

مقاله علمی پژوهشی

## ارزیابی میزان تحقق سیاست‌های شهر سالم بر اساس نیازهای محلی و منطقه‌ای، نمونه موردی: استان خراسان جنوبی

رستم صابری‌فر

دانشیار گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۰۷

### Assessing the Realization of Healthy City Policies Based on Local and Regional Needs, Case Study: South Khorasan Province

Rostam Saberifar

Associate Professor, Dept. of Geography and Urban Planning, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Received: 27/03/2017

Accepted: 15/03/2018

#### Abstract

The aim of this study was to evaluate the implementation of healthy city policies based on local and regional needs in South Khorasan province. The type of research was descriptive and analytical, which was conducted in terms of conditions and the realization of the idea of a healthy city in South Khorasan province, using health, social and residential indicators. The required data were obtained from general censuses, sampling of the Statistics Center and 300 sample households from 11 cities of the province. SPSS and ArcView software were used to analyze the data. The innovation of the research has been in using various indicators and giving priority to health indicators. The results showed that South Khorasan is one of the most deprived provinces and few facilities are concentrated in limited areas while other areas are in unfavorable conditions. In addition to being the poorest population groups, these areas are often adjacent to border areas and are more prone to common viral and microbial contamination in Afghanistan and Pakistan.

#### Keywords

Evaluation, Healthy City, Health, Housing, Population, South Khorasan Province.

#### چکیده

مطالعه حاضر با هدف ارزیابی میزان تحقق سیاست‌های شهر سالم بر اساس نیازهای محلی و منطقه‌ای در استان خراسان جنوبی اجرا گردید. تحقیق از نظر ماهیت، توصیفی و تحلیلی بوده است داده‌های مورد نیاز از سرشماری‌های عمومی، نمونه‌گیری مرکز آمار و ۳۰۰ خانوار نمونه از ۱۱ شهرستان استان، گردآوری گردید. شاخص‌های بهداشتی، اجتماعی، سکونت‌منطقه، در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل اطلاعات از SPSS و ArcView استفاده شد. نوآوری تحقیق در استفاده از شاخص‌های متنوع و اولویت دادن به شاخص‌های بهداشت و سلامت بوده است. نتایج نشان داد که خراسان جنوبی در شمار یکی از محروم‌ترین استان‌های کشور می‌باشد و امکانات اندک، در بخش‌های محدودی متمرکز شده و سایر مناطق در شرایط نامطلوبی به سر می‌برند. این مناطق علاوه بر آن که فقیرترین گروه‌های جمعیتی را در خود جای داده‌اند، اغلب با مناطق مرزی همجوار بوده و بیش‌تر در معرض آلودگی‌های ویروسی و میکروبی شایع در کشورهای افغانستان و پاکستان قرار دارند.

#### واژگان کلیدی

شهر سالم، نیازهای ملی و منطقه‌ای، خراسان جنوبی.

## مقدمه

یکی از مشخصات ویژه شهرنشینی در عهد کنونی، وجود آلودگی گسترده و فقدان بهداشت مناسب است (Prasad, 2015: 238) و این درحالی است که دستیابی به سلامت و بهداشت مناسب شهرها به‌عنوان مؤثرترین و زیربنایی‌ترین عامل در دستیابی به سایر پیشرفت‌ها در این زمینه قلمداد گردیده (محمدزاده اصل، ۱۳۸۹: ۸۵). با وجود آن که برای دستیابی به این هدف مهم، سال‌ها پیش سازمان بهداشت جهانی پروژه «شهر سالم» را مطرح نمود. اما بررسی‌ها نشان می‌دهند که تلاش‌های صورت گرفته، نتایج دلخواه را به‌همراه نداشته است (احمدی، ۱۳۸۵: ۲).

در ایران نیز افرادی چون صابری‌فر (۱۳۹۱)، لطفی و همکاران (۱۳۹۱)، فرهادی (۱۳۸۹)، زیاری و همکاران (۱۳۸۹)، انصاری و محمدی (۱۳۹۴) در بسط مبانی نظری این حوزه تلاش‌های ارزشمندی را به انجام رسانده‌اند. اما اغلب افرادی که در این عرصه به مطالعه پرداخته‌اند، بیش‌تر به ابعاد کلی و عمومی موضوع توجه داشته و مؤلفه‌هایی چون عدالت و توزیع عادلانه این شرایط را مدنظر قرار ندادند. این در حالی است که در اغلب مناطق و نواحی جغرافیایی که افراد از سطح قابل قبولی از درآمد و آموزش برخوردار می‌باشند، اولویت‌های بهداشتی و درمانی خود را به‌نحوی تهیه و تنظیم می‌کنند که مشکل حادی، سلامتی و زندگی اجتماعی و فردی آن‌ها را تهدید نکند. اما مناطق فقیر و کم‌تر توسعه‌یافته که برای تأمین مایحتاج اولیه، یعنی خوراک و پوشاک در مضیقه هستند، تا زمانی که نتوانسته‌اند این نیازها را برآورده سازند، به‌سوی نیازهای بهداشتی و درمانی نخواهند رفت. به‌همین دلیل، شناسایی این‌گونه مناطق و برنامه‌ریزی برای تأمین حداقل نیازها می‌تواند ضمن کمک به تأمین عدالت اجتماعی و فضایی مناطق مختلف کشور، سایر مناطق کشور و گروه‌های درآمدی بالاتر را نیز از نظر سرایت انواع بیماری‌ها و اپیدمی‌های قابل پیش‌بینی، مصون نگه دارد.

در عرف و حتی آموزه‌های دینی، امنیت و سلامت به‌عنوان دو مقوله و نعمت غیرقابل جایگزین تعریف شده و همیشه در ردیف‌های اول اولویت‌های انسانی قلمداد شده است. با توجه به این که تأمین امنیت در شرایط کنونی و به‌خصوص سطوح ملی تا حد لازم مورد بحث و گفتگو قرار گرفته است. بررسی و تحقیق در ارتباط با سلامت نیز دغدغه‌ای است که اغلب محافل علمی و دانشگاهی به‌آن رغبت نشان می‌دهند.

از آن‌جا که در پروژه شهر سالم، بهبود سلامت ساکنان شهری، به‌ویژه ساکنین کم‌درآمد، از طریق بهبود شرایط زندگی و خدمات بهداشتی درمانی بهتر، اولویت اصلی را به‌خود اختصاص داده بود، سؤال اصلی این است که در این تلاش‌ها، وضعیت این گروه

(به‌عنوان گروه هدف)، چه تحولی پیدا نموده است؟ سؤالی که می‌تواند یکی از چالش‌های اساسی وضعیت کنونی جهان و به‌ویژه کشورهای جهان سوم، از جمله ایران را به‌خوبی در معرض قضاوت قرار دهد. در همین راستا و به‌منظور دستیابی به این هدف مهم، بررسی حاضر در نظر دارد، شرایط استان خراسان جنوبی را به‌عنوان یکی از عقب‌مانده‌ترین استان‌ها از نظر معیارهای شهر سالم، مورد مطالعه قرار داده و شناسایی نماید که آیا حداقل، امکانات تخصیص یافته به این مناطق، به‌صورت متعادل و براساس رویکردهای عدالت‌گرا توزیع گردیده و یا فقط به‌گروه خاص و شهرهای محدود، تخصیص داده شده است؟

## مبانی نظری

## چارچوب نظری

قریب به ۳۰ سال از زمانی که دهل<sup>۱</sup> برای اولین بار واژه شهر سالم را به‌کاربرد، می‌گذرد (احمدی، ۱۳۸۵: ۵). متعاقب آن در سال ۱۹۸۴، طی کنفرانسی تحت عنوان «ماورای خدمات اولیه بهداشتی» در کانادا، اولین جرعه شهر سالم و پایدار زده شد. دو سال بعد در سال ۱۹۸۶، موضوع شهر سالم از سوی سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان یک حرکت و خیزش جهانی مطرح گردید. در طی این مدت، تحقیقات و بررسی‌های متعددی در این ارتباط صورت گرفته است (WHO, 2015: 14). همچنین مقالات و کتاب‌های متعددی در این ارتباط منتشر شده و اکنون نیز رو به‌افزایش است (Prasad, 2015: 238).

موضوعات و اهداف این تلاش‌ها، اگرچه در ظاهر متفاوت و متنوع به‌نظر می‌رسند؛ اما تقریباً همگی آن‌ها در ارتباط با تأمین شرایط و منابع اساسی برای حفظ و بهبود سلامت افراد اجتماع، اشتراک نظر دارند. نمونه این تلاش‌ها را می‌توان در کانادا یافت که سعی داشت عواملی چون صلح، سریناه، آموزش، غذا، درآمد، اکوسیستم پایدار، منابع پایدار، عدالت اجتماعی و برابری حقوق را نیز در اصول اساسی پروژه شهر سالم وارد نماید (Duhl, 1999: 7).

همچنین در این ارتباط، فعال‌ترین نهاد، سازمان بهداشت جهانی است که همواره سعی دارد سلامت را در دستور کار تصمیم‌گیرندگان در شهرها قرار دهد (WHO, 2002: 1).

بعدها افرادی چون تاکانو و ناکامورا<sup>۲</sup>، در زمینه تحلیل سطوح سلامت و شاخص‌های گوناگون زیست‌محیطی برای پروژه شهر سالم و گدس و همکاران<sup>۳</sup>، در مورد سیستم پشتیبانی سلامت

1. Duhl

2. Takano and Nakamura

3. Gudes et al

۱. شهرها بستری برای توسعه راهبردهای کلانی هستند که از آن طریق می‌توان بهداشت و سلامتی را ارتقاء بخشید و روابط و تعاملات انسانی را بهبود و ترمیم نمود.

۲. شهرها ظرفیت‌های بی‌بدیلی دارند که به‌واسطه آن، می‌توان انسان‌های سالم و مولد را به‌وجود آورد و در نهایت امر از طریق آن‌ها، شهرهای سالم را پایه‌گذاری نمود.

با مدنظر قرار دادن تمامی مفاهیم مورد اشاره، از دیدگاه محافل جهانی و مسئولین، شاخص‌هایی که برای تعیین شهر سالم و یا سلامتی شهر به کار می‌روند، عبارتند از: شرایط جمعیتی، نظارت عمومی، محیط طبیعی و ساخته شده مناسب، دسترسی به فرصت‌های آموزشی و اقتصادی، ایمنی و امنیت، حمایت، انسجام اجتماعی و برابری جنسیتی، سلامت و کیفیت مواد غذایی، دسترسی به مراقبت‌های اولیه با کیفیت مطلوب، پوشش جهانی شهرها، آمادگی برای شرایط اضطراری بهداشتی، پیامدهای بهداشتی شامل بیماری‌های عفونی، بیماری‌های غیرواگیردار از جمله: آسم، بیماری‌های قلبی و دیابت، صدمات و خشونت ناشی از حوادث جاده‌ای، قتل و خودکشی (WHO, 2010: 13-29).

### پیشینه پژوهش

قدیمی و همکاران (۱۳۸۹)، در تحقیقی با عنوان «بررسی تطبیقی شاخص‌های شهر سالم در مقیاس ملی و جهانی در نقاط شهری ایران و کشورهای توسعه یافته»، ۲۹ شاخص را مورد مطالعه قرار دادند که اغلب آن‌ها از نوع جمعیت‌شناختی بوده و مجموعه متنوعی از نرخ سواد، بعد خانوار، اشتغال و وضعیت ازدواج را شامل می‌شد.

محمدزاده اصل و همکاران (۱۳۸۹)، به رتبه‌بندی شاخص‌های رفاه شهری مناطق مختلف شهر تهران، به بررسی و تبیین سلامت شهری و شاخص‌های شهر سالم پرداختند و آن‌ها را در قالب ابعاد اجتماعی و فیزیکی ارائه دادند.

محمودی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۶)، در پژوهشی تحت عنوان «تعامل دستور کار ۲۱ و فرآیند تحقق‌پذیری شهر سالم با ارائه راهکارها و پیشنهادهایی در شرایط معاصر ایران»، برای شهرهای سالم خصایص متعددی را معرفی نموده و مفهوم پایداری در ابعاد گوناگون اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی را به‌عنوان متغیر در بررسی خود استفاده نمودند.

ستارزاده (۱۳۸۸)، شاخص‌های جمعیتی مسکن ایران در سال ۱۳۸۵، را مورد مطالعه قرار داد. او در تحقیق خود، فقط به شاخص‌های جمعیت و کیفیت مسکن و محیط مسکونی اشاره کرده است.

اجتماعی برای برنامه‌ریزی شهرهای سالم و ...، آثار ارزشمندی خلق نمودند.

ایده شهر سالم در ایران نیز پس از برگزاری کنفرانس شهرهای سالم در مصر (۱۹۹۰)، مطرح شد. فرآیند عملیات ابتدایی این پروژه، به‌عنوان یک مدل در کوی ۱۳ آبان، در منطقه ۲۰ شهرداری تهران آغاز گردید.

سال ۱۳۷۵، سال بسیار مهمی برای برنامه شهر سالم در ایران بود و در طی آن، برنامه شهر سالم، به‌طور وسیعی در ایران بسط یافت و در همین سال هیئت وزیران، استقرار شورای هماهنگی ملی شهرهای سالم<sup>۱</sup> را تصویب نمود.

بنا به گزارش سازمان بهداشت جهانی در ۲۰۱۰، نزدیک به ۵۰ درصد جمعیت جهان در شهرها زندگی می‌کنند و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۵۰ این مقدار به حدود ۷۰ درصد برسد. پیگیری آن در سطوح شهری بسیار جدی تلقی می‌گردد. در تعریف این سازمان، شهر سالم شهری است که مردم را در دستیابی به پتانسیل کامل خود قادر می‌سازد (Awofeso, 2003: 222).

شهر سالم، ویژگی‌هایی مثل مسکن مناسب، اکوسیستم پایدار، اجتماعات متعادل، مشارکت عمومی بالا، دسترسی به نیازهای اساسی برای همه، دسترسی به طیف گسترده‌ای از تجربیات، امکانات اقتصادی متنوع، وضعیت سلامت بالا و ... را در خود دارد (Duhl; sanchez, 1999: 23). این شرایط برای محققین دیگر نیز، دسترسی به آب آشامیدنی سالم، سیستم دفع بهداشتی فاضلاب، دسترسی به مسکن مناسب و شخصی، تسهیلاتی چون گاز، برق، اتاق کافی، فقدان بیماری و ... اساسی تلقی شده است (Goli et al., 2011: 463).

نکته مهم‌تر آن است که به‌جای شهر سالم می‌توان از سلامتی شهر نیز سخن گفت. بر این اساس، سلامت شهری دارای دو معنای کاملاً متفاوت است:

۱. سلامت سکونتگاه شهری، یعنی این سکونتگاه از نظر اجتماعی و زیست‌محیطی کارکرد لازم و بهینه را داراست یا خیر؟

۲. سلامت جمعیت انسانی که در داخل این اکوسیستم زندگی و فعالیت می‌کنند.

مفهوم اخیر را می‌توان به‌شکل دیگری نیز در نظر گرفت و آن این که مراقبت‌های بهداشتی و تندرستی تا چه میزان مورد توجه قرار دارد؟

به طور کلی، در جنبش شهرهای سالم این موارد بیش‌تر مورد تأکید است:

گرفت و این استان به‌عنوان یکی از محروم‌ترین استان‌ها در این ارتباط شناخته شد.

در همین راستا، این فرض مطرح شد که احتمالاً اندک تسهیلات موجود هم، به‌جای توزیع متناسب، در بخش یا بخش‌هایی از این پهنه جغرافیایی متمرکز شده است. به‌همین منظور، شرایط شهرستان‌های استان از نظر توزیع عادلانه حداقل امکانات و اعتبارات، در کانون توجه قرار گرفته و به‌صورت عمقی بررسی شد.

شاخص‌های تحقیق از مبانی نظری تحقیق استخراج گردید و با توجه به ازدیاد شاخص‌های مرتبط با شهر سالم و محدودیت‌های پژوهش، در این تحقیق تنها از ۱۷ شاخص در قالب سه گروه بهداشتی، اجتماعی و سکونت‌ی که در اغلب تحقیقات جهانی و ملی مورد بهره‌برداری قرار گرفته بود، استفاده شد. شاخص‌های بررسی شده در تحقیق در جدول ۱، ارائه شده است.

لشکری (۱۳۷۷)، در تحقیق خود با عنوان «شاخص‌های رفاه اجتماعی» به رفاه، دسترسی به امکانات بهداشتی، درمانی و هزینه‌های سبب بهداشتی خانوار اشاره داشته و بیش‌تر بر بخش بهزیستی و مراقبت‌های مربوط به آن تأکید می‌کند.

حیدری فرد (۱۳۸۵)، مصرف سیگار و زیان‌های ناشی از آن را مورد بررسی قرار داد. تنها یکی از ابعاد مربوط به سلامتی یعنی مصرف مواد دخانی را در کانون توجه قرار داده است و محیط سالم را مکانی تلقی می‌کند که افراد شرایط استعمال مواد مضر را پیدا نکنند.

### روش انجام پژوهش

مطالعه حاضر با روش توصیفی - تحلیلی اجرا گردید. ابتدا با استفاده از شاخص‌های استاندارد و متداول در این زمینه، وضعیت استان‌های جنوبی در بین استان‌های کشور مورد ارزیابی قرار

جدول ۱. شاخص‌های مورد استفاده در تعیین شهرهای سالم و قابل زندگی در استان خراسان جنوبی

نام شاخص	واحد اندازه‌گیری	توضیحات	طبقه
فضای قابل سکونت	تسهیلات مسکن	آب لوله کشی، برق، تلفن ثابت و گاز لوله کشی	مسکونی
تراکم در واحد مسکونی	تعداد خانوار در واحد	شاخص خانوار در واحد مسکونی، ضریب اشغال واحد مسکونی	مسکونی
ساختار کالبدی مسکن	دوام واحد مسکونی	مصالح به‌کار رفته (چوب، خشت، یا اسکلت فلزی، بتون و ...)	مسکونی
نحوه‌ی تصرف مسکن	مالکیت مسکونی	مالکیت یا اجاره عرصه و اعیان و تصرف در برابر خدمت و ...	مسکونی
رشد جمعیت	افزایش سالیانه	درصد رشد جمعیت برای کلیه گروه های سنی	اجتماعی
میزان سواد	سطح سواد	درصد افراد بالاتر از ۶ سال فاقد سواد خواندن و نوشتن.	اجتماعی
بیکاری	درصد بیکاران	درصد افراد در سنین کار و در جستجوی شغل.	اجتماعی
طلاق	در هزار	تعداد افراد متراکه کرده در هر هزار نفر	اجتماعی
نرخ خام تولد	در هزار	تعداد کودکان زنده‌ی به‌دنیا آمده به‌ازای هر هزار نفر جمعیت	اجتماعی
فضای سبز	متر مربع برای هر نفر	تقسیم مقدار خالص فضای سبز بر جمعیت ساکن در شهر	اجتماعی
معلولیت	درده هزارنفر	افراد با بهره‌ی هوشی، تکلم و ... پایین‌تر از متوسط همسالان خود	بهداشتی
امکانات پزشکی	تخت و پزشک	تعداد پزشکان و تعداد تخت بیمارستانی به‌ازای هر هزار نفر	بهداشتی
هزینه‌های بهداشتی	درصد از هزینه کل	هزینه‌ی بهداشت خانوار از کل هزینه‌ی غیر خوراکی	بهداشتی
دسترسی به آب سالم	درصد برخورداری	مدیریت و تأمین آب سالم و کافی	بهداشتی
هزینه‌های دخانی	درصد از هزینه کل	هزینه‌ی مصرف دخانیات از کل هزینه‌ی خوراکی خانوار	بهداشتی
مرگ و میر کودکان	در هزار تولد	نرخ مرگ و میر کودکان به‌نسبت هر هزار تولد	بهداشتی
امنیت غذایی	درصد از هزینه کل	درصد هزینه‌ی مصرف گوشت و لبنیات از کل هزینه‌های خوراکی	بهداشتی
میزان پوشش بیمه‌ای	درصد پوشش	درصد افرادی که زیر پوشش خدمات بیمه ای مختلف هستند	بهداشتی

مأخذ: قدیمی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۴؛ محمدزاده‌اصل و همکاران، ۱۳۸۹: ۸۹؛ محمودی‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۶: ۷؛ ستارزاده، ۱۳۸۸: ۵۷؛ لشکری، ۱۳۷۷: ۲۱۷؛ حیدری فرد، ۱۳۸۵: ۴۹؛ شکوری، ۱۳۸۳: ۱۳۸.

نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، بررسی نمونه‌ای مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۲ و بررسی نمونه‌ای محقق در سال ۱۳۹۳ با حجم نمونه

داده‌های مورد نیاز این بررسی از سه روش کاملاً متفاوت گردآوری شدند. به‌این صورت که از داده‌های سرشماری عمومی

Arcview، استفاده شد.

### محدوده مورد مطالعه

استان خراسان جنوبی، در شرق ایران و بین مدار جغرافیایی ۳۰ درجه و ۳۱ دقیقه تا ۳۵ درجه و ۸ دقیقه عرض شمالی از خط استوا و ۵۵ درجه و ۲۴ دقیقه تا ۶۰ درجه و ۵۷ دقیقه طول شرقی از نصف‌النهار گرینویچ قرار گرفته است که براساس مصوبه مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۳، ایجاد گردید. این استان، از شمال به استان خراسان رضوی، از جنوب به استان‌های سیستان و بلوچستان و کرمان و از غرب به استان‌های یزد، سمنان، اصفهان و از شرق به طول ۳۳۱ کیلومتر دارای مرز مشترک با کشور افغانستان (ایالت فراه) محدود شده است.

این استان با وسعتی حدود ۱۵۰۸۰۰ کیلومترمربع، حدود ۹ درصد از مساحت کل کشور را به خود اختصاص داده است و براساس آخرین تقسیمات کشوری در پایان سال ۱۳۹۲، استان خراسان جنوبی دارای ۱۱ شهرستان، ۲۸ نقطه شهری، ۲۵ بخش و ۶۱ دهستان است (شکل ۱).

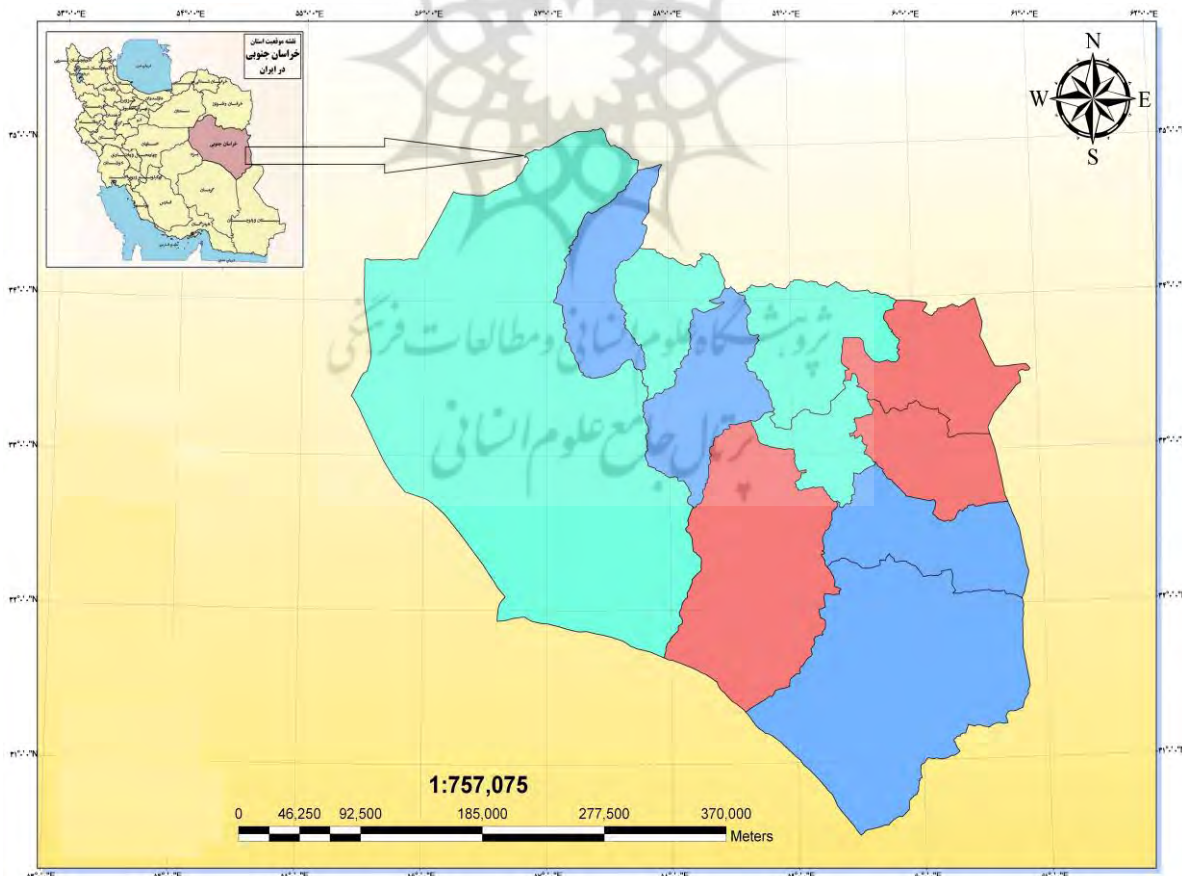
۳۰۰ مورد از خانوارهای ساکن در شهرستان‌های استان خراسان جنوبی (برای تمامی مراکز بخش) به دست آمد.

با توجه به این که قبلاً تحقیقی در ارتباط با وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانوارها در این استان صورت نگرفته بود، برای تعیین این حجم نمونه، از فرمول کوکران برای جمعیت‌های پنهان (جامعه آماری با تعداد نامعین) استفاده گردید تا بتواند معرف جامعه مورد بررسی باشد.

در بررسی نمونه‌ای وضعیت شاخص‌های مورد نظر به صورت میزان فاصله باحد مطلوب در نظر گرفته شد. به عبارت دیگر، شهرستان‌هایی که عدد و گام کم‌تری به خود اختصاص داده‌اند، از نظر دسترسی به شاخص‌های مورد نظر، وضعیت بهتری داشته و زمان کم‌تری برای رسیدن به شهر سالم، نیاز دارند.

جمع‌آوری منابع، در مواردی که آمار و اطلاعات از موارد در دسترس، قابل استخراج نبود، از طریق نهادهای مسئول در سطح شهرستان (بخش‌های مختلف) و یا استان اخذ گردید.

در این مطالعه برای تحلیل آماری داده‌ها از نرم‌افزار SPSS، جهت استخراج نتایج و تبدیل آن‌ها به نقشه، از نرم‌افزار جغرافیایی



شکل ۱. موقعیت استان خراسان جنوبی در ایران و شهرستان‌های این استان

## یافته‌ها

تسهیلات لازم بوده‌اند. این شرایط برای شهرهای بیرجند، طس و فردوس و بخش‌های مرکزی هر شهرستان، به ترتیب ۷۵، ۶۳ و ۶۱ درصد بوده است.

## دوام واحدهای مسکونی

طبق اطلاعات مرکز آمار ایران (۱۳۸۵)، با وجود آن که شهرهای استان خراسان جنوبی از نظر دوام واحدهای مسکونی در شمار نامناسب‌ترین استان‌ها طبقه‌بندی نمی‌شوند؛ اما اغلب شهرهای غیراصلی این استان، از جمله بشرویه، سرایان، سربیشه و حاجی‌آباد شرایط مناسبی نداشته و در مجموع تعداد مسکن با دوام آن‌ها اعدادی بین ۱۰ تا ۲۱ درصد را نشان می‌دهند.

نمونه‌های تحقیق، شامل ۱۸۹ نفر مرد و ۱۱۱ نفر زن سرپرست خانوارهای ساکن در شهرهای استان خراسان جنوبی با میانگین سنی ۳۵ سال که همگی باسواد بودند. همچنین نمونه‌های تحقیق، بیش از ۱۵ سال، سابقه سکونت در شهرهای مورد مطالعه را داشتند.

## بررسی شاخص‌های شهر سالم در نقاط شهری استان خراسان جنوبی

## مسکن مناسب و با کیفیت

طبق آمار و اطلاعات موجود، استان خراسان جنوبی از نظر شاخص مسکن مناسب و با کیفیت، در بین استان‌های کشور در رتبه‌های آخر قرار گرفته است و تنها یک درصد واحدهای آن دارای اغلب

جدول ۲. درصد واحدهای مسکونی در نقاط شهری بر اساس نوع مصالح مورد استفاده

نوع مصالح	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰
آجر و آهن و یا سنگ و آهن	۵۳/۱۵	۶۰/۱۶	۶۲/۲۴
خشت و گل	۷/۷۵	۱۱/۳۰	۱۶/۱۴
بلوک سیمانی	۰/۴۳	۰/۴۴	۰/۱۱
آجر و چوب یا سنگ و چوب	۰/۴۱	۰/۳۹	۰/۳۹
خشت و چوب	۰/۳۹	۰/۱۸	۰/۱۰
تمام چوب	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۱
سایر یا اظهار نشده	۳۷/۸۷	۲۷/۵۱	۲۱/۰۱

## نحوه تصرف واحد مسکونی

در ارتباط با نحوه تصرف واحد مسکونی بررسی‌های صورت گرفته نشان داد که وضعیت استان خراسان جنوبی در حد متعالی قرار داشته (جدول ۳) و در واقع، ردیف‌های میانی فهرست مرکز آمار ایران (۱۳۸۵)، را به خود اختصاص داده است.

علاوه بر آن، شرایط شهرهای غیراصلی، بسیار بهتر از شهرهای بیرجند و طس بوده است و به‌طور متوسط بیش از ۷۵ درصد خانوارها مالک واحد مسکونی محسوب می‌شوند.

## دسترسی به امکانات

اطلاعات به‌دست آمده، نشان داد که وضعیت شهرهای اصلی استان یعنی بیرجند، قاین و فردوس در این میان نسبتاً مناسب است و شهرهای حاجی‌آباد، سربیشه و سرایان جزو گروه‌های کم‌برخورار قلمداد می‌شوند. به‌طوری‌که تنها نزدیک به ۲۰ درصد از سهم هزینه خوراکی به‌صرف گوشت و لبنیات با توجه به کل هزینه‌های خوراکی اختصاص داشته است.

## رشد جمعیت

بررسی شاخص رشد جمعیت نشان داد که استان خراسان جنوبی با اختصاص رشد بیش از ۴ درصد در شمار استان‌هایی قرار دارد که بالاترین رشد جمعیت را به خود اختصاص داده است. نرخ این شاخص در شهرستان‌های کوچک مانند سرایان، بشرویه و حاجی‌آباد بیش از سایر شهرها بوده است.

## شاخص سواد

شاخص سواد، از شاخص‌های اساسی شهر سالم، محسوب می‌شود. بررسی نرخ بی‌سوادی در استان خراسان جنوبی نشان داد که با وجود نرخ بی‌سوادی بالاتر از ۱۰ درصد، این استان هنوز در

جدول ۳. درصد نحوه تصرف واحد مسکونی در

استان خراسان جنوبی در سه سرشماری مختلف

نوع تصرف	سال	استان	شهری	روستایی
ملکی	۱۳۹۰	۷۱/۸۱	۶۱/۶۸	۸۴/۰۵
	۱۳۸۵	۷۱/۳۷	۶۱/۶۲	۸۱/۷۶
	۱۳۷۵	۸۰/۸۰	۶۹/۷۵	۸۸/۰۲
استیجاری	۱۳۹۰	۱۹/۳۷	۲۹/۶۰	۷/۰۲
	۱۳۸۵	۱۵/۸۶	۲۶/۳۷	۴/۶۶
	۱۳۷۵	۱۱/۰۴	۲۱/۵۰	۴/۲۰
رایگان یا در برابر خدمت	۱۳۹۰	۷/۸۵	۷/۷۱	۸/۰۱
	۱۳۸۵	۷/۹۶	۷/۳۷	۸/۵۸
	۱۳۷۵	۷/۲۵	۷/۸۶	۶/۸۵

مراجعه مردم به این بیمارستان‌ها همانند سایر نقاط کشور می‌باشد. شرایط بهداشت و درمان و تخت‌های در اختیار، برای شهرستان‌های درمیان، حاجی‌آباد و سریشه بسیار نامناسب‌تر است و اغلب امکانات به شهرهای اصلی و مرکز استان یعنی طبس، قاین و بیرجند اختصاص یافته است (جدول ۴).

**جدول ۴.** توزیع برخی از امکانات بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های استان خراسان جنوبی

شهرستان	آزمایشگاه	داروخانه	پرتونگاری	توانبخشی
بیرجند	۲۵	۴۴	۱۴	۴۶
درمیان	۹	۱۱	۱	۰
سرایان	۵	۶	۱	۱
سریشه	۵	۸	۱	۱
قائنات	۱۸	۲۲	۲	۵
نهبندان	۹	۱۲	۱	۵
فردوس	۹	۱۱	۲	۱۱
بشرویه	۴	۷	۱	۵
خوسف	۵	۶	۰	۰
زیرکوه	۶	۷	۰	۰
طبس	۱۰	۱۶	۴	۱۰

در ارتباط با هزینه‌های بهداشتی خانوار نسبت به کل هزینه غیر خوراکی مشخص گردید که استان خراسان جنوبی اگر چه در ردیف‌های آخر این فهرست قرار ندارد، اما نزدیکی آن به بخش‌های انتهایی نشان می‌دهد که شرایط چندان مناسبی نداشته و این شرایط برای شهرستان‌های درمیان، سریشه و بشرویه نامناسب‌تر از سایر شهرها است. به طوری که در این شهرستان‌ها، متوسط اعلام شده در حد ۱۴ درصد بوده است (جدول ۵).

**جدول ۵.** هزینه‌های بهداشتی و درمانی از جمع کل هزینه‌های خوراکی

شهرستان	تعداد خانوارها	هزینه‌های بهداشتی و درمانی	هزینه‌های خوراکی	جمع کل هزینه‌ها
بیرجند	۱۲۰	۴۵۹۵۶۸۳	۴۸۹۸۱۴۲۵	۱۰۵۲۵۲۲۴۳۴
درمیان	۸۴	۳۰۵۲۱۱۹	۵۲۹۸۹۵۲۱	۱۰۳۵۱۳۸۷۵
سریشه	۷۲	۳۴۵۸۸۰۶	۴۷۵۴۸۶۵۸	۸۶۸۷۰۰۷۹
قاین	۱۳۲	۳۴۳۵۰۶۱	۵۲۶۱۰۰۰۰	۱۰۸۸۲۹۴۵۹
نهبندان	۷۸	۳۳۷۲۰۰۰	۵۳۲۴۰۰۳۱	۱۰۱۰۸۰۹۴۹
سرایان	۴۸	۳۳۰۴۶۶۷	۵۱۵۳۴۴۱۳	۱۰۵۲۶۹۹۳۴
فردوس	۴۸	۳۲۶۱۰۰۰	۵۵۴۴۱۳۹۲	۱۱۹۹۵۸۲۱۲
بشرویه	۳۶	۲۸۹۵۲۲۲	۵۷۹۴۴۴۶۷	۱۲۱۹۲۴۵۷۰
طبس	۹۰	۴۳۳۳۶۸۹	۵۹۲۵۹۴۹۳	۱۲۹۷۲۲۳۲۷

مؤثرترین روش‌ها در ارتقاء سطح بهزیستی و بهداشت است و پایین بودن این شاخص نشان‌دهنده عدم کفایت خدمات زیربنایی

ردیف‌های ابتدایی این فهرست قرار ندارد و وضعیت نگران کننده‌ای را نشان نمی‌دهد. اما شهرهای کم‌برخوردار همچنان با نرخ‌های بی‌سوادی در حد ۲۰ و بالاتر در ردیف‌های اول قرار دارند.

## بیکاری

طبق اطلاعات مرکز آمار ایران (۱۳۸۵)، میزان بیکاری در استان خراسان جنوبی به دلیل غلبه مشاغل کشاورزی و دامداری، در حد یک بحران قلمداد نمی‌شود. اما وضعیت شهرهایی که از این‌گونه مشاغل بیش‌تر دور شده‌اند، نگران کننده‌تر به نظر می‌رسد. به طوری که مشاهده نرخ بیکاری بیش از ۲۰ درصد در شهرهای بزرگ استان و از جمله بیرجند چندان عجیب به نظر نمی‌رسد.

## وجود انواع معلولیت‌ها

بررسی شاخص انواع معلولیت‌ها به این دلیل اهمیت دارد که رابطه بین معلولیت و رفاه اجتماعی به اثبات رسیده است. طبق اطلاعات به دست آمده از مرکز آمار ایران (۱۳۸۵)، استان خراسان جنوبی، از نظر رتبه کشوری با اختصاص شاخص ۱/۹۰ در شمار نامناسب‌ترین استان‌های کشور تلقی می‌شود. اما بررسی‌های تفصیلی‌تر نشان می‌دهد که این وضعیت در مرکز استان (شهر بیرجند)، نامناسب‌تر از سایر نقاط می‌باشد و در رتبه‌های بعدی، طبس، فردوس، قاین و نهبندان قرار دارند.

## بهداشت و درمان

در بررسی شاخص تعداد پزشکان و تخت‌های در اختیار، مشخص گردید که اگرچه شرایط این استان از نظر برخورداری از نظر تعداد پزشک به‌ازای هر هزار نفر تاحدی مطلوب به نظر می‌رسد. اما این شرایط در ارتباط با تعداد تخت‌های بیمارستانی با شاخص ۱/۹ چندان مطلوب نیست. این در حالی است که تعداد مراجعین و دلایل

## برخورداري از آب سالم

برخورداري از آب سالم یکی از شاخص‌های مهم رفاه و یکی از

عمومی می‌باشد.

اطلاعات به‌دست آمده نشان داد که وضعیت برخورداری از آب سالم در استان خراسان جنوبی تا حدودی قابل قبول بوده است. البته این شرایط هرچه از شهرهای بیرجند، فردوس، طبس، قاین و نهبندان دورتر می‌شود، نگران کننده‌تر به‌نظر می‌رسد و بدترین شرایط در این ارتباط مربوط به شهرهای حاجی‌آباد و درمیان است.

### هزینه مصرف دخانیات

براساس اطلاعات به‌دست آمده، استان خراسان جنوبی در زمینه هزینه مصرف دخانیات نسبت به کل هزینه خوراکی خانوار رتبه نسبتاً مناسبی کسب کرده است و فقط ۰/۷ درصد از کل هزینه خانوار، به مصرف دخانیات رسیده و این شرایط برای شهرهای کوچک‌تر و دور افتاده‌تر، بسیار کم‌تر می‌باشد.

### وضعیت طلاق

یکی دیگر از شاخص‌های مورد بررسی وضعیت طلاق شهرهای استان خراسان جنوبی بود. براساس اطلاعات به‌دست آمده، این استان با ثبت نرخ ۱/۱۱ طلاق، در شمار استان‌هایی قرار دارد که کم‌ترین نرخ طلاق را به‌خود اختصاص داده‌اند. این شرایط برای شهرهای درمیان، سربیشه و فردوس با شاخص کم‌تر از ۱، بسیار مناسب‌تر بوده است.

### دسترسی به فضای سبز

شاخص دسترسی به فضای سبز که براساس متر مربع برای هر نفر مشخص می‌گردد، یکی از شاخص‌هایی است که توسط بسیاری از اندیشمندان به‌عنوان یکی از معیارهای اصلی شهر سالم قلمداد شده است.

استان خراسان جنوبی از نظر دسترسی به این شاخص، از جایگاه بسیار بالایی برخوردار می‌باشد، اما این شرایط به‌دلیل وجود نخلستان‌های بزرگی است که اساساً در ارتباط با تأمین عملکردهای فضای سبز شرایط چندان مناسبی ندارد. در این شاخص، شهرهای سرایان، سربیشه و درمیان شرایط نامناسب‌تری را نشان می‌دهند. به‌طوری که سرانه فضای سبز در آن‌ها گاهی به کم‌تر از ۵ متر می‌رسد.

### نرخ خام تولد

شاخص مهم دیگر، نرخ خام تولد می‌باشد. یکی از مسائل مهم در مورد دستیابی به شهر سالم، تأمین امکانات و تسهیلات همسان با افزایش متقاضیان این خدمات است. زیرا با افزایش تعداد افراد متقاضی امکانات بهداشتی و درمانی و ثابت بودن این امکانات، شرایط

شرایط بهداشتی و درمانی مناطق جغرافیایی رو به وخامت می‌گذارد. نرخ خام تولد در استان خراسان جنوبی بیش از ۲۰ است و با توجه به این شرایط، این استان در شمار یکی از استان‌هایی قرار می‌گیرد که شرایط نامناسبی در این زمینه دارد. در این میان شهرستان‌های بیرجند، طبس، قاین و فردوس با ارائه شاخص‌هایی در حد ۱۴ تا ۱۶ در شمار شهرهای دارای بالاترین نرخ خام تولد در شهرهای کشور قرار می‌گیرند. در حالی که شهرهای مرزی و کم‌تر توسعه یافته استان مثل حاجی‌آباد نرخ‌هایی در حد ۳۰ را نشان می‌دهند.

### جدول ۶. متولدین ثبت شده بر حسب جنس در

نقاط شهری استان خراسان جنوبی

شرح	استان		نقاط شهری	
	پسر و دختر	پسر و دختر	پسر و دختر	پسر و دختر
بیرجند	۶۷۲۲	۳۴۶۲	۳۲۶۱	۵۳۰۷
درمیان	۱۲۱۲	۵۹۳	۶۱۹	۳۹۰
سرایان	۶۴۱	۳۳۲	۳۰۹	۴۴۵
سربیشه	۷۹۵	۴۲۲	۳۷۳	۲۵۵
قائنات	۲۴۸۶	۱۲۶۵	۱۲۲۱	۱۳۰۴
نهبندان	۱۰۷۰	۵۳۱	۵۳۹	۵۴۱
فردوس	۱۰۳۴	۵۲۶	۵۰۸	۸۴۵
بشرویه	۵۶۱	۲۹۹	۲۶۲	۴۷۵
خوسف	۳۳۸	۱۶۵	۱۷۳	۱۲۶
زیرکوه	۸۲۰	۴۳۱	۳۸۹	۱۹۴
طبس	۱۷۵۱	۸۸۱	۸۷۰	۱۱۹۴
جمع	۱۷۴۳۰	۸۹۰۶	۸۵۲۴	۱۱۰۷۶

یکی دیگر از شاخص‌هایی که در گروه زاد و ولد قرار می‌گیرد، نرخ مرگ و میر کودکان یعنی تعداد کودک فوت شده در هر هزار نفر که بستگی کامل و مستقیمی به امکانات بهداشتی و درمانی دارد. بر اساس آمارهای موجود، این نرخ برای کل استان حدود ۲۰ است که وقتی توزیع و پراکنش وضعیت آن مورد بررسی قرار می‌گیرد، بازهم عدم تعادل منطقه‌ای و ناحیه‌ای به‌خوبی مشهود می‌شود. به‌طوری که شهرهای بیرجند و قاین با نرخ‌هایی کم‌تر از ۱۰ در ردیف‌های اول و درمیان، سربیشه و حاجی‌آباد با کسب رتبه‌های آخر، نرخ‌های بالاتر از ۲۰ را به‌خود اختصاص می‌دهند. جدول ۸، میانگین سطح دسترسی به شهرهای سالم با توجه به



متغیرهای زمینه‌ای تحقیق را نشان می‌دهد. طبق نتایج به‌دست آمده:

- مناطقی که قبل از ایجاد استان جدید، به سطح شهرستان ارتقاء یافته بودند، شرایط بهتری نسبت به آن‌هایی دارند که بعد از تأسیس استان به این مرحله رسیده بودند.
- نوع اشتغال در سطح دسترسی به شهرهای سالم، تأثیر معناداری ندارد. اما وضعیت اقتصادی و منابع تولیدی، میزان دسترسی به خدمات را ارتقاء می‌بخشد.
- وجود افراد بومی شهرستان‌ها و بخش‌ها در پست‌های

کلیدی استان، از عوامل ارتقاء دهنده وضعیت سلامت شهری و وجود شهرهای سالم بوده‌اند.

- بین قدمت تأسیس شهرستان و شهرهای سالم رابطه معنادار مشاهده شد.

- همچنین، سطح سواد نیز با ارتقاء سطح دسترسی به شهرهای سالم، رابطه معنادار داشته است. به‌طوری‌که بین فاصله از مرکز استان و دسترسی به شاخص‌های شهر سالم، رابطه معکوس مشاهده گردید به این معنا که با فاصله گرفتن از مرکز استان، دسترسی به امکانات بهداشتی و ... کاهش می‌یابد.

قبل انقلاب ۵/۶۳ ۳/۹۹ ۰/۰۲۱

بعد انقلاب ۵/۸۳ ۴/۵۱ ۰/۰۲۱

بعد تأسیس استان ۵/۷۳ ۵/۴۵ ۰/۰۲۱

مناسب ۵/۹۹ ۳/۹۸ ۰/۰۰۳

نامناسب ۷/۸۸ ۴/۸۵ ۰/۰۰۳

بالا ۶/۰۱ ۳/۸۷ ۰/۰۱۲

پایین ۶/۹۹ ۴/۲۳ ۰/۰۱۲

مناسب ۵/۰۱ ۵/۰۱ ۰/۰۱۲

نامناسب ۶/۹۹ ۶/۸۹ ۰/۰۱۲

صنعتی ۷/۰۲ ۴/۹۶ ۰/۸۷۹

غیر صنعتی ۷/۸۹ ۵/۲۱ ۰/۸۷۹

**جدول ۸.** میانگین سطح دسترسی به شهرهای سالم با توجه به متغیرهای زمینه‌ای

شرح	میانگین	فاصله اطمینان	سطح معنی داری
قبل انقلاب	۵/۶۳	۳/۹۹	۰/۰۲۱
بعد انقلاب	۵/۸۳	۴/۵۱	۰/۰۲۱
بعد تأسیس استان	۵/۷۳	۵/۴۵	۰/۰۲۱
مناسب	۵/۹۹	۳/۹۸	۰/۰۰۳
نامناسب	۷/۸۸	۴/۸۵	۰/۰۰۳
وضعیت اقتصادی			
بالا	۶/۰۱	۳/۸۷	۰/۰۱۲
پایین	۶/۹۹	۴/۲۳	۰/۰۱۲
وضعیت سواد			
مناسب	۵/۰۱	۵/۰۱	۰/۰۱۲
نامناسب	۶/۹۹	۶/۸۹	۰/۰۱۲
پست‌های کلیدی			
صنعتی	۷/۰۲	۴/۹۶	۰/۸۷۹
غیر صنعتی	۷/۸۹	۵/۲۱	۰/۸۷۹

استان خراسان جنوبی داشته‌اند.

**جدول ۹.** نتایج آزمون ضریب همبستگی بین شاخص‌های شهر سالم و سایر متغیرهای مستقل

نوع متغیر	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
پیوند سیاسی	۳/۰۰	۰/۷۷	-۰/۱۶۹	۰/۰۰۱
ارتباط اجتماعی	۲/۸۹	-۰/۵۷	-۰/۱۱۱	۰/۰۶۱
انسجام قومی	۳/۰۱	۰/۸۱	-۰/۱۹۹	۰/۰۰۱
فاصله تا بیرجند	۷۵/۱	۱۵/۹۲	۰/۱۸۹	۰/۰۱۳
میزان درآمد	۱۴۰۰/۱۵	۲۳۰/۳	۰/۱۱۱	۰/۴۸۹
بعد خانوار	۴/۰۱	۲/۲۳	۰/۳۸	۰/۵۵۶

اطلاعات جدول ۹، نتایج آزمون همبستگی پیرسون را در بین شاخص‌های شهر سالم با متغیرهای پیوند سیاسی، ارتباط اجتماعی، انسجام قومی، فاصله تا بیرجند، میزان درآمد و بعد خانوار، نشان می‌دهد.

با توجه به اطلاعات به‌دست آمده بین ارتباط اجتماعی، میزان درآمد و بعد خانوار با شاخص‌های شهر سالم، سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵، به دست آمده بنابراین رابطه معنادار وجود ندارد. اما بین پیوند سیاسی، انسجام قومی و فاصله تا بیرجند با شاخص‌های شهر سالم، سطح معناداری پایین‌تر از ۰/۰۵ بوده و رابطه معنادار می‌باشد. همچنین متغیرهای پیوند سیاسی و انسجام قومی، بالاترین میزان همبستگی را با شاخص‌های شهر سالم در

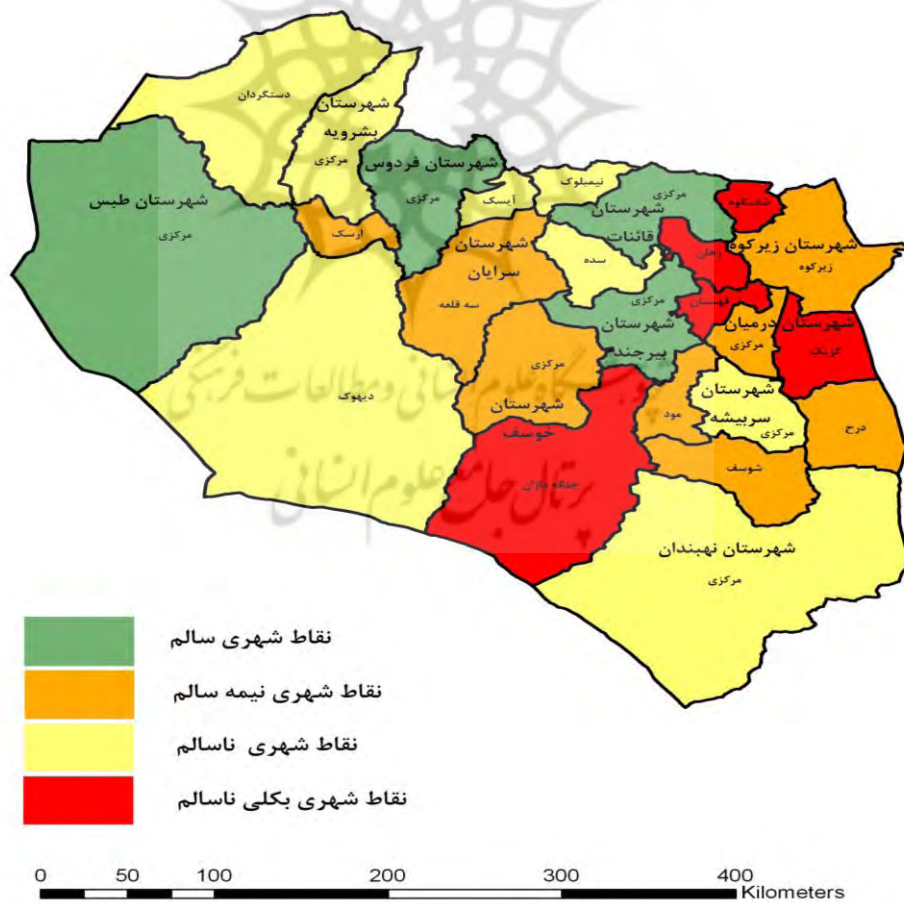
جدول ۱۰، دسته‌بندی نهایی نقاط شهری استان خراسان جنوبی را براساس برخورداری از شهر سالم نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، شهرهای درمیان، خوسف و زیرکوه، با فاصله چشم‌گیری، کم‌برخوردارترین نقاط شهری استان هستند.

**جدول ۱۰.** رتبه‌بندی شهرستان‌های (بر اساس مراکز بخش) استان خراسان جنوبی از نظر شاخص‌های شهر سالم

نقاط شهری سالم	شاخص کلی	نقاط شهری نیمه سالم	شاخص کلی	نقاط شهری ناسالم	شاخص کلی
بیرجند	۱۱/۳	نهبندان	۱۰/۹	درمیان	۸/۱
طبس	۱۱/۲	سرایان	۱۰/۷	خوسف	۷/۹
قاین	۱۱/۱	سربیشه	۱۰/۵	زیرکوه	۷/۱
فردوس	۱۱/۰	بشرویه	۱۰/۱		

نگرفته و نقاطی که از قدیم شرایط نامناسب‌تری داشته‌اند، همچنان محرومیت قبلی را دارند و به دلیل دوری از مرکز، نزدیکی به نقاط پرخطر (کشورهای افغانستان و پاکستان) و همچنین دسترسی کم به سطوح تغذیه‌ای و بهداشتی لازم، نیاز بسیار اساسی‌تری به این‌گونه خدمات، دارند.

شکل ۲، وضعیت شاخص سلامت در بخش‌های مختلف استان خراسان جنوبی را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، نقاط شهری که به مراقبت‌های بهداشتی بیش‌تر نیاز دارند و معمولاً در نقاط آسیب‌پذیر (نقاط مرکزی و حاشیه‌ای) قرار گرفته‌اند، از وضعیت نامناسب‌تری برخوردار بوده و این امر نشانگر آن است که مسئله عدالت، در توزیع فضایی خدمات و امکانات مدنظر قرار



**شکل ۲.** رتبه‌بندی شهرها به تفکیک بخش براساس شاخص‌های تحقیق

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر، ارزیابی میزان تحقق سیاست‌های شهر سالم براساس نیازهای محلی و منطقه‌ای بود که در استان خراسان جنوبی اجرا گردید. در میان پارادایم‌های مرتبط با توسعه پایدار، مقوله شهر سالم جمله مفاهیمی است که ارتباط تنگاتنگی با عدالت و مساوات برقرار نموده است؛ زیرا اصولاً ایده شهر سالم، در قلب تفکر توسعه پایدار قرار دارد که با محوریت بهبود وضعیت محیطی، سلامت زیست، کیفیت زندگی بشری و ... پا به عرصه وجود گذاشت.

در واقع، رویکرد توسعه پایدار بود که در اواخر قرن بیستم موضوع شهر سالم را از طریق سازمان جهانی بهداشت به دولت‌ها معرفی نمود. تفکری که اصل و اساس آن بر همکاری میان‌بخشی و مشارکت مردمی در زمینه دستیابی به شهری سالم و عاری از آلودگی و خطرات، قرار داشت.

شهر سالم، محیطی است که به‌طور دائم سیاست‌های عمومی خود را توسعه می‌بخشد و چشم‌اندازهای سلامت محوری چون محیط فیزیکی و سلامت و رفاه، تأمین نیازهای اساسی، اقتصاد شهری زنده، نوآوری 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 و خدمات درمانی، داشتن ساختار شهری مناسب و ... را در خود جای می‌دهد. اما دستیابی به این هدف مهم و اساسی به راحتی ممکن نیست. در نتیجه، تمام کشورها دائماً در پی سنجش جهت‌گیری‌های توسعه خود هستند تا بدانند به این هدف مهم دست یافته‌اند و یا خیر. در مطالعه حاضر نیز با استفاده از رویکردهای مطرح و پیشینه مطالعاتی، ۱۷ شاخص اصلی در قالب سه گروه بهداشتی، اجتماعی و سکونت‌ی استخراج و مورد ارزیابی قرار گرفتند.

براساس شاخص‌های تعیین شده در این بررسی، استان خراسان جنوبی در بین ۳۱ استان کشور با قرارگیری در رتبه بیست و نهم، یکی از استان‌هایی است که وضعیت بسیار نامناسبی دارد. این یافته با نتایج رحیمی و پازند (۱۳۹۶)، همراستا می‌باشد. در مطالعه آن‌ها نیز، استان خراسان جنوبی به‌همراه ایلام و چند استان دیگر، در ردیف‌های آخر جدول رده‌بندی استان‌های کشور براساس شاخص شهرهای سالم، قرار گرفته است.

یافته اساسی دیگر این بررسی آن بود که حتی معدود امکانات موجود هم از توزیع مناسبی برخوردار نبوده و اغلب در مرکز استان و شهرهای عمده تمرکز یافته است. مشکلی که در اغلب استان‌ها مطرح بوده و در تحقیقات متعددی مورد تأیید قرار گرفته است.

مسلم است که با تمرکز اغلب امکانات و تسهیلات در شهرهای اساسی و عمده، شرایط استان در برخی از نقاط بحرانی تلقی شده

و نیازمند مداخله سریع و بدون وقفه مسئولین می‌باشد.

به‌همین دلیل، مهم‌ترین نکته‌ای که این تحقیق بر آن تأکید داشت آن بود که باید رعایت عدالت بین شهرستان، بخش‌ها و دهستان‌ها به جد مورد پیگیری قرار گیرد و از تمرکز این تسهیلات در مناطق خاص جلوگیری شود. این یافته، با نتایج سایر بررسی‌ها که بر حساسیت مراقبت‌های بهداشتی در این مناطق تأکید داشته‌اند، هماهنگ می‌باشد.

یافته‌های دیگر تحقیق نشان داد که ساکنین شهرها و بخش‌های مختلف استان از وجود این بی‌عدالتی آگاه بوده و به‌عوامل و زمینه‌هایی اشاره دارند که می‌تواند به کشمکش‌های درونی نیز منجر گردد. به‌عنوان مثال، مطابق نتایج ارائه شده، افراد مورد پرسش اعتقاد دارند که امکانات و زیرساخت‌های بهداشتی و ... عمدتاً به شهرهایی اختصاص یافته است که با تأسیس استان خراسان جنوبی هماهنگی و موافقت داشته‌اند و شهرستان‌هایی که با این روند هماهنگی نداشته‌اند، مورد ظلم مضاعف قرار گرفته‌اند. به‌این معنا که نه تنها این شهرستان‌ها در دسترسی به امکانات عقب‌تر از سایر شهرستان‌ها هستند، بلکه به‌دلیل نداشتن افراد بومی در پست‌های کلیدی، ابزاری برای رفع این تبعیض‌ها هم در اختیار ندارند. علاوه بر آن، شکاف قومی و مذهبی استان نیز به‌نوعی در این بررسی خود را نشان داد. به‌طوری که به‌اعتقاد نمونه‌های تحقیق، شهرستان‌هایی که هماهنگی بیش‌تری با مرکز استان (بیرجند) دارند، تسهیلات افزون‌تری را دریافت کرده‌اند.

با وجود آن‌که محدودیت‌های مختلف، از جمله در زمان نبودن داده‌ها و فقدان سیستم‌های آماری کارآمد، تنگناهای اساسی را برای اجرای این تحقیق به‌وجود آورده و امکان تحلیل‌های عمیق و فنی را از محقق گرفته بود، اما با استفاده از ابزارهای جایگزین، به‌نحوی عمل شد که این ضعف، نتایج اصلی را تحت‌الشعاع قرار ندهد. به‌همین دلیل، اهداف اصلی این تحقیق که نشان دادن ضعف‌های اساسی در پیگیری سیاست‌های تحقق شهر سالم در استان خراسان، تمرکز امکانات در شهرهای اصلی و تأثیر رویکردهای سیاسی و مذهبی در تخصیص امکانات بود، به‌خوبی محقق شد.

یافته جدید در مطالعه حاضر، آن بود که اگر چه بهبود قابل ملاحظه‌ای در تأمین امکانات بهداشتی و درمانی و یا به‌طور کل، سلامت جمعیت در این استان به‌وجود آمده است. اما هنوز نابرابری‌های اساسی امکانات و تجهیزات زمینه‌ساز سلامت در میان مناطق و بخش‌های استان و نیز در بین گروه‌های مختلف جمعیتی وجود دارد.

در پایان می‌توان گفت، برای ارزیابی پروژه‌هایی که تحت عنوان شهر سالم طراحی می‌شود، برای این‌که بتوانند اهداف

۱. فصلنامه ساخت شهر، شماره ۷: ۱۱-۱.
۲. امینی، نجات، یداله‌ی، حسین، اینانلو، صدیقه (۱۳۸۵)، رتبه-بندی سلامت استان‌های کشور، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره ۲۰: ۴۸-۲۰.
۳. انصاری، آذرنوش، محمدی، فرزانه (۱۳۹۴)، *ارایه الگویی برای سنجش ارزش نام تجاری در خدمات سلامت شهر اصفهان*، مدیریت اطلاعات سلامت، شماره ۴: ۲۲-۱۱.
۴. حیدری فرد، رضا (۱۳۸۵)، *مصرف سیگار و زیان‌های ناشی از آن*، نشریه پیوند، شماره ۳۱۸: ۵۲-۴۷.
۵. دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (۱۳۹۶)، *شرایط بهداشتی و درمانی استان*، بیرجند: معاونت امور درمان وابسته به دانشگاه بیرجند.
۶. رحیمی، محمد، پاژند، فاطمه (۱۳۹۶)، *تحلیل و ارزیابی کیفیت زندگی با رویکرد شهر سالم (مطالعه موردی: شهر کرمان)*، برنامه‌ریزی منطقه‌ای، شماره ۲۵: ۷۵-۶۱.
۷. زیاری، کرامت‌اله، قرخلو، مهدی، جان‌بابا نژاد طوری، محمدحسین (۱۳۸۹)، *مقایسه تطبیقی شاخص‌های کمی و کیفی مسکن شهر بابل با نقاط شهری کشور با تأکید بر شهر سالم*، فصلنامه تحقیقات جغرافیایی، شماره ۹۷: ۱۱۶-۸۳.
۸. ستارزاده، داوود (۱۳۸۸)، *بررسی شاخص‌های جمعیتی مسکن ایران در سال ۱۳۸۵*، فصلنامه جمعیت، شماره ۶۷: ۸۰-۵۷.
۹. سجادی، حمیرا، وامقی، مروّنه، مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۸۹)، *عدالت اجتماعی و سلامت کودکان در ایران*، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال نهم، شماره ۳۵: ۱۳۸-۸۹.
۱۰. شکوری، علی (۱۳۸۳)، *امنیت غذایی و دسترسی به آن در ایران*، نامه علوم اجتماعی، شماره ۲۴: ۱۶۰-۱۳۳.
۱۱. صابری فر، رستم (۱۳۹۱)، *نگاهی به شاخص‌های جمعیتی سکونتگاه‌های غیررسمی و نقش آن در ناپایداری اجتماعی: مورد مطالعه سکونتگاه‌های غیررسمی شهر بیرجند*، فصلنامه دانش انتظامی، شماره ۲: ۸۳-۶۴.
۱۲. صابری فر، رستم (۱۳۹۶)، *بررسی عوامل محیطی و دموگرافیکی مؤثر در شیوع بیماری سل در شهر مشهد*، مجله علوم پزشکی مازندران، شماره ۱۴۷: ۴۰۸-۴۰۴.
۱۳. فرهادی، رودابه (۱۳۸۹)، *ارزیابی مشارکت مردم در پروژه شهر سالم کوی سیزده آبان*، فصلنامه علمی و پژوهشی انجمن جغرافیای ایران، شماره ۲۷: ۱۵۸-۱۳۷.
۱۴. قدمی، مصطفی، دیوسالار، اسدالله، غلامیان، محمد (۱۳۸۹)، *بررسی تطبیقی شاخص‌های شهر سالم در مقیاس ملی و جهانی (نمونه مورد مطالعه نقاط شهری ایران و کشورهای*

مورد نظر را تأمین نموده و به نتایج دقیق‌تر دست یابند، باید مراحل زیر را به‌طور دقیق و کامل مورد توجه قرار دهند:

- تعیین سؤالات اساسی

- ✓ پروژه شهر سالم چیست؟
- ✓ کدام موارد را باید ارزیابی کنیم؟
- ✓ ارزیابی برای چه ارگان‌ها و یا نهادهایی انجام شود؟
- 0 طرح پرسش‌های اساسی
- ✓ موضوعات اصلی و کلیدی کدامند؟
- ✓ اطلاع از کدام موارد ضروری است؟

0 تدوین استراتژی‌ها

- ✓ چه نوع اطلاعاتی باید گردآوری شود؟
- ✓ چه کسانی باید پاسخگوی اطلاعات باشند؟
- ✓ چگونه می‌توان نتایج به‌دست آمده را هماهنگ کرد؟
- 0 طرح کلی و هماهنگ

✓ مدیریت اصلی با چه کسی باشد؟

✓ زمان‌بندی اجرای طرح چگونه باشد؟

✓ محصولات نهایی کدامند؟

0 جمع‌آوری داده‌ها

✓ استراتژی‌های عملیاتی را چه کسی تعیین کند؟

✓ پیامدهای ناخو استه کدامند؟

0 تجزیه و تحلیل

✓ الگوهای به‌دست آمده کدام است؟

✓ تصویر کلی به‌دست آمده چیست؟

0 نتایج کسب شده

✓ چه یافته‌هایی به‌دست آمده است؟

✓ چرا چنین رویدادی حادث شده است؟

✓ چه درسی آموخته‌ایم؟

0 ارزیابی مجدد

✓ اقدامات متفاوتی که باید انجام شود، کدامند؟

✓ آیا تکرار مراحل فوق ضرورت دارد؟

## راهکارها

با توجه به یافته‌ها و نتایج تحقیق راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد:

- ✓ ایجاد تحول اساسی در نظام بودجه‌ریزی استان؛
- ✓ اطلاع رسانی به‌نحو مناسب به نهادهای بین‌المللی در این ارتباط جهت به اجرا در آمدن اقدامات مناسب؛

## منابع

۱. احمدی، حسن (۱۳۸۵)، *ریشه‌های پیدایش ایده‌ی شهر سالم*،

- Approach Reflections on a Framework for Improving Global Health*, World Health Organization Bulletin of the World Health Organization, 81(4): 220-229.
27. Duhl, L. J, Sanchez. A. K. (1999), *Healthy Cities and the city Planning Proces: A background document on links between health and urban planning*. Londo: WHO Regional Office for Europe.
28. Goli, S. Arokiasamy, P. Chattopadhyay, A. (2011), *Living and health conditions of selected cities in India: Setting priorities for the National Urban Health Mission*, Cities, 28(6): 461-472.
29. Gudes, O. Yigitcanlar, T. Pathak, V. (2009), *A Community Health Support System for the Indicators Districts of Tehran City*, Research and urban planning, 3(1): 14-21.
30. Prasad, A. Kano, M. Dagg, K.M, Moril, H. (2015), *Prioritizing action on health inequities in cities: An evaluation of Urban Health Equity Assessment and Response Tool*, Urban HEART, 145: 237-242.
31. Saberifar, R.. Arab Sheibani, K. Afkhami Ardakani, M. (2013), *Geographical Distribution of Mortality from Diabetes Complications in Yazd*, Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, 16(6): 89-99.
32. Takano, T. Nakamura, K. (2001), *An Analysis of Health Levels and Various Indicators of Urban Environments for Healthy Cities Projects*, Journal of Epidemiology and Community Health, 20(2): 20-31.
33. WHO, UN. (2015), *Global Report on Urban Health: Equitable, healthier cities for sustainable Development*, [http://who.int/kobe\\_centre/measuring/urban](http://who.int/kobe_centre/measuring/urban) Regional Office for Africa, Brisbane: GTR, Brisbane.
34. World Health Organization (WHO) (2017), *Community participation in local health*, [www.euro.who.int/globalreport/ugr\\_full\\_report.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/globalreport/ugr_full_report.pdf?ua=1)
- توسعه‌یافته)، مجموعه مقالات چهارمین کنگره بین‌المللی جغرافیای دانان جهان اسلام، دانشگاه سیستان و بلوچستان.
۱۵. قربانی، رسول، بهشتی، مجید، پورمحمدی، محمدرضا (۱۳۹۰)، *تحلیلی بر گونه‌شناسی پارک‌های شهری استان آذربایجان شرقی با استفاده از مدل تحلیلی گرانز*، مجله مطالعات و پژوهش‌های شهری، شماره ۸: ۳۸-۱۹.
۱۶. کاملی، محمدجواد (۱۳۸۶)، *بررسی توصیفی علل و عوامل مؤثر در بروز آسیب اجتماعی طلاق در جامعه ایران با توجه به آمار و اسناد موجود*، فصلنامه دانش انتظامی، ۹ (۳): ۲۱۲-۱۸۱.
۱۷. کاوسی، زهرا (۱۳۸۸)، *اندازه‌گیری مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت: مطالعه طولی در منطقه ۱۷ تهران*، مجله پژوهشی حکیم، دوره دوازدهم، شماره ۲: ۱۸-۹.
۱۸. لشکری، محمد (۱۳۷۷)، *شاخص‌های رفاه اجتماعی*، مجله اطلاعات سیاسی - اقتصادی، شماره ۱۳۱ و ۱۳۲: ۲۳۴-۲۱۴.
۱۹. لطفی، صدیقه، مهدیان، مهدی‌علی، بهنمیری، معصومه (۱۳۹۱)، *ارزیابی شاخص‌های شهر سالم در منطقه دو شهر قم*، مطالعات توسعه اجتماعی - فرهنگی، ۱ (۲): ۹۹-۷۶.
۲۰. محمدزاده اصل، نازی، امام وردی، قدرت‌الله، سریرافراز، محمد (۱۳۸۹)، *رتبه‌بندی شاخص‌های رفاه شهری مناطق مختلف شهر تهران*، پژوهش و برنامه‌ریزی شهری، شماره ۱: ۱۰۶-۸۵.
۲۱. محمودی‌نژاد، هادی، پورجعفر، محمدرضا، آذری، امید، علیزاده، امین (۱۳۸۶)، *تعامل دستور کار ۲۱ و فرآیند تحقیق‌پذیری شهر سالم*، با ارایه راهکارها و پیشنهادهایی در شرایط معاصر ایران، علوم و تکنولوژی محیط زیست، دوره دهم، شماره ۴: ۱۲-۱.
۲۲. مرکز آمار ایران (۱۳۸۵)، *نتایج کلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن*، تهران: معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی.
۲۳. مرکز آمار ایران (۱۳۹۵)، *نتایج کلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن*، تهران: معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی.
۲۴. مهرآرا، محسن، فضایی، علی‌اکبر، فضایی، امیرعباس (۱۳۸۹)، *بررسی برابری در تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی*، فصلنامه مدیریت سلامت، ۸۹: ۶۲-۵۱.
۲۵. یارمحمدی، احمد، عریضی سامانی، حمیدرضا (۱۳۸۵)، *رابطه بیکاری با سلامت روانی با توجه به نقش تعدیلی تعهد به اشتغال در بین دانش‌آموزان ترک تحصیل کرده*، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰: ۱۳۳-۱۱۷.
26. Awofeso, Niyi. (2003), *The Healthy Cities*

35. World Health Organization (2010), *The dawn of an urban world*, Switz Switzerland, Geneva.

36. World Health Organization (WHO) (2002), *Regional Office for Africa*, GTR, Brisbane.

