شهری.

---

۱. دکترای جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری از دانشگاه تربیت مدرس

## مقدمه

جهان به سرعت به شهرنشینی روی آورده است، به طوری که درصد شهرنشینی برای سال ۲۰۲۰، تا ۵۷ درصد برآورد شده است. و شهرها این محیط زیست ساخته دست بشر، محل زندگی بیشتر جمعیت جهان خواهند شد. با وقوع رشد سریع شهرنشینی و افزایش مشکلات در زمینه ایجاد اشتغال و درآمد و بخصوص تأمین بهداشت عمومی و . . . و افزایش دامنه ناهنجاری‌های اجتماعی در شهرها عرصه زندگی سالم بر انسانها تنگ می‌شود و ضرورت تلاشی همه جانبه برای نجات شهر و سالم کردن آن با بهره‌مندی از مشارکت مردمی بیش از پیش احساس می‌شود.

امروزه اندیشمندان یکی از راه‌های رسیدن به توسعه پایدار شهری را داشتن شهر سالم برمی‌شمارند. با عنایت به این ضرورت در سال ۸۶-۱۹۸۵ دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت برنامه ارتقاء سطح سلامت را تحت عنوان «پروژه شهر سالم»<sup>۱</sup> پیشنهاد نمود. برای موفقیت در این پروژه، شهرهای مجری باید از حمایت سیاسی قوی، مدیریت و رهبری توانمند، کنترل و مشارکت وسیع اجتماعی و همکاری بین بخشی برخوردار باشند (Ahmad, 1998: 45).

مشارکت مردمی اهمیت خود را به عنوان یکی از چهار پایه‌ی پروژه شهر سالم به رخ خواهد کشید. سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup>، ضرورت قرارداد مردم را در کانون فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سلامت، به عنوان یک اصل اساسی متذکر شده و بر بهبود مشارکت عمومی در تمام سطوح از سیاستگذاری تا اجرا تأکید می‌ورزد (WHO, 2008: 19). این سازمان همچنین معتقد است بخشی از مکانیسم‌های تأمین هزینه‌های ارتقای سلامت، به مشارکت مردم بستگی دارد (WHO, 2008: 20).

یکی از محورهای مورد تأکید در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران نیز افزایش مشارکت بخش غیردولتی در امر ارتقای

- 
1. Healthy City Project (HCP)
  2. World Health Organization (WHO)

سلامت بوده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶: ۳۷). به دلیل اهمیتی که مشارکت مردمی برای ارتقاء سطح سلامت جامعه شهری، در راستای برنامه سلامت برای همه<sup>۱</sup> سازمان جهانی بهداشت دارد، تحقیق حاضر تلاش دارد تا ضمن بررسی اجمالی پروژه شهر سالم در کوی سیزده آبان، میزان موفقیت پروژه را در جلب رضایت و جلب مشارکت‌های مردمی مورد ارزیابی قرار دهد و عوامل مؤثر بر آنها را شناسایی نماید.

### منطقه مورد مطالعه

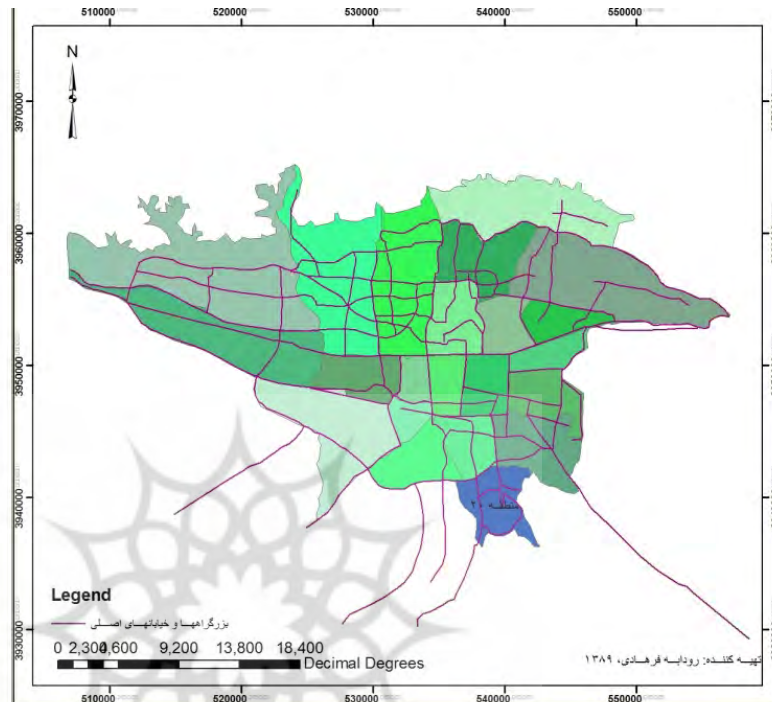
کوی سیزده آبان که ناحیه سوم از ۷ ناحیه شهر ری (منطقه بیست شهرداری تهران) به‌شمار می‌آید، در جنوب تهران واقع و دارای ۱۵۸ هکتار مساحت است. از طرف شرق به خط آهن تهران- مشهد و خطوط مترو، از طرف غرب به اتوبان بهشت زهرا، از طرف شمال به بزرگراه آزادگان و از طرف جنوب به حد جنوبی بیمارستان هفت تیر و اراضی زراعی محدود می‌شود (تقوی و همکاران، ۱۳۷۱: ص ۷) و حالتی جزیره‌ای و محصور به‌وسیله بزرگراه‌ها و اراضی زراعی و کارگاه‌ها پیدا کرده است. نقشه‌های ۱ و ۲ موقعیت محدوده مورد مطالعه را در تهران و در منطقه ۲۰ نشان می‌دهد.

آنچه از زمان پیدایش محله کوی سیزده آبان تاکنون در آن نمود زیادی داشته است، افزایش سریع جمعیت و خانوارها و به تبع آن واحدهای مسکونی در نتیجه‌ی عواملی از قبیل مهاجرت بوده است. ضمناً عواملی چون مسائل فرهنگی و اقتصادی نیز در این رشد جمعیت بی‌تأثیر نبوده است. از لحاظ بافت جمعیتی، نوع رفتار و گویش، ساکنان این ناحیه را اکثراً مهاجرانی تشکیل می‌دهند که از پشتکوه یزد (کولی‌ها)، نهاوند و تویسرکان (لرها)، آذربایجان (آذری زبان‌ها) و اراک (فارسی زبان‌ها) به این منطقه کوچ نموده‌اند و به دلیل پایین بودن قیمت خانه‌ها در این منطقه ساکن شده‌اند (تقوی و همکاران، ۱۳۷۱: ۱۴-۱۵). پروژه‌های شهرهای سالم WHO در مناطق محروم، مهاجر پذیر و مناطق دارای مشکلات اجتماعی - اقتصادی اجرا می‌شود. علت انتخاب این محله از تهران به عنوان پایلوت پروژه

---

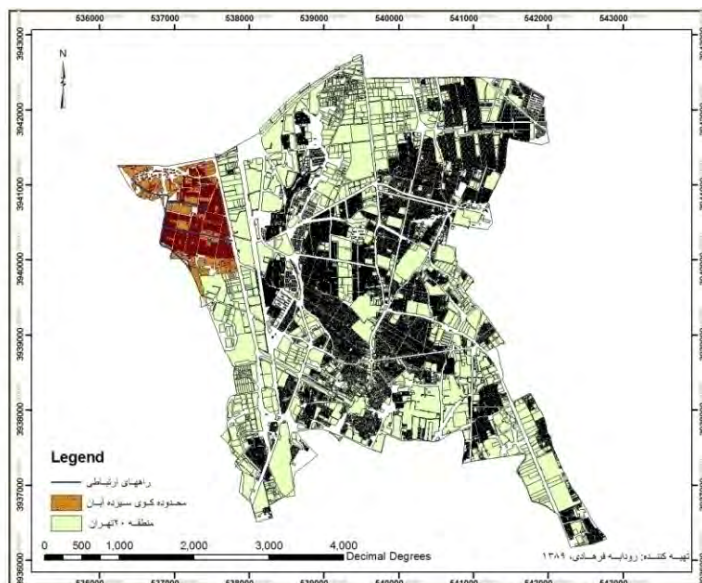
## 1. Health For All (HFA)

شهر سالم نیز محرومیت آن نسبت به سایر نقاط تهران و سطح بالای مشکلات اجتماعی - اقتصادی در آن بوده است. مسؤلان پروژه شهر سالم در این منطقه معتقدند در طی اجرای پروژه شهر سالم تا حد بسیار بالایی، از مشارکت اجتماعی مردم در جهت حل معضلات مرتبط با سلامت جسمی و روانی و مشکلات مرتبط با مدیریت شهری سود جستند.



نقشه ۱: موقعیت شهری (منطقه ۲۰) در شهر تهران

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



نقشه ۲: موقعیت محله ۱۳ آبان در شهری روش شناسی

تأکید اصلی در تحقیق حاضر، ارزیابی مشارکت مردمی در پروژه شهر سالم کوی سیزده آبان است. در همین راستا قصد داریم میزان موفقیت پروژه شهر سالم تهران در محله سیزده آبان در جلب مشارکت عمومی و عوامل مؤثر بر آن را مورد بررسی قرار دهیم. بنابراین فرضیه‌های زیر را مطرح نمودیم:

- فرضیه اول مطرح می‌کند که HCP در کوی سیزده آبان در جلب رضایتمندی عمومی و مشارکت‌های مردمی موفق بوده است.
- فرضیه دوم مطرح می‌کند که عواملی چون افزایش آگاهی‌های مردم در رابطه با HCP، میزان مشارکت، میزان نظر خواهی و نظر سنجی در رابطه با HCP؛ سن، جنسیت؛ تأهل، مدت سکونت، سطح سواد و شغل، در رضایت مردم از HCP مؤثر است.
- فرضیه سوم مطرح می‌کند که عواملی چون اعتقاد عمومی به اهمیت مشارکت، آشنایی با فعالیت‌های انجام شده در طی اجرای HCP، رضایت کلی از پروژه، میزان مشارکت، سن، جنسیت، سواد، تأهل، مدت سکونت و شغل، در آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی HCP در منطقه مورد مطالعه، مؤثر است.

برای انجام پژوهش پس از مطالعه نظریه‌ها و مفاهیم و مبانی نظری شهر سالم به بررسی وضع موجود و مقایسه آن با اوضاع قبل از انجام پروژه شهر سالم پرداختیم و در این راه از تکنیکهای مشاهده، مصاحبه با مسئولان و مطالعه اسناد و مدارک استفاده نمودیم. سپس با استفاده از ابزار پرسشنامه اقدام به جمع آوری اطلاعات از مردم منطقه نمودیم.

به منظور توزیع پرسشنامه از روش نمونه‌گیری تصادفی بر روی شبکه یا نقشه استفاده شد. بدین منظور نقشه منطقه مورد مطالعه به سلولهای مساوی شبکه‌بندی شد سپس با انتخاب تصادفی اعداد مختصات  $x_i$  و  $y_i$  (بهورز، ۱۳۷۸: ۱۸۲) سلولهایی به‌طور تصادفی تعیین شدند، با مشخص کردن خانه‌های واقع در این سلولها نهایتاً ۴۲۴ پرسش‌نامه بین نمونه‌های انتخابی توزیع و جمع‌آوری گردید. این تعداد بیشتر از حداقل نمونه مورد نیازی بود که با استفاده از فرمول کوچران و با در نظر گرفتن تعداد کل خانوارها در منطقه مورد مطالعه (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۷۵) به دست می‌آمد.

روش انجام تحقیق روشی توصیفی، موردی و تحلیل همبستگی بود. برای آزمون فرضیات، داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها پس از کدگذاری و رقومی کردن و استخراج اطلاعات لازم از آنها، ارزش‌گذاری شد و نهایتاً تحلیل‌های آماری مورد نیاز (مهدوی و طاهرخانی، ۱۳۸۳: ۲۴) در محیط SPSS انجام گردید.

همانطور که پیشتر ذکر شد، متغیر وابسته یعنی HCP، از شاخص‌های بهداشتی، اجتماعی - اقتصادی و زیست‌محیطی تشکیل شده است. در متن پرسش‌نامه سؤال‌هایی مرتبط با شاخص‌های فوق‌الذکر به منظور سنجش میزان مشارکت و آگاهی عمومی و موارد فعالیت HCP در راستای فرضیه تحقیق برای مردم مطرح گردید و پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت تنظیم شد. به‌منظور در نظر گرفتن مواردی که پاسخ‌گویان اظهار بی‌اطلاعی می‌نمودند، نمره‌گذاری پاسخ‌ها با طیفی ۶ درجه‌ای از ۱ (عدم اطلاع) تا ۶ (بسیار زیاد) تنظیم گردید. خلاصه‌ای از توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار پاسخ‌های داده‌شده را در این قسمت می‌توان مورد بررسی قرارداد.

## آمار توصیفی ویژگی‌های فردی پاسخ‌گویان

در منطقه مورد مطالعه از مجموع ۴۲۴ پاسخ‌گوی مورد پرسش، ۶۶ درصد زن و ۳۲/۵ درصد مرد بوده‌اند و کم‌تر از ۱/۵ درصد نیز جنسیت خود را اظهار نکرده‌اند. شاید چنین به نظر رسد که توزیع پرسش‌نامه‌ها به لحاظ جنسیت ایده‌آل نبوده است ولی اگر توجه داشته باشیم که ستاد شهر سالم در انجام پروژه‌های محوله بیشترین تعامل و ارتباط را با خانمها مخصوصاً خانمهای خانه‌دار داشته است، توزیع پرسش‌نامه‌ها با ارقام فوق قابل توجیه خواهد بود. از لحاظ سن پاسخ‌گویان ۴۶/۹ درصد بین ۲۰ تا ۳۴ سال، سن داشته‌اند. ۲۸/۳ درصد بین ۳۵ تا ۴۴ سال، ۱۵/۸ درصد بین ۴۵ تا ۵۴ سال، ۲/۶ درصد بین ۵۵ تا ۶۴ سال و ۲/۸ درصد بیش از ۶۵ سال سن داشته‌اند و ۳/۵ درصد باقیمانده نیز سن خود را اظهار نکرده‌اند. از لحاظ تأهل، ۱۳/۵ درصد مجرد و ۸۳ درصد متأهل بوده‌اند و ۳/۵ درصد نیز وضعیت تأهل خود را مشخص ننموده‌اند. ۱۷/۵ درصد از پاسخ‌گویان سطح تحصیلات خود را خواندن و نوشتن، ۳۰/۴ درصد زیر دیپلم، ۳۸/۲ درصد دیپلم، ۰/۷ درصد فوق دیپلم، ۹/۴ درصد لیسانس، ۰/۲ نیز فوق لیسانس ذکر کرده‌اند و ۳/۵ درصد نیز میزان تحصیلات خود را ذکر ننموده‌اند. از لحاظ شغل، ۱۴/۹ درصد پاسخ‌گویان کارمند، ۱۳/۲ درصد آزاد، ۶/۸ درصد کارگر، ۵۳/۳ درصد خانه‌دار، ۶/۶ درصد بیکار و ۰/۵ درصد بازنشسته بوده‌اند و ۴/۷ درصد نیز شغل خود را اظهار ننموده‌اند. از لحاظ سابقه سکونت ۳۱/۸ درصد پاسخ‌گویان کم‌تر از ۱۰ سال، ۱۹/۶ درصد بین ۱۰ تا ۲۰ سال، ۲۲/۹ درصد بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۲۲/۲ درصد بیش از ۳۰ سال در محله سیزده آبان ساکن بوده‌اند و ۳/۵ درصد پاسخ‌گویان نیز به این سؤال پاسخ نداده‌اند. آمار توصیفی افراد پاسخ‌گو در جدول ۱ مشاهده می‌گردد.

جدول ۱: آمار توصیفی افراد پاسخ‌گو

ویژگی‌های فردی		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	ویژگی‌های فردی	
وضعیت تأهل		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	وضعیت تأهل	
جنسیت	زن	۲۸۰	۶۶/۰	۶۶/۰	۶۶/۰	۶۶/۰	۶۶/۰
	مرد	۱۳۸	۳۲/۵	۹۸/۶	۳۲/۵	۹۸/۶	۳۲/۵
	اظهار نشده	۶	۱/۴	۱۰۰/۰	۱/۴	۱۰۰/۰	۱/۴
سن	۲۰ تا ۲۴ سال	۱۲	۲/۸	۲/۸	۲/۸	۲/۸	۲/۸
	۲۵ تا ۳۴ سال	۱۸۷	۴۴/۱	۴۶/۹	۴۴/۱	۴۶/۹	۴۴/۱
	۳۵ تا ۴۴ سال	۱۲۰	۲۸/۳	۷۵/۲	۲۸/۳	۷۵/۲	۲۸/۳
	۴۵ تا ۵۴ سال	۶۷	۱۵/۸	۹۱/۰	۱۵/۸	۹۱/۰	۱۵/۸
	۵۵ تا ۶۴ سال	۱۱	۲/۶	۹۳/۶	۲/۶	۹۳/۶	۲/۶
	۶۵ سال و بیش‌تر	۱۲	۲/۸	۹۶/۵	۲/۸	۹۶/۵	۲/۸
	اظهار نشده	۱۵	۳/۵	۱۰۰/۰	۳/۵	۱۰۰/۰	۳/۵
	اظهار نشده	۱۵	۳/۵	۱۰۰/۰	۳/۵	۱۰۰/۰	۳/۵
شغل	کارمند	۶۳	۱۴/۹	۱۴/۹	۱۴/۹	۱۴/۹	۱۴/۹
	شغل آزاد	۵۶	۱۳/۲	۲۸/۱	۱۳/۲	۲۸/۱	۱۳/۲
	کارگر	۲۹	۶/۸	۳۴/۹	۶/۸	۳۴/۹	۶/۸
	خانه دار	۲۲۶	۵۳/۳	۸۸/۲	۵۳/۳	۸۸/۲	۵۳/۳
	بیکار	۲۷	۶/۶	۹۴/۶	۶/۶	۹۴/۶	۶/۶
تجربه سرپرستی در محله	بازنشسته	۲	۰/۵	۹۵/۰	۰/۵	۹۵/۰	۰/۵
	اظهار نشده	۲۰	۴/۷	۱۰۰/۰	۴/۷	۱۰۰/۰	۴/۷
	کم‌تر از ۱۰ سال	۱۳۵	۳۱/۸	۳۱/۸	۳۱/۸	۳۱/۸	۳۱/۸
	۱۰ تا ۲۰ سال	۸۳	۱۹/۶	۵۱/۴	۱۹/۶	۵۱/۴	۱۹/۶
	۲۰ تا ۳۰ سال	۹۷	۲۲/۹	۷۴/۳	۲۲/۹	۷۴/۳	۲۲/۹
تجربه سرپرستی در محله	بیش از ۳۰ سال	۹۷	۲۲/۲	۹۶/۵	۲۲/۲	۹۶/۵	۲۲/۲
	اظهار نشده	۱۵	۳/۵	۱۰۰/۰	۳/۵	۱۰۰/۰	۳/۵
	اظهار نشده	۱۵	۳/۵	۱۰۰/۰	۳/۵	۱۰۰/۰	۳/۵

از نظر محل تولد ۵۱/۹ درصد پاسخ‌گویان محل تولد خود را استان تهران معرفی نموده‌اند. ۵ درصد متولد استان همدان، ۴/۲ درصد متولد استان آذربایجان شرقی، ۴/۲ درصد متولد استان اردبیل، ۳/۳ درصد متولد استان اصفهان، ۳/۱ درصد متولد استان گیلان، ۲/۴ درصد متولد استان مرکزی، ۹/۶ درصد نیز به ترتیب متولد یکی از استان‌های خوزستان، سمنان، کردستان، کرمانشاه، یزد، آذربایجان غربی، خراسان رضوی و شمالی، مازندران، زنجان، قم، گلستان، فارس، قزوین و کهگیلویه و بویراحمد بوده‌اند. ۰/۵ درصد متولد خارج از کشور



بوده‌اند و ۱۵/۸ درصد پاسخ‌گویان نیز به این سؤال پاسخ نداده‌اند. بنابر این درصد مهمی از پاسخ‌گویان متولد غیر استان تهران و مهاجر بوده‌اند. از بین متولدان استان تهران یک نفر متولد کرج، ۶ نفر متولد شمیرانات، ۶۶ نفر متولد شهرری، ۲۲ نفر متولد محله سیزده آبان و ۱۲۶ نفر خود را متولد تهران معرفی کرده‌اند. آمار توصیفی استان محل تولد افراد پاسخ‌گو در جدول ۲ مشاهده می‌گردد.

جدول ۲: استان محل تولد افراد پاسخ‌گو

شماره	استان محل تولد	فراوانی	درصد	شماره	استان محل تولد	فراوانی	درصد	
۱	آذربایجان غربی	۳	۰/۷	۱۴	کردستان	۴	۰/۹	
۲	آذربایجان شرقی	۱۸	۴/۲	۱۵	کرمانشاه	۴	۰/۹	
۳	اردبیل	۱۸	۴/۲	۱۶	کهگیلویه و بویراحمد	۱	۰/۲	
۴	اصفهان	۱۴	۳/۳	۱۷	گلستان	۲	۰/۵	
۵	تهران	۲۲۰	۵۱/۹	۱۸	گیلان	۱۳	۳/۱	
۶	خراسان رضوی	۳	۰/۷	۱۹	مازندران	۳	۰/۷	
۷	خراسان شمالی	۳	۰/۷	۲۰	مرکزی	۱۰	۲/۴	
۸	خوزستان	۴	۰/۹	۲۱	همدان	۲۱	۵/۰	
۹	زنجان	۲	۰/۵	۲۲	یزد	۴	۰/۹	
۱۰	سمنان	۴	۰/۹	۲۳	خارج از کشور	۲	۰/۵	
۱۱	فارس	۴	۰/۲	مجموع پاسخ‌ها			۳۵۷	۸۴/۲
۱۲	قزوین	۱	۰/۲	بی پاسخ			۶۷	۱۵/۸
۱۳	قم	۲	۰/۵	تعداد کل			۴۲۴	۱۰۰/۰

مجموع نظرات مردم در رابطه با HCP در منطقه مورد مطالعه

مجموع نظرات مردم در رابطه با HCP در منطقه مورد مطالعه در زمینه‌های شناسایی منطقه مورد مطالعه به عنوان شهر سالم، آشنایی با فعالیت‌های انجام شده، رضایت از نحوه اجرای پروژه و رضایت از اطلاع‌رسانی نیز مورد بررسی قرار گرفت. از بین ۴۲۴ نفر، ۴۰۷ نفر به هر چهار پرسش پاسخ داده‌اند. حداقل مجموع امتیازات کسب شده در این قسمت از مجموع ۴ پرسش، ۶ و حداکثر آن ۲۴ می‌باشد. با حذف موارد پاسخ داده نشده، مجموعاً ۶۲۸۹ امتیاز کسب شده است که دارای میانگین ۱۵/۴۵ از دامنه ۴-۲۴ و انحراف معیار ۲/۸۶ می‌باشد. نتایج فوق در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳: فراوانی مجموع نظرات مردم در رابطه با HCP در منطقه مورد مطالعه

درصد	فراوانی	جمع نمرات کسب شده	درصد	فراوانی	جمع نمرات کسب شده
۱۷/۰۰	۷۲	۱۵	۰/۲۰	۱	۶
۱۵/۶۰	۶۶	۱۶	۰/۲۰	۱	۷
۱۱/۳۰	۴۸	۱۷	۰/۷۰	۳	۸
۷/۱۰	۳۰	۱۸	۱/۷۰	۷	۹
۵/۲۰	۲۲	۱۹	۰/۷۰	۳	۱۰
۲/۱۰	۹	۲۰	۲/۴۰	۱۰	۱۱
۲/۴۰	۱۰	۲۱	۶/۸۰	۲۹	۱۲
۰/۷۰	۳	۲۲	۷/۸۰	۳۷	۱۳
۱/۷۰	۷	۲۴	۱۱/۶۰	۴۹	۱۴
۱۰۰/۰۰	۶۲۸۹	مجموع	۹۶/۰۰	۴۰۷	تعداد پاسخ‌ها
۴/۰۰	۱۷	بی پاسخ	انحراف معیار ۲/۸۶۵۱۲		میانگین ۱۵/۴۵۲۱

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

مجموع پاسخ‌های مردم در زمینه‌های بهداشت، محیط زیست، امنیت و آموزش در HCP توزیع فراوانی مجموع پاسخ‌های ارائه شده توسط مردم در زمینه فعالیت‌های چهارگانه فوق نیز مورد محاسبه قرار گرفت. در این جا به لحاظ رعایت اختصار از ذکر آمار توصیفی حاصل از تک تک پرسش‌ها صرف‌نظر کرده و به ذکر آمار توصیفی مجموع آنها اکتفا می‌نماییم. چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در زمینه فعالیت‌های مرتبط با بهداشت جسمی و روانی از بین ۴۲۴ نفر، ۳۷۵ نفر به هر ۵ پرسش مطرح شده با حداقل ۵ و حداکثر ۳۰ امتیاز پاسخ داده‌اند. با حذف موارد پاسخ داده نشده، در این زمینه مجموعاً ۷۱۱۱ امتیاز با میانگین ۱۸/۹۶ از دامنه ۵-۳۰ و انحراف معیار ۶/۷۰ کسب شده است. در زمینه فعالیت‌های زیست محیطی از بین ۴۲۴ نفر، ۳۷۶ نفر به هر ۵ پرسش مطرح شده با حداقل ۵ و حداکثر ۳۰ امتیاز پاسخ داده‌اند. با حذف موارد پاسخ داده نشده، در این زمینه مجموعاً ۸۶۲۵ امتیاز با میانگین ۲۲/۹۴ از دامنه ۵-۳۰ و انحراف معیار ۵/۱۸ کسب شده است. در زمینه فعالیت‌های مرتبط با امنیت فردی و اجتماعی از بین ۴۲۴ نفر، ۳۸۵ نفر به هر ۴ پرسش مطرح شده با حداقل ۴ و حداکثر ۲۴ امتیاز پاسخ داده‌اند. با حذف موارد پاسخ داده نشده، در این زمینه مجموعاً ۶۴۸۰ امتیاز با میانگین ۱۶/۸۳ از دامنه ۴-۲۴ و انحراف معیار ۵/۰۲ کسب شده است. در زمینه فعالیت‌های آموزشی- ورزشی از بین ۴۲۴ نفر، ۳۸۳ نفر به هر ۵ پرسش مطرح شده با حداقل ۵ و حداکثر ۳۰ امتیاز پاسخ داده‌اند. با حذف موارد پاسخ داده نشده، در این زمینه مجموعاً ۸۰۷۰ امتیاز با میانگین ۲۱/۰۷ از دامنه ۵-۳۰ و انحراف معیار ۵/۸۴ کسب شده است.

## سنجش مشارکت مردمی در فعالیت‌های گذشته و آینده HCP

جدول ۵: توزیع فراوانی مشارکت مردمی در فعالیت‌های گذشته و آینده HCP

آمادگی مشارکت در پروژه‌های آتی		مشارکت در فعالیت‌های HCP		مورد سؤال	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	نمره	مؤلفه‌ها
۰	۰	۰/۵	۲	۱	بی اطلاع
۱/۲	۹	۱۳/۴	۵۷	۲	به هیچ وجه
۱۳/۰	۵۵	۶۰/۴	۲۵۶	۳	نخیر
۱۳/۴	۵۷	۱۰/۴	۴۴	۴	تا حدودی
۲/۵۵	۲۳۴	۱۱/۶	۴۹	۵	زیاد
۱۳/۹	۵۹	۳/۸	۱۶	۶	بسیار زیاد
۹۷/۶	۴۱۴	۱۰۰/۰	۴۲۴		جمع
۲/۴	۱۰	۰	۰		بی پاسخ
	۱۹۳۵		۱۴۰۱		جمع امتیازات
	۴/۶۷		۳/۳۰		میانگین
	۰/۹۵۰		۰/۹۸۴		انحراف معیار

سؤال‌هایی نیز در زمینه مشارکت در فعالیت‌های گذشته و مشارکت در فعالیت‌های آینده، مطرح گردید. چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در زمینه مشارکت در فعالیت‌های گذشته، ۷۳/۸ درصد اظهار عدم مشارکت داشته‌اند و ۱۵/۴ درصد مشارکت زیاد و بسیار زیاد را اعلام نموده‌اند. در زمینه مشارکت در فعالیت‌های آینده ۱۵/۱ درصد اظهار عدم مشارکت و ۶۹/۱ درصد مشارکت زیاد و بسیار زیاد را اعلام نموده‌اند.

## آزمون فرضیات

آزمون فرضیه اول: به منظور بررسی دقیق‌تر فرضیه اول در پنج محور (جلب رضایت‌مندی عمومی، فعالیت‌های بهداشتی و سلامت روانی ساکنان، فعالیت‌های زیست محیطی برای ساکنان، فعالیت‌های مرتبط با امنیت ساکنان و فعالیت‌های مرتبط با آموزش و ورزش مورد آزمون قرار گرفت. برای انجام تحلیل‌های آماری، میانگین کلی داده‌ها در هر یک از موارد پنجگانه فوق از طریق آزمون  $t$  تک نمونه‌ای مورد آزمون قرار گرفت. در نتیجه آزمون در هر پنج محور فرضیه فوق چون  $P$ .value محاسبه شده کوچک‌تر از  $\alpha=0/05$  بود، فرض  $H_0$  به نفع فرضیه  $H_1$  رد شد. یعنی میزان موفقیت HCP در جلب رضایت‌مندی عمومی و جلب مشارکت مردمی در تمام زمینه‌های بهداشتی و سلامت روانی، زیست محیطی، امنیت و آموزش و ورزش به‌طور معنی‌داری بزرگ‌تر از میانگین‌های مورد آزمون و موفقیت‌آمیز ارزیابی شده است. خلاصه‌ای از نتایج مورد آزمون در جدول ۶ مشاهده می‌شود.

جدول ۶: آمار توصیفی و تحلیلی آزمون  $t$  تک نمونه‌ای برای ارزیابی مشارکت مردم

مؤلفه‌ها		رضایت عمومی از HCP	فعالیت‌های بهداشتی	فعالیت‌های زیست محیطی	فعالیت‌های مرتبط با امنیت	فعالیت‌های مرتبط با آموزش و ورزش
آمار توصیفی	تعداد	۴۰۷	۳۷۵	۳۷۶	۳۷۵	۳۷۳
	میانگین	۱۵/۴۵۲۱	۱۸/۹۶۲۷	۲۲/۹۳۸۸	۱۶/۸۳۱۲	۲۱/۱۷۰۵
	انحراف معیار <sup>a</sup>	۲/۸۶۵۱۲	۶/۶۹۸۵۳	۵/۱۷۷۲۸	۵/۰۲۴۹۴	۵/۸۴۳۳۱
	میانگین خطای معیار <sup>b</sup>	۰/۱۴۰۲	۰/۳۴۵۹۱	۰/۲۶۷۰۰	۰/۲۵۶۰۹	۰/۲۹۸۵۸
آمار تحلیلی	میانگین مورد آزمون	۱۴	۱۷/۵	۱۷/۵	۱۴	۱۷/۵
	$t$	۱۰/۲۲۵	۴/۲۲۸	۲۰/۳۷۰	۱۱/۰۵۵	۱۱/۹۵۸
	درجه آزادی	۴۰۶	۳۷۴	۳۷۵	۳۷۴	۳۷۲
	معنی‌داری دو دامنه <sup>c</sup>	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	تفاوت میانگین	۱/۴۵۲۰۹	۱/۴۲۲۶۷	۵/۴۳۸۸۳	۲/۸۳۱۱۷	۳/۵۷۰۵۰
	پاینتر	۱/۱۷۲۹	۰/۷۸۲۵۰	۴/۹۱۳۸	۲/۳۲۷۶	۲/۹۸۳۴
	۹۵٪ فاصله اطمینان	۱/۷۳۱۳	۲/۱۴۲۸	۵/۹۶۳۸	۳/۳۳۴۷	۴/۱۵۷۶

<sup>a</sup>- Std. Deviation

b- Std. Error Mean

c- Sig. (2-tailed)

آزمون فرضیه دوم: برای آزمون فرضیه دوم به بررسی تأثیر عوامل مورد اشاره در رضایت

مردم از HCP در منطقه مورد مطالعه پرداختیم. از طریق جداول توافقی<sup>۱</sup> با آزمون کای<sup>۲</sup>، فرضیه فرعی فوق در بخشهای نه‌گانه مورد اشاره در فرضیه در ارتباط با رضایت مردم از HCP در منطقه مورد مطالعه مورد آزمون قرار گرفت. در نتیجه آزمون چون P.value محاسبه شده در آزمون کای دو، در مورد ۴ عامل از عوامل فوق، کوچک‌تر از  $\alpha=0/05$  بود، فرض  $H_0$  در مورد آنها به نفع فرض  $H_1$  رد می‌شود یعنی این عوامل، که در جدول ۷ مشخص شده‌اند، تأثیر معنی‌داری در رضایت مردم از HCP دارند. در مورد ۶ عامل دیگر، P.value محاسبه شده در آزمون کای دو بزرگ‌تر از  $\alpha=0/05$  بود، در مورد آنها فرض  $H_0$  به نفع فرض  $H_1$  رد نمی‌شود و می‌توان پذیرفت که این عوامل، که در جدول ۸ مشخص شده‌اند، تأثیر معنی‌داری در رضایت مردم از HCP ندارند.

جدول ۷: عوامل دارای تأثیر معنی‌دار بر میزان رضایت مردم از HCP

رضایت از HCP				تبیین شونده
تعداد	کای ۲			
موردهای دارای اعتبار	Asymp. Sig. (2-sided)	درجه آزادی	Value	تبیین کننده
۳۹۷	۰/۰۰۷	۴	۱۴/۱۰۴	افزایش آگاهی مردم در رابطه با HCP
۳۹۱	۰/۰۰۰	۴	۴۴/۷۸۲	میزان مشارکت
۳۹۲	۰/۰۴۹	۶	۱۲/۶۷۴	سطح سواد
۳۸۸	۰/۰۰۹	۸	۲۰/۳۲۹	شغل

## 1. Cross Tabulation

جدول ۸: عوامل فاقد تأثیر معنی‌دار بر میزان رضایت مردم از HCP

رضایت از HCP			تیبین شونده	تیبین کننده
تعداد	کای ۲			
موردهای دارای اعتبار	Asymp. Sig. (2-sided)	درجه آزادی	Value	
۴۰۱	۰/۳۰۰	۴	۴/۸۷۵	نظرخواهی و نظرسنجی در رابطه با HCP
۳۹۳	۰/۸۵۴	۴	۱/۳۴۳	سن
۴۰۱	۰/۲۶۳	۲	۲/۶۷۰	جنسیت
۳۹۲	۰/۴۰۴	۲	۱/۸۱۳	تاهل
۳۹۳	۰/۵۳۷	۶	۵/۰۵۵	مدت سکونت

آزمون فرضیه سوم: برای آزمون فرضیه سوم به بررسی تأثیر عوامل مورد اشاره در آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی HCP در منطقه مورد مطالعه پرداختیم. از طریق جداول توافقی با آزمون کای ۲، فرضیه فرعی فوق در بخشهای ده‌گانه مورد اشاره در فرضیه در ارتباط با آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی HCP در منطقه مورد مطالعه مورد آزمون قرار گرفت. در نتیجه آزمون چون P.value محاسبه شده در آزمون کای دو در مورد ۵ عامل از عوامل فوق، کوچک‌تر از  $\alpha=0/05$  بود فرض  $H_0$  در مورد آنها به نفع فرض  $H_1$  رد می‌شود یعنی این عوامل که در جدول ۹ مشخص شده‌اند، تأثیر معنی‌داری در آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی HCP دارند. در مورد ۵ عامل دیگر از عوامل فوق، P.value محاسبه شده، در آزمون کای دو بزرگ‌تر از  $\alpha=0/05$  بود، فرض  $H_0$  در مورد آنها به نفع فرض  $H_1$  رد نمی‌شود و می‌توان پذیرفت که این عوامل که در جدول ۱۰ مشخص شده‌اند، تأثیر معنی‌داری در آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی HCP ندارند.

جدول ۹: عوامل دارای تأثیر معنی‌دار بر آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی HCP

آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی HCP				تیبین شونده	تیبین کننده
تعداد موردهای دارای اعتبار	کای ۲				
	Asymp. Sig. (2-sided)	درجه آزادی	Value		
۴۰۶	۰/۰۴۲	۴	۹/۸۸۱		اعتقاد عمومی به اهمیت مشارکت
۴۱۳	۰/۰۰۰	۴	۳۳/۸۸۸		آشنایی با فعالیت‌های انجام شده در طی اجرای HCP
۳۹۸	۰/۰۰۲	۴	۱۶/۶۲۱		رضایت کلی از پروژه
۳۹۸	۰/۰۰۳	۴	۱۶/۰۸۰		میزان مشارکت
۴۰۰	۰/۰۰۴	۴	۱۵/۴۱۵		سن

جدول ۱۰: عوامل فاقد تأثیر معنی‌دار بر آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی HCP

آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی HCP				تیبین شونده	تیبین کننده
تعداد موردهای دارای اعتبار	کای ۲				
	Asymp. Sig. (2-sided)	درجه آزادی	Value		
۴۰۹	۰/۸۴۸	۲	۰/۳۲۹		جنسیت
۴۰۰	۰/۳۰۵	۲	۲/۳۷۳		تأهل
۴۰۰	۰/۴۶۶	۶	۵/۶۲۹		سواد
۴۰۰	۰/۸۶۰	۶	۲/۵۷۱		مدت سکونت
۳۹۵	۰/۴۰۱	۸	۸/۳۳۵		شغل



### نتیجه گیری

در نتیجه تحلیل عوامل مرتبط با سؤال و فرضیه‌های مطرح شده مشخص گردید که با اجرای HCP در کوی سیزده آبان شهر ری، گرچه این محله از منطقه ۲۰ تهران هنوز تا رسیدن به مرحله ایده‌آل به لحاظ سلامت شهر فاصله زیادی دارد<sup>۱</sup>، اما در جلب رضایت‌مندی و مشارکت عمومی تجربه‌های خوبی کسب کرده است. در نتیجه سطح آگاهی‌های بهداشتی مردم افزایش پیدا کرده است و آمادگی آن‌ها برای مشارکت نیز بهبود یافته است. چنانکه در نتیجه تحقیق حاضر میزان موفقیت HCP در جلب رضایت‌مندی عمومی و مشارکت مردمی در تمام زمینه‌های بهداشتی و سلامت روانی، زیست محیطی، امنیت و آموزش و ورزش به‌طور معنی‌داری بزرگ‌تر از میانگین‌های مورد آزمون و موفقیت آمیز ارزیابی شده است. در بررسی عوامل مؤثر بر سطح رضایت عمومی از HCP، تحلیل‌های آماری پژوهش حاضر نشان داد که عواملی همچون افزایش آگاهی و اطلاع‌رسانی عمومی در رابطه با HCP؛ میزان مشارکت، سواد و شغل آن‌ها می‌تواند تأثیر معنی‌داری بر میزان رضایت آن‌ها از پروژه داشته باشد. از سوی دیگر در بررسی عوامل مؤثر بر آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی HCP، تحلیل‌های آماری پژوهش حاضر نشان داد که عواملی همچون اعتقاد عمومی به اهمیت مشارکت، آشنایی با فعالیت‌های انجام شده، رضایت از پروژه، میزان مشارکت مردمی و سن آن‌ها می‌تواند تأثیر معنی‌داری بر آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی HCP داشته باشد. هرگاه در جهت افزایش آگاهی‌ها و اطلاع‌رسانی صحیح و به موقع به مردم و ایجاد زمینه‌های رضایت‌مندی عمومی و افزایش قابلیت‌های آن‌ها برای مشارکت با توجه خاص به سن مشارکت‌کنندگان تلاش شود، می‌توان امیدوار بود که سطح مشارکت عمومی در پروژه بهبود یابد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

۱. این مسأله از طریق پیمایش‌های میدانی در سطح منطقه قابل وصول است.

### پیشنهاد

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل‌های آماری امیدواریم مدیران و برنامه‌ریزان شهری به اهمیت مشارکت مردمی و اطلاع‌رسانی به آن‌ها و نظر خواهی از آن‌ها در پروژه‌های شهری واقف باشند و در جهت تحقق آن تلاش کنند. بنابر این پیشنهادهایی را به منظور گسترش فرهنگ مشارکت مردمی مطرح می‌کنیم.

- توجه به توانهای مشارکتی همه مردم از تمام گروه‌های جنسی با هر سطح سواد، شغل، تأهل و مدت سکونت و استفاده از همفکری، همیاری و مشارکت آن‌ها در زمینه‌های مورد علاقه‌شان.
- تبلیغات و اطلاع‌رسانی وسیع در رابطه با فعالیت‌های انجام شده در طی اجرای HCP و توان‌های آن برای فعالیتهای آتی، فرهنگ سازی و افزایش آگاهی و اعتقاد مردم به اهمیت مشارکت بخصوص در چنین پروژه‌هایی در سطح وسیع و با بهره‌گیری از رسانه‌های گروهی به منظور ایجاد آمادگی برای مشارکت در طرح‌های آتی. شایسته است مردم یاد بگیرند که نسبت به رخدادهای محل زندگی خود بی‌تفاوت نباشند و در مواقع لازم عکس‌العمل شایسته نشان دهند و بفهمند که سلامتی یک حق است و خودشان باید در جهت احقاق حق خود تلاش و مشارکت کنند. گروه‌های داوطلب مردمی در پروژه‌های بخش‌های مختلف توسعه شهری هم در مرحله انتخاب پروژه، هم در مرحله نظارت بر اجرا و هم در مرحله ارزشیابی مشارکت داشته باشند.
- آموزش فرهنگ مشارکت از اوان کودکی از طریق آموزش‌های رسمی و در قالب متون آموزشی به کودکان، به طور عملی به منظور ایجاد آمادگی برای مشارکت در طرح‌هایی مشابه.
- ایجاد زمینه‌هایی برای گسترش مشارکت گروه‌های داوطلب مردمی هم در مرحله انتخاب پروژه، هم در مرحله نظارت بر اجرا و هم در مرحله ارزشیابی، بخصوص در مورد گروه‌هایی که سابقه کار مشارکتی دارند.
- نظرخواهی در رابطه با انتخاب پروژه‌ها و نظر سنجی در رابطه با پروژه‌های انجام شده از مردم، اجرای پروژه‌ها با فکر مردم، به دست مردم و برای مردم. این کار گرچه ممکن است تأثیر معنی‌داری بر آمادگی مردم برای مشارکت در طرح‌های آتی را نداشته باشد، ولی می‌تواند همبستگی اجتماعی را تقویت کند و این ارزشمند است.

## منابع

۱. اسلامی، محمد؛ (۱۳۷۱) *مواد زائد جامد شهری؛ مجموعه مقالات نخستین سمپوزیوم شهر سالم؛ شهرداری تهران، اداره کل روابط عمومی و بین‌الملل.*
۲. بهفروز، فاطمه؛ (۱۳۷۸) *فلسفه روش شناسی تحقیق علمی در جغرافیا؛ تهران: انتشارات دانشگاه تهران.*
۳. تقوی، مسعود؛ غلامرضا قلمی، ایرج شکوری؛ اسداله نکونام؛ (۱۳۷۱) *تحقیق پیرامون وضعیت شهری ناحیه ۳؛ شهرداری منطقه تهران ۲۰، دفتر مطالعات و برنامه‌ریزی؛ مهرماه ۱۳۷۱.*
۴. تقی‌زاده، عباس؛ (۱۳۸۴) *گفتگو با روزنامه همشهری؛ آغاز نهضت سلامت با کمک شهروندان؛ شماره ۳۷۲۱، ۱۵ تیر ۱۳۸۴، ص ۱۶ شهرآرا.*
۵. حسینی، علی؛ (۱۳۸۲) *سازوکارهای مشارکت شهروندان در طرحهای توسعه شهری؛ رساله دکتری، راهنما: حسین شکویی؛ تهران: دانشگاه تربیت مدرس.*
۶. سازمان برنامه و بودجه، مرکز آمار ایران؛ (۱۳۷۵) *سرشماری عمومی نفوس و مسکن.*
۷. سازمان جهانی بهداشت؛ (۱۳۷۶) *حرکت گام به گام به سوی اجرای پروژه شهر سالم؛ ترجمه: سید عنایت الله عصایی؛ تدوین: عبدالمحمود صیرفی‌ان‌پور؛ تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل بهداشت محیط و حرفه‌ای، دبیرخانه شورای هماهنگی پروژه شهرهای سالم کشور.*
۸. سازمان جهانی بهداشت؛ (۱۳۷۹) *واژه‌نامه ارتقای سلامت؛ ترجمه کتاب Health Promotion Glossary از: محمد پوراسلامی، سمیر ایار و حمیده سرمست؛ تهران: معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، دفتر ارتباطات. آموزش بهداشت.*
۹. سلمان منش، حسن؛ (۱۳۷۱) *سابقه بهداشت برای همه و شهر سالم؛ مجموعه مقالات نخستین سمپوزیوم شهر سالم؛ شهرداری تهران، اداره کل روابط عمومی و بین‌الملل.*
۱۰. مدنی، عبدالله و نورالدین شازده‌احمدی؛ (۱۳۷۸) *شهر سالم و محیط نمونه از دیدگاه اسلام؛ تهران: سازمان حفاظت محیط زیست، مجموعه مقالات همایش اسلام و محیط زیست، صص ۲۹۵-۳۰۷.*
۱۱. مهدوی، مسعود و مهدی طاهرخانی؛ (۱۳۸۳) *کاربرد آمار در جغرافیا؛ تهران: نشر قومس.*

۱۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۶) شورای سیاستگذاری و معاونت

هماهنگی، نقشه جامع علمی کشور در حوزه سلامت، سند شماره ۲.

13. Ahmad. H. (1998) *Healthy Cities: A Comprehensive Approach to Public Health*, Copyright 1998-1999- The Rural Health Policy Program at Virginia Tech
14. Creighton. J.L. (1994) *Involving Citizens in Community Decision Making: A Guidebook*. Washington. DC: Program for Community Problem Solving. Quoted from Sanoff. Henry. Aia (2000) *Community Participation Methods in Design and Planning*; John Wiley & Sons. Inc.
15. Crombie, Iain K. & Irvine, L. & Elliott, L. & Wallace, H. (2005), *Closing the Health, Inequalities Gap: An International Perspective*, World Health Organization.
16. Davies. J.K. & Kelly M. (1993) 'Healthy Cities. Research and Practice'. In: J.K. Davies & M.P. Kelly (Eds) *Healthy Cities. Research and Practice*. pp.1-13. London & New York: Routledge.
17. Doyle. Y. & D. Brunning (et al) (1997) *Healthy Cities Indicators: Analysis of Data from Cities across Europe*. WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. COPENHAGEN
18. Duhl. L.J & A.K. Sanchez (1999) *Healthy Cities and the City Planning Process. a Background Document on Links Between Health And Urban Planning*; WHO Regional Office for Europe.
19. Hancock. T. and L. Duhl (1986) *Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Context*. World Health Organization. Healthy Cities Papers No. 1. Copenhagen: FADL Publishers.
20. Lafond, L.J.& Heritage, Z.& Farrington, J.L & Tsouros, A.D. (2003) *National healthy cities networks (A powerful force for health and sustainable development in Europe)* WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark

21. Pilar.G. & McCarthy. M. (1994) *Measuring Health. A STEP IN THE DEVELOPMENT OF CITY HEALTH PROFILES*. WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE COPENHAGEN
22. Sanoff. H. (2000) *Community Participation Methods in Design And Planning*; John Wiley & Sons. Inc
23. Smithies. j. & L. Adams (1993) 'Walking the tightrope: Issues in Evaluation and Community Participation for Health for All', in: John K. Davies & Michael P. Kelly (Eds) *Healthy Cities. Research and Practice*. pp.55-70. London & New York: Routledge.
24. WHO, (1986) '*Ottawa Charter for Health Promotion*', 1<sup>st</sup> International Conference on Health Promotion. Ottawa. Canada (17-21 November).
25. WHO (1994) In: *WHO basic documents*; 40th ed. Geneva. World Health Organization
26. WHO, (2002) *Community Participation in Local Health and Sustainable Development*. Text Editing: David Breuer WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
27. WHO, (2007) *Steps to health: a European framework to promote physical activity for health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
28. WHO, (2008) *A strategy for health promotion in the Eastern Mediterranean Region, 2006—2013*, World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.