



Investigating the Relationship between Built Environment, Social Interactions and Depression in the Neighborhoods: a Conceptual Model

ABSTRACT INFO

Article Type

Original Research

Authors

1. Zeinab Kheirkhah

2*. Marjan Nemati Mehr

1. Ph.D. candidate in Urban Design, Department of Urban and Regional Planning and Design, School of Architecture and Urban Planning, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2*. Associate Professor, Department of Urban and Regional Planning and Design, School of Architecture and Urban Planning, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author

m_nemati@mehrsbu.ac.ir

Article History

Received :September 1, 2022

Accepted: November 28, 2022

ABSTRACT

Aims: The purpose of this study is to present a conceptual model related to the direct impact of built environment on the depression of urban residents and its indirect impact through social interactions and the ranking of influential elements.

Methods: A descriptive-analytical approach has been applied in this study and qualitative and quantitative methods have been used to achieve the goal of the study. The study has 3 main parts: In the first part, the concepts of research and the relationship between them have been investigated by searching the sources and analyzing them to explain the direct and indirect effect of the built environment on depression. In the second part, using experts' questionnaire and Shannon entropy method, the significant coefficient of the elements and their ranking were determined. In the third part, the conceptual model of the study is presented based on the relationships between the concepts of the research.

Findings: Based on Shannon entropy method, Among the influential elements of the environment, green spaces and parks in residential areas have the highest significant coefficient and are ranked first in the impact on the depression of urban residents, followed by public spaces, noise pollution, environmental security and indoor environment quality, air pollution, pedestrian network, visual pollution and public transportation are among the 10 main elements. According to the conceptual model, factors affecting depression include micro scales (individual), meso scale (local community) and macro scale (fundamental) which the elements of the meso-scale environment interact with other micro- and macro-scale factors directly and indirectly affect the residents' depression.

Conclusion: According to the ranking of the influential elements of the environment and the high significant coefficient of green and public spaces, neighborhood green spaces and parks should be given more attention, and with the appropriate design of public spaces and suitable environments for pedestrians, create opportunities for social contact and the gathering of local residents in order to reduce the prevalence of depression in urban areas helped.

Key words: Built Environment, Depression, Social Interactions, Conceptual Model, Shannon Entropy

تبیین رابطه بین محیط انسان‌ساخت، تعاملات اجتماعی و افسردگی در محله مسکونی: ارائه مدل مفهومی^۱

زینب خیرخواه

دانشجوی دکتری طراحی شهری، دانشکده معماری و شهرسازی، گروه طراحی و برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

مرجان نعمتی مهر*

دانشیار دانشکده معماری و شهرسازی، گروه طراحی و برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

اهداف: هدف اصلی پژوهش، تبیین ارتباط مستقیم و غیرمستقیم بین محیط انسان‌ساخت، افسردگی و تعاملات اجتماعی در قالب مدل مفهومی و ارائه و اولویت‌بندی مؤلفه‌های تأثیرگذار در این رابطه می‌باشد.

روش‌ها: این پژوهش جزء پژوهش‌های توصیفی-تحلیلی می‌باشد و از راهبردهای کیفی و کمی برای دستیابی به هدف پژوهش استفاده شده است. پژوهش دارای ۳ بخش اصلی است: در بخش اول، به روش اسنادی، با جست‌وجو در منابع و تحلیل آنها، تأثیر مستقیم و غیرمستقیم محیط انسان‌ساخت بر افسردگی و مؤلفه‌های تأثیرگذار محیط تبیین گردیده است. در بخش دوم به منظور تعیین ضریب اهمیت مؤلفه‌ها، از پرسشنامه متخصصان و روش آنتروپی شانون استفاده شده است. در این راستا در پرسشنامه‌ای از افراد متخصص خواسته شد تا ضریب اهمیت هر یک از مؤلفه‌های تأثیرگذار محیط بر افسردگی را مشخص

نمایند. سپس بر اساس داده‌های به‌دست آمده بر اساس نظر متخصصان، وزن مؤلفه‌ها و رتبه آن‌ها به‌دست آمده است. درنهایت در بخش سوم مدل مفهومی پژوهش ارائه شده است. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از روش آنتروپی شانون نشان می‌دهد که از میان مؤلفه‌های تأثیرگذار محیط، فضاهای سبز و پارک‌ها در محلات مسکونی بیشترین وزن (ضریب اهمیت) را داشته و در رتبه نخست تأثیر بر افسردگی ساکنان محلات شهری قرار می‌گیرد و پس از آن فضاهای همگانی، آلودگی صوتی، امنیت محیطی، کیفیت محیط داخلی، آلودگی هوا و شبکه پیاده‌حائز اهمیت می‌باشند. بر اساس مدل مفهومی پژوهش، عوامل تأثیرگذار بر افسردگی شامل سه مقیاس خرد (فردی)، مقیاس میانی (جامعه محلی) و مقیاس کلان (بنیادین) می‌باشند که مؤلفه‌های محیط در مقیاس میانی در تعامل با دیگر عوامل مقیاس خرد و کلان، به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر افسردگی ساکنان تأثیرگذارند.

نتیجه‌گیری: با توجه به رتبه‌بندی مؤلفه‌های تأثیرگذار محیط و ضریب اهمیت بالای فضاهای سبز و همگانی، در نظر گرفتن فضاهای طبیعی محلی و پارک‌ها باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد و با طراحی مناسب فضاهای همگانی در محله و محیط‌های مناسب برای حرکت عابر پیاده به دور از آلودگی‌های محیطی و جرائم، فرصت‌هایی برای گرد هم آمدن ساکنان محلی ایجاد نمود و انواع فعالیت‌های اجتماعی را در محله امکان‌پذیر ساخت تا از این طریق به کاهش شیوع افسردگی و بهبود سلامت روانی ساکنان محلات شهری کمک نمود.

کلمات کلیدی: محیط انسان‌ساخت، افسردگی، تعاملات اجتماعی، مدل مفهومی، آنتروپی شانون

تاریخ دریافت: [۱۴۰۱/۶/۳]

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۱/۹/۷]

* نویسنده مسئول: m_nemati@mhr@sbu.ac.ir

۱ این مقاله برگرفته از رساله دکتری طراحی شهری نویسنده اول با عنوان "بررسی رابطه فرم شهری محله و افسردگی در سالمندان با تأکید بر تعاملات اجتماعی" می‌باشد که در دانشکده معماری و شهرسازی دانشگاه شهید بهشتی با راهنمایی نویسنده مسئول در حال انجام است.

۱. مقدمه

بیماری‌های روانی به یکی از چالش‌های اصلی قرن حاضر تبدیل شده است. در دنیا از هر ۴ نفر، یک نفر دچار مشکلات و اختلالات روانی است. افسردگی مهم‌ترین اختلال روانی در دنیا می‌باشد و بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در جهان دچار افسردگی هستند که تعداد آنها از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵، ۱۸ درصد افزایش داشته است. بنابر پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی، اختلال افسردگی تا سال ۲۰۳۰ میلادی در کشورهای توسعه‌یافته از رتبه چهارم به رتبه نخست و در کشورهای در حال توسعه از رتبه چهارم به رتبه دوم پس از بیماری ایدز می‌رسد و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، افسردگی به‌تنهایی مهم‌ترین عامل ایجاد بار بیماری‌ها باشد [1]. در ایران افسردگی، یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی است و سومین مشکل سلامتی کشور به‌شمار می‌آید [2]. بر اساس "پیمایش ملی سلامت روان"، به‌عنوان جامع‌ترین پیمایش سلامت روانی در کشور که در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ انجام شد، ۱۲.۷ درصد از جمعیت بزرگسال ایران به اختلال افسردگی مازور مبتلا هستند [3].

افسردگی تأثیرات و پیامدهای مخرب مستقیم و غیرمستقیم زیادی دارد. افسردگی بر سلامت جسمی افراد تأثیرگذار است و خطر ابتلا به بیماری‌های جسمی مانند ایدز، بیماری قلبی-عروقی و دیابت را افزایش می‌دهد [4]. بنابر آمار، میزان ناتوانی و مرگ‌ومیر در افرادی که دارای افسردگی هستند، بیش از دیگران است و درصد احتمال مرگ زودرس در افراد مبتلا به افسردگی ۴۰ تا ۶۰ درصد بیش از افرادی است که مشکلات سلامت جسمی (مثل سرطان، بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت و ایدز) دارند و اغلب بدون مراقبت باقی مانده‌اند.

افسردگی همچنین موجب اضطراب روحی و اخلال در توانایی افراد برای انجام حتی ساده‌ترین وظایف روزمره می‌شود و گاهی اوقات عواقب ناگوار برای روابط با خانواده و دوستان و توانایی درآمد برای زندگی را دربر دارد. در بدترین حالت، اختلال افسردگی می‌تواند به خودکشی منجر شود [1].

عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی، بیولوژیکی و محیطی در سطح فردی، جامعه محلی و سطح کلان بر میزان شیوع افسردگی در افراد تأثیرگذار است که در این میان محیط انسان‌ساخت محله مسکونی نقش مهمی را ایفا می‌نماید. عواملی چون اختلاط کاربری، دسترسی به فضای سبز، حمل‌ونقل عمومی و گونه مسکونی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر افسردگی ساکنان محله تأثیرگذار است. تأثیر غیرمستقیم محیط از طریق عواملی چون سلامت جسمانی (فعالیت بدنی) و تعاملات اجتماعی صورت می‌پذیرد. بسیاری از پژوهش‌ها در این زمینه تنها بر فعالیت بدنی و پیاده‌مداری به‌عنوان عامل میانجی تأکید داشته‌اند [5, 6]؛ درحالی‌که تعاملات اجتماعی در سطح جامعه محلی به‌عنوان یک فاکتور مؤثر در رابطه محیط انسان‌ساخت و افسردگی نقش ایفا می‌نماید. محیط انسان‌ساخت هم می‌تواند یک عامل شدت‌دهنده در انزوای اجتماعی و به‌تبع آن، شیوع افسردگی باشد و هم می‌تواند با تأمین نیازهای افراد، موجب روابط اجتماعی قوی و بهبود سلامت رفتاری شود و کاهش افسردگی را در پی داشته باشد [7, 8].

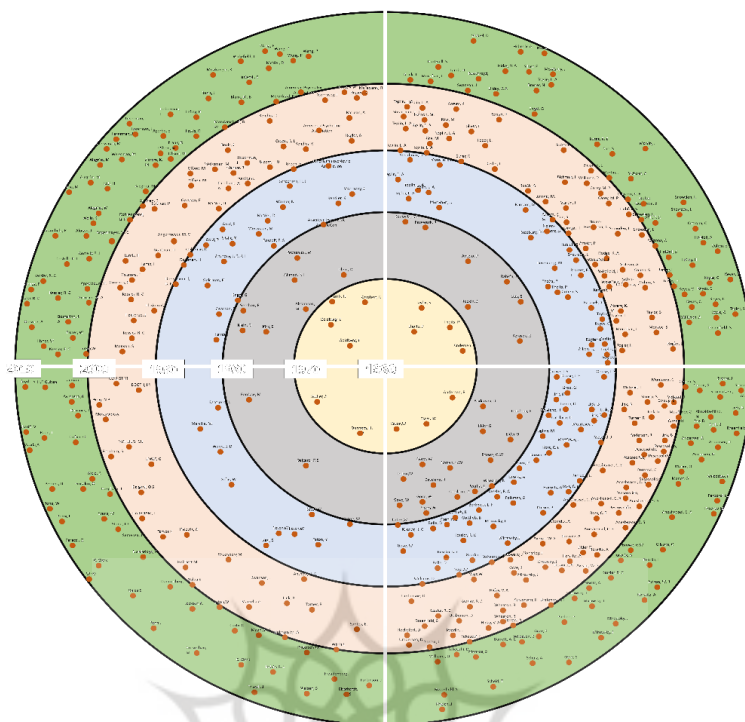
با توجه به پیچیدگی و چندبعدی بودن بحث سلامت روان و به‌طور خاص افسردگی، این موضوع در سال‌های اخیر مورد توجه متخصصانی از حوزه‌های گوناگون دیگری علاوه بر روانشناسی و روانپزشکی (مانند جغرافیا، معماری، برنامه‌ریزی و طراحی

شهری)، قرار گرفته است و به مطالعات میان‌رشته‌ای تبدیل شده است. با این وجود، موضوع سلامت روان از دیدگاه علوم مربوط به محیط انسان‌ساخت به‌خصوص طراحی و برنامه‌ریزی شهری هنوز مغفول مانده است و حتی آن بخش از مطالعات که به‌طور ویژه نقش محیط فیزیکی بر سلامت روان را بررسی می‌کند، اکثراً توسط روانپزشکان و روانشناسان انجام می‌شود و متخصصان طراحی و برنامه‌ریزی شهری سهم کمی در این مطالعات دارند. تصویر شماره ۱، مهم‌ترین مطالعات انجام شده در زمینه سلامت روان در ۴ حوزه علوم رفتاری، علوم زیستی، علوم اجتماعی و علوم مربوط به محیط انسان‌ساخت را از دهه ۱۹۶۰ میلادی تا ۲۰۱۰ نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد، علوم مربوط به محیط انسان‌ساخت، بخش کمی (حدود ۱۰ درصد) از مطالعات در زمینه سلامت روان را شامل می‌شود. همچنین با توجه به این تصویر، سیر مطالعات سلامت روان در حوزه علوم مربوط به محیط انسان‌ساخت از دهه ۶۰ تا به این امروز به‌صورت صعودی بوده است و در دهه اخیر توجه بیشتری به موضوع سلامت روان و اهمیت و ضرورت پرداختن به آن در این علوم شده است.

پژوهش حاضر درصدد ارائه مدل مفهومی به‌منظور تبیین رابطه محیط انسان‌ساخت و افسردگی با تأکید بر تعاملات اجتماعی می‌باشد که جایگاه ویژه‌ای در ادبیات طراحی شهری به‌عنوان پژوهشی میان‌رشته‌ای و بدیع دارد. هدف اصلی پژوهش، تبیین

تأثیر مستقیم محیط انسان‌ساخت بر افسردگی و تأثیر غیرمستقیم آن از طریق تعاملات اجتماعی و ارائه و اولویت‌بندی مؤلفه‌های تأثیرگذار در این رابطه می‌باشد. در این راستا و برای رسیدن به هدف اصلی، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به چهار سؤال زیر می‌باشد:

- تأثیر مستقیم محیط انسان‌ساخت بر افسردگی ساکنان محلات مسکونی و تأثیر غیرمستقیم آن از طریق تعاملات اجتماعی چگونه است؟
- در رابطه بین محیط انسان‌ساخت، افسردگی و تعاملات اجتماعی، مؤلفه‌های تأثیرگذار محیط انسان‌ساخت در مقیاس محله کدام اند؟
- ضریب اهمیت مؤلفه‌های تأثیرگذار به چه صورت است و کدام یک از مؤلفه‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است؟
- چگونه می‌توان تأثیر مستقیم و غیرمستقیم مؤلفه‌های محیط انسان‌ساخت بر افسردگی را در قالب یک مدل مفهومی صورت‌بندی نمود؟



تصویر شماره ۱: سیر مطالعات صورت گرفته در رابطه با سلامت روان در چهار حوزه از علوم، از سال ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۰ میلادی (منبع: نگارندگان)

۲. روش تحقیق

در بخش اول به بررسی مفاهیم پژوهش و رابطه بین آن‌ها از طریق بررسی و تحلیل متون پرداخته می‌شود تا در این راستا تأثیر مستقیم محیط انسان‌ساخت بر افسردگی و تأثیر غیرمستقیم آن از طریق تعاملات اجتماعی تبیین گردد. سپس با بررسی پیشینه تحقیقات انجام شده در این زمینه، مؤلفه‌های تأثیرگذار محیط بر افسردگی مشخص و دسته‌بندی می‌گردد.

در بخش دوم پژوهش به منظور رتبه‌بندی مؤلفه‌های تأثیرگذار محیط انسان‌ساخت بر افسردگی ساکنان محلات شهری، از پرسشنامه متخصصان و روش آنروپی شانون استفاده می‌شود. در این راستا در پرسشنامه‌ای از افراد متخصص خواسته می‌شود تا ضریب اهمیت هر یک از مؤلفه‌های تأثیرگذار محیط بر

این پژوهش جزء پژوهش‌های توصیفی-تحلیلی می‌باشد و از راهبردهای کیفی و کمی برای دستیابی به هدف پژوهش استفاده شده است. پژوهش حاضر کوشیده است به روش اسنادی، با جست‌وجو در منابع و تحقیقات انجام شده در سطح بین‌المللی و بررسی و تحلیل نتایج آنها به تبیین ارتباط بین محیط انسان‌ساخت، افسردگی و تعاملات اجتماعی و ارائه مؤلفه‌های تأثیرگذار محیط بپردازد. سپس به روش کمی، ضریب اهمیت مؤلفه‌های تأثیرگذار را مشخص و آنها را رتبه‌بندی نموده و در نهایت مدل مفهومی پژوهش را ارائه نماید. در این راستا، پژوهش شامل سه بخش اصلی می‌باشد:

افسردگی را در بازه ۰ تا ۱۰ مشخص نمایند. بدین ترتیب که به مؤلفه‌هایی که در افسردگی ساکنان بی‌تأثیر هستند عدد ۰ و به بیشترین تأثیر عدد ۱۰ را اختصاص دهند. پس از گردآوری داده‌ها، برای تعیین وزن مؤلفه‌ها و رتبه‌بندی آنها از روش آنتروپی شانون استفاده می‌شود. اساس وزن‌دهی در این روش، بر مبنای پراکندگی داده‌ها یا معیارها است. به‌منظور استفاده از این روش، ابتدا داده‌های به‌دست آمده بر اساس نظر متخصصان به‌هنجار شده و سپس بار اطلاعاتی هر مؤلفه و یا همان آنتروپی شانون محاسبه می‌شود و بر این اساس وزن هر مؤلفه (ضریب اهمیت) به‌دست می‌آید. در نهایت مؤلفه‌ها بر اساس وزن نسبی، رتبه‌بندی می‌گردند.

در بخش پایانی پس از تبیین مفاهیم و مؤلفه‌های پژوهش و رتبه‌بندی آنها، مدل مفهومی پژوهش ارائه می‌گردد. مدل مفهومی، ساختاری برای سازماندهی مشاهده ارائه می‌کند و البته این ساختار را به‌طور روشن و دقیق توصیف می‌نماید. در مدل مفهومی، هدف نهایی تبیین موضوع مورد مطالعه و سازماندهی بهتر مسئله‌های اساسی در حوزه مورد بررسی است [9]. مدل مفهومی این پژوهش در سه سطح خرد، میانی و کلان به بررسی ارتباط محیط انسان‌ساخت، تعاملات اجتماعی، افسردگی و دیگر عوامل مرتبط می‌پردازد.

۳. مبانی نظری

۳-۱. سلامت روان و افسردگی

در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، سلامت به معنای "رفاه کامل اجتماعی، جسمی و روانی و نه صرفاً نبود بیماری و ضعف" تعریف شده است [10]. بنابر این تعریف، سلامت روان نیز به‌عنوان قسمتی از سلامت "وضعیتی از خوب بودن است که

هر فرد توانایی‌های خود را در آن می‌شناسد، می‌تواند استرس‌های نرمال زندگی را رفع نماید، کارآمد و باارزش باشد و ارتباطی با جامعه خود برقرار نماید". در تعریف سازمان بهداشت جهانی، اختلال رفتاری- روانی عبارت است از "حالات قابل توجه بالینی که با تغییر در تفکر، خلق، هیجان یا رفتار مشخص و با ناراحتی و تشویش شخصی و یا اختلال کارکرد زندگی همراه باشد. این تغییرات در گستره هنجار جامعه قرار نمی‌گیرند و به‌صورت واضح غیرعادی، بیمارگونه و مداوم هستند" [11].

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که با علائمی چون از دست دادن علاقه یا لذت، کاهش انرژی، احساس گناه یا عزت نفس پایین، اختلال در خواب یا اشتها و ضعف در تمرکز همراه است. این علائم می‌توانند به‌صورت مزمن و یا عودکننده باشند و باعث اختلال قابل توجهی در توانایی‌های فرد برای انجام مسئولیت‌های روزمره‌اش شوند [12]. همه افراد احساسات ناخوشایند را تجربه می‌کنند و گاهی اوقات دچار غم و اندوه می‌شوند، اما هنگامی که این احساسات در زندگی روزمره دائماً وجود داشته باشند و موجب بدتر شدن وضعیت فیزیکی و ذهنی افراد شوند، به‌عنوان اختلالات افسردگی شناخته می‌شوند. [13].

علت‌های ابتلا به اختلال افسردگی پیچیده است و هنوز کاملاً شناسایی نشده‌اند. درحالی‌که عدم تعادل برخی از انتقال دهنده‌های عصبی مواد شیمیایی در مغز که پیام را بین سلول‌های عصبی انتقال می‌دهند، می‌تواند عامل کلیدی برای ابتلا به افسردگی باشد، عوامل خارجی مانند محیط فیزیکی و محیط اجتماعی نیز می‌تواند در شیوع افسردگی افراد مؤثر باشد. عوامل بیولوژیکی و ژنتیکی ممکن است افراد خاصی را در

معرض اختلالات افسردگی قرار دهند، اما فاکتورهای محیطی اغلب باعث اختلال در عموم مردم می‌شوند و درصد زیادی از افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند [13].

۲-۳. عوامل تأثیرگذار بر افسردگی در شهرها

زندگی شهرنشینی بر سلامت روان شهروندان تأثیر بسزایی دارد. بنابر تحقیقات صورت گرفته، شهرنشینی موجب افزایش مشکلات روانی و شیوع اختلالاتی چون افسردگی می‌شود [14]. فاکتورهای متعددی بر سلامت روان افراد در شهرها تأثیرگذار است. عوامل تعیین کننده سلامت روان و به‌طور خاص افسردگی، نه تنها ویژگی‌های فردی نظیر توانایی مدیریت اندیشه، احساسات و تعامل با دیگران، بلکه عوامل دیگری مانند سیاست‌های ملی، حمایت اجتماعی، استانداردهای زندگی، شرایط محیط زندگی شهری و وضعیت اقتصادی جامعه را شامل می‌شود [15]. در واقع اختلالات روانی نتیجه تعامل ویژگی‌های شخصیتی فرد با جامعه و محیط است که حیطه‌های مختلف اجتماعی، روانشناسی، بیولوژیکی و محیطی را در سطوح مختلف دربر می‌گیرد [16].

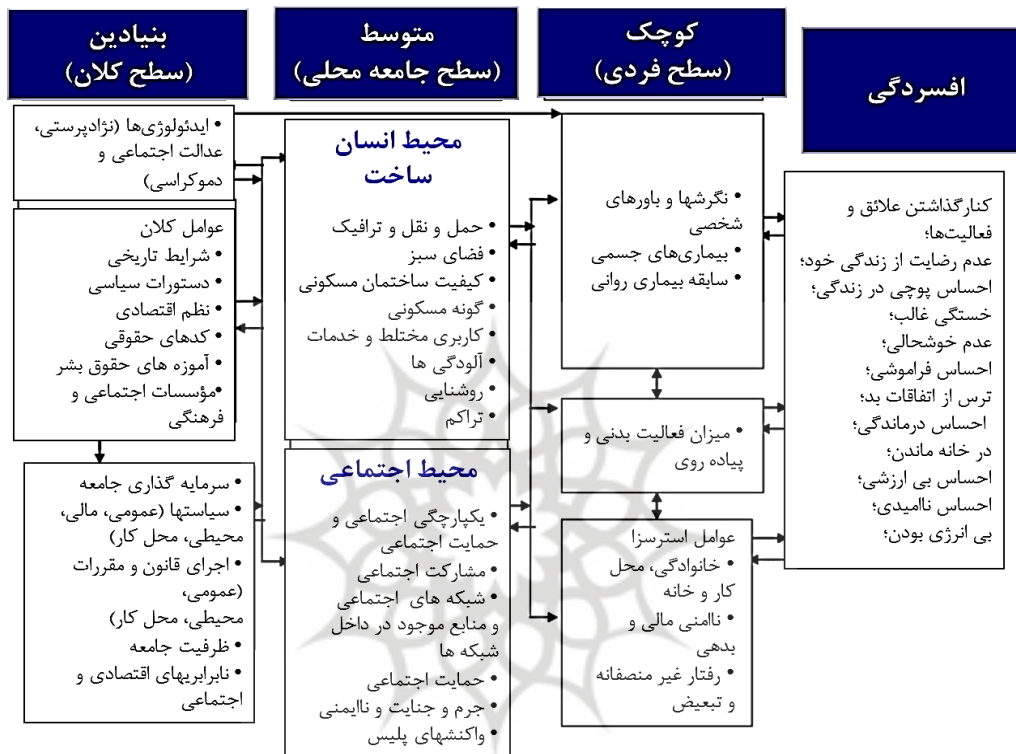
نظریه‌پردازان عوامل متعددی را به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان افراد در شهرها برمی‌شمارند. سازمان بهداشت جهانی فاکتورهایی نظیر درآمد و وضعیت اجتماعی، شبکه حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی، تحصیلات، شرایط کاری، محیط فیزیکی، بیولوژی و ژنتیک، سلامت فردی و مهارت‌های مقابله و خدمات بهداشتی را در چهار سطح جامعه، بخش و یا سیستم، خانواده و سطح فردی، مهم‌ترین فاکتورهای تأثیرگذار بر سلامت روان افراد در محیط‌های شهری می‌داند [17].

لیتمن، فاکتورهای تأثیرگذار بر سلامت روان و افسردگی را به سه دسته جمعیت شناختی، سبک زندگی و اقتصاد و وضعیت جغرافیایی تقسیم می‌نماید و در دسته اول به مؤلفه‌های آموزش، درآمد و ثروت، سن و چرخه زندگی، وضعیت خانوادگی و ازدواج، شبکه‌های اجتماعی، وضعیت سلامت و نگرش و باورهای شخصی اشاره می‌نماید. در دسته دوم، از مؤلفه‌های مهاجرت بین منطقه‌ای، فرصت‌های اقتصادی (آموزش و اشتغال)، هزینه زندگی، نوع حمل‌ونقل، نرخ جرم و جنایت، وضعیت اجتماعی مناطق شهری و فعالیت فیزیکی نام می‌برد و در دسته سوم، فرصت‌های جرم خیزی، تراکم جمعیت، قرار گرفتن در معرض سر و صدا و آلودگی، گزینه‌های حمل‌ونقل، فرصت‌هایی برای فعالیت بدنی و قرار گرفتن در معرض طبیعت را قرار می‌دهد [18].

کاراچی، فاکتورهای تأثیرگذار بر سلامت روانی شهروندان را در سه سطح دسته‌بندی می‌نماید: سطح ملی و بین‌المللی شامل مهاجرت، حومه‌های شهر، نقش دولت و جهانی‌سازی؛ سطح شهرداری شامل حکومت (سیاست‌ها و عملکردهای دولتی در همه سطوح) و بازار (تغذیه، مسکن و کالاهای دیگر و سازمان جامعه، ظرفیت جامعه و حرکت‌های اجتماعی) و سطح شهر شامل جمعیت (جمعیت‌شناسی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، قومیت، وضعیت شغلی، نگرش‌ها و رفتارها)، محیط فیزیکی (مسکن، تراکم و آب و هوا) و محیط اجتماعی (شبکه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی) می‌شود [19].

بر اساس جمع‌بندی نظرات سازمان‌ها و افراد در رابطه با فاکتورهای تأثیرگذار بر سلامت روان، عوامل مؤثر بر افسردگی در شهرها را می‌توان در سطح فردی، جامعه محلی و سطح

کلان دسته‌بندی نمود که محیط انسان ساخت و محیط اجتماعی در مقیاس جامعه محلی قرار می‌گیرند. این عوامل با یکدیگر در ارتباط هستند و در سطوح مختلف بر افسردگی افراد اثرگذارند. تصویر شماره ۲، عوامل مختلف را در سه مقیاس نشان می‌دهد.



تصویر شماره ۲: عوامل تاثیرگذار بر افسردگی در شهرها در سه سطح، برگرفته از مدل نورتریج و همکاران [20]

۳-۳. تبیین رابطه بین محیط انسان ساخت و عوامل زمینه‌ای و عوامل تعیین کننده سلامت انسان نشان داده

شده است [21]. این نظریه، این واقعیت را توضیح می‌دهد که

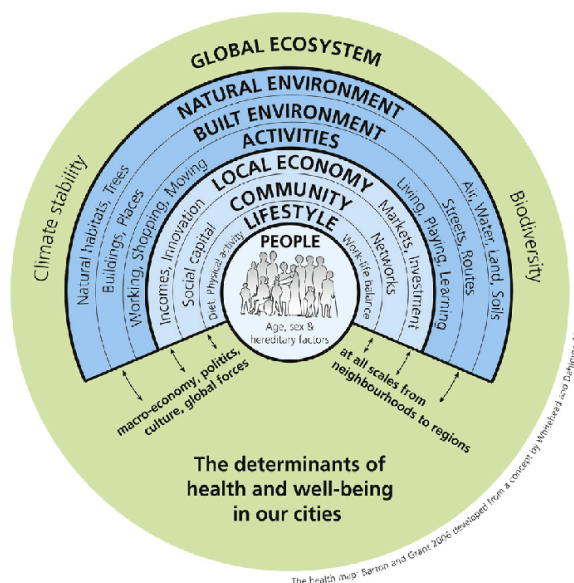
محیط انسان ساخت به‌خودی‌خود بر سلامت و رفاه ذهنی افراد تأثیر می‌گذارد، اما این رابطه پیچیده و چند سطحی می‌باشد. این پیچیدگی‌ها ناشی از عوامل زندگی، موقعیت‌ها و روندهای اجتماعی و عناصر پویای دیگری است که در کنار محیط انسان ساخت بر سلامت انسان تأثیر دارند [22].

افسردگی

رابطه بین محیط انسان ساخت و سلامت انسان، رابطه پیچیده‌ای است که فاکتورهای زیادی را در سطوح مختلف دربر می‌گیرد. یکی از کامل‌ترین نظریه‌هایی که به بررسی فاکتورهای تأثیرگذار محیط بر سلامت انسان را در مقیاس محلی می‌پردازد، نظریه بارتن و همکارش در سال ۲۰۰۶ می‌باشد که در قالب دیاگرامی (تصویر شماره ۳) ارائه شده است. در این دیاگرام انواع

در این مدل، در تأثیر محیط بر رفتار و سلامت انسان ۵ اصل وجود دارد: ۱) ابعاد متعددی وجود دارد که بر سلامت تأثیر می‌گذارد؛ ۲) این ابعاد با یکدیگر تعامل دارند. ۳) سطوح متعددی از تأثیرات در محیط وجود دارد. ۴) عوامل محیطی مستقیماً بر رفتارها تأثیر می‌گذارد. و ۵) عوامل محیطی گوناگون، رفتارهای خاص را به‌طور متفاوت تحت تأثیر قرار می‌دهند [25]. به‌طور کلی، بوم‌شناسی اجتماعی به بررسی عوامل مختلف محیطی و اجتماعی که بر رفتار و سلامت انسان تأثیر می‌گذارد، پرداخته و ماهیت و تعامل این عوامل را مورد بررسی قرار می‌دهد.

از دیگر نظریه‌هایی که به بررسی تأثیر محیط بر رفتارها و سلامت روانی انسان می‌پردازد، نظریه‌های مرتبط با "روانشناسی محیطی"^۲ است. روانشناسی محیط به بررسی روانشناسانه فضاها و محیط‌های شهری با شناسایی تعامل رفتارهای آدمی در محیط انسان‌ساخت می‌پردازد تا در بستر این شناخت، امکان طراحی متناسب با نیازهای عملکردی و متناسب با نیازهای شهروندان فراهم شود [26]. جی‌فورد، روان‌شناسی محیط را بررسی رابطه متقابل بین فرد و قرارگاه فیزیکی وی تعریف می‌کند. در این تأثیر متقابل، فرد محیط را دگرگون می‌کند و همزمان، رفتار و تجارب وی به‌وسیله محیط دگرگون می‌شود. به گفته پروشانسکی، روان‌شناسی محیط رشته‌ای است که با تعاملات و روابط میان مردم و محیط‌شان سر و کار دارد [27] و تأکید آن بر این است که چگونه رفتار، احساسات و سلامت روانی انسان تحت تأثیر محیط فیزیکی قرار می‌گیرد.



تصویر شماره ۳: نقشه عوامل تعیین کننده سلامت و رفاه ذهنی [21]

یکی دیگر از نظریه‌هایی که به تبیین تأثیر محیط بر انسان می‌پردازد، مدل "بوم‌شناسی اجتماعی"^۱ است. مدل بوم‌شناسی اجتماعی در دهه‌های اخیر، برای درک بیشتر روابط متقابل پویا بین عوامل مختلف شخصی و محیطی توسعه داده شده است. بنابر این مدل، رشد فردی تحت تأثیر کیفیت‌های مداوم محیط‌های اجتماعی است که فرد در آن زندگی می‌کند و مشارکت دارد. عملکرد خانواده، روابط با همسالان، جامعه محلی و جوامع بزرگ‌تر و میزان و ماهیت تعامل بین این محیط‌ها، بر توسعه فردی تأثیر می‌گذارد. در بوم‌شناسی اجتماعی، سیستم‌های اجتماعی درون یکدیگر تودرتو هستند (افراد درون خانواده‌ها و خانواده‌ها به‌نوبه خود درون محله‌ها) و ویژگی‌ها و همچنین تعاملات بین آنها بر توسعه افراد تأثیر می‌گذارد [23].

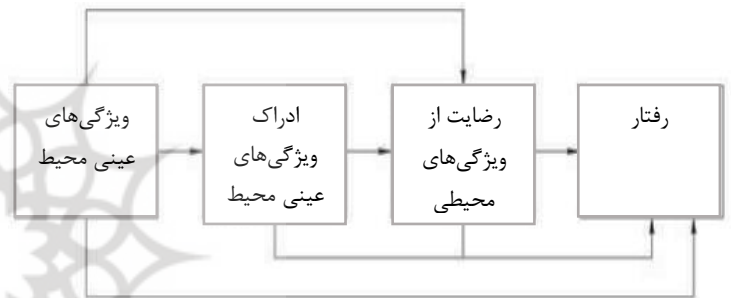
موقعیت‌های طبیعی، پاسخ‌های عاطفی مثبت را گسترش می‌دهد [32]. افرادی که در فضای سبز برای مدت زیادی زندگی می‌کنند، از میزان شادکامی و آستانه تحمل بالاتر و پرخاشگری کمتری برخوردارند و در نهایت کمتر دچار افسردگی و سایر اختلالات روانی می‌شوند [34]. بنابراین می‌توان پیش‌بینی کرد که افراد ساکن در محله‌های دارای فضای سبز از استرس کمتری برخوردار هستند و درعین‌حال منابع روانشناختی آنها سریع‌تر بهبود و تجدیدقوا می‌یابد و بنابراین از سلامت روانشناختی بیشتری نیز برخوردار خواهند بود.

ویژگی‌های محیط همچنین به‌صورت غیرمستقیم بر میزان شیوع افسردگی تأثیرگذار می‌باشد. بر اساس تحقیقات، محیط با افزایش امکان فعالیت‌های مرتبط با سلامت مانند تعاملات اجتماعی و فعالیت بدنی، بر افزایش سلامت روانی و کاهش شیوع افسردگی تأثیرگذار می‌باشد [14, 35]. ویژگی‌های مثبت محیط می‌تواند باعث افزایش مدت حضور و شرکت افراد در محیط شود و برخوردها و روابط اجتماعی را افزایش دهد [36] که این امر موجب کاهش افسردگی و اختلالات روانی می‌گردد [29].

۳-۴. تبیین نقش تعاملات اجتماعی در رابطه محیط انسان ساخت و افسردگی

همان‌گونه که پیشتر اشاره گردید، تحقیقات بر تأثیر غیرمستقیم محیط انسان ساخت بر افسردگی از طریق تعاملات اجتماعی تأکید دارند و در بسیاری از مطالعات، تعاملات و حمایت اجتماعی از سوی همسایگان و جامعه محلی به‌عنوان فاکتوری

نظریه‌های گوناگون در حیطه "رفتارشناسی محیطی"^۱ نیز به تبیین رابطه بین محیط انسان ساخت و رفتار و چگونگی ارتباط و تعامل بین محیط و تجربه انسان می‌پردازند. بنابر تصویر شماره ۴، پاسخ رفتاری انسان، نتایج ادراک و ارزیابی افراد از ویژگی‌های عینی محیط می‌باشد [28]. ویژگی‌های عینی علاوه بر تأثیر مستقیم، به‌صورت غیرمستقیم بر ادراک فرد از محیط و در نتیجه رضایت وی از ویژگی‌های محیطی تأثیر دارد و در نهایت منجر به رفتار فرد در محیط می‌شود.



تصویر شماره ۴: رابطه بین محیط و رفتار انسان [28]

نظریات مختلف نشان می‌دهد که محیط انسان ساخت به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر افسردگی افراد تأثیرگذار است [29, 30, 31]. طبق "نظریه کاهش استرس اولریخ"^۲ [32] و "نظریه بازیابی توجه کاپلان"^۳ [33]، ادراک از محیط و ویژگی‌های آن مستقیماً بر روان و استرس ذهنی افراد تأثیر می‌گذارد که ارتباط نزدیک با میزان شیوع افسردگی در افراد دارد. دیدن طبیعت و فضای سبز حتی از فاصله دور در زندگی روزمره، اثر بسزایی بر کاهش استرس افراد دارد و قرار گرفتن در

¹ Environmental Behavior

² Ulrich Stress Reduction Theory

³ Kaplan Attention Restoration Theory

مهم در رابطه بین محیط و سلامت روان نقش ایفا می‌نماید [29, 30, 37]. فضاهای عمومی، خیابان‌ها، زیرساخت‌ها، کاربری‌های محلی و حمل‌ونقل، بر شکل‌گیری انواع فعالیت‌های اجتماعی و تعاملات غیررسمی بین ساکنان که پیامدهای مثبتی بر سلامت روانی افراد دارند، تأثیرگذارند [38]. بدیهی است عوامل دیگری وجود دارد که می‌تواند بر روابط اجتماعی در یک محله جدا از ویژگی‌های طراحی تأثیر بگذارد. به‌عنوان مثال، مدت زمان زندگی یک فرد در محله، تفاوت در شخصیت‌ها و تمایل به روابط، همگی در تعاملات اجتماعی تأثیر می‌گذارد. با این حال، طراحی محیط مسکونی جدا از عوامل دیگر بر تعاملات اجتماعی در سطح جامعه محلی تأثیرگذار است. ویژگی‌های خوب طراحی محیط ساخته شده همیشه فضایی اجتماعی را ایجاد می‌کند و حمایت و شبکه‌های اجتماعی را افزایش می‌دهد؛ در حالی که محیط‌های نامناسب، باعث ایجاد رفتارهای ضد اجتماعی و انزوای فردی می‌شود [39, 40, 41, 42]. خیابان‌های متصل و دسترسی پذیری مناسب، وجود فضاهای عمومی، فضاهای سبز و پارک‌ها و طراحی مناسب پیاده‌روها، همگی عواملی هستند که باعث ایجاد فرصت‌هایی برای تماس اجتماعی و گرد هم آمدن ساکنان می‌شود و انواع فعالیت‌های اجتماعی را با ارائه فضاهای فیزیکی در محله، امکان‌پذیر می‌سازد [43, 44, 45].

تعاملات همسایگی و شبکه اجتماعی در محله باعث ایجاد پیوندهای قوی بین افراد می‌شود که این پیوندها تاب‌آوری افراد در برابر مشکلات و تغییرات را بالا می‌برد و کاهش شیوع افسردگی را در پی دارد. تعاملات اجتماعی بین ساکنان، با افزایش تعلق اجتماعی، کاهش انزوای فردی و در نتیجه رضایت

از زندگی همراه می‌باشد که این موارد تأثیر بسزایی در سلامت روانی افراد دارد. [46, 47]. نتایج مطالعه‌ای برای ارزیابی تأثیر تعامل اجتماعی میان سالمندان نشان می‌دهد که تعاملات اجتماعی با سلامت روانی ارتباط مستقیم داشته است. بر این اساس، دفعات ملاقات با دوستان و همسایگان با سطوح بالاتری از بهزیستی روانی همراه است [48] و سطح تماس مداوم پایین و یا قطع ارتباط با همسایگان کاهش سطح رفاه ذهنی در ساکنان را در پی دارد [49]. مطالعه دیگری در استرالیا نشان می‌دهد که تعداد آشنایان و دوستان در همسایگی با کنترل خصوصیات دیگر محله مانند ایمنی و قابلیت پیاده روی، باعث افزایش سلامت روان می‌شود [50]. روابط اجتماعی با همسایگان با در نظر گرفتن عوامل فیزیکی دیگر در محله، باعث کاهش افسردگی می‌شود [51]. تعاملات اجتماعی با دوستان و همسایگان با تأثیرات مثبت روانی و رفاه ذهنی بالاتری همراه است. به‌گونه‌ای که تأثیرات این تعاملات بر سلامت روانی از ارتباط با فرزندان و یا خواهران و برادران بیشتر می‌باشد [52].

۳-۵. تعاملات اجتماعی در سطح جامعه محلی

تعاملات اجتماعی از مهم‌ترین عناصر زندگی بشر است. افراد همه جوامع از طریق مجموعه‌ای پیوسته از تعاملات اجتماعی به زندگی خود ادامه می‌دهند. مجموع روابط اجتماعی یک فرد، شبکه‌ای از خانواده، دوستان، همسایگان، همکاران و آشنایان در فضای مجازی می‌باشد. در این میان، تعامل اجتماعی در سطح جامعه محلی به فعالیت‌های اجتماعی اشاره می‌کند که همسایگان درگیر آن می‌شوند؛ مانند وام گرفتن یا وام دادن، بازدیدهای غیررسمی، درخواست کمک در مواقع اضطراری و

شبکه‌های اجتماعی که ساکنان در محله خود ایجاد می‌کنند که در ادبیات معمولاً آن را "همسایگی" می‌نامند [53]. تعاملات اجتماعی افراد را می‌توان در مقیاس خرد (تعامل با افراد خانواده و خویشاوندان) و کلان (تعاملات با همسایگان و هم‌محله‌ای‌ها) دسته‌بندی نمود. اگرچه در تعاملات اجتماعی، خانواده و دوستان در اولویت قرار دارند اما همسایگان به خاطر مجاورت و نزدیکی به محل زندگی افراد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند.

تأثیر متغیرهای مختلف انسانی و محیط فیزیکی بر روابط اجتماعی ساکنان در یک محله، انواع مختلفی از روابط اجتماعی با شدت‌های مختلف را میان آنها پدید می‌آورد. تالزاً بلکنده، سه دسته از روابط اجتماعی میان همسایگان را به‌صورت زیر معرفی می‌نماید [54]:

- معامله‌ها: روابطی عقلانی و ابزاری هستند که در آنها افراد منافع خود را با محاسبات عقلانی دنبال می‌کنند. در این‌گونه از روابط، افراد حداقل روابط اجتماعی را دارند؛
- وابستگی‌ها: روابطی عقلانی و ارزشی هستند که بر اساس احساس قربت فرد با دیگران پدید می‌آید؛
- پیوندها: روابطی با محتوای احساسی بالا هستند که با عواطف هدایت می‌شوند. پیوندها بالاترین سطوح روابط اجتماعی را تشکیل می‌دهند.

بر اساس نظر بلکنده، روابط میان همسایگان می‌تواند در قالب هریک از سه حالت فوق قرار گیرد. به‌طور مثال برخی افراد با برقراری روابط همسایگی حداقلی، صرفاً دریافت کمک و حمایت از همسایگان در مواقع ضروری را انتظار دارند و از روابط اجتماعی فراتر از آن با همسایگان پرهیز می‌کنند. این روابط در دسته "معامله‌ها" قرار می‌گیرد. اگر افراد تمایل به تعاملات

اجتماعی با همسایگان و حمایت از آنها داشته باشند، روابط آنها جزء دسته دوم یعنی "وابستگی‌ها" می‌باشد و در نهایت اگر رابطه میان برخی از همسایگان دارای محتوای عاطفی باشد، روابط دوستانه مابین آن‌ها شکل می‌گیرد و روابط آنها در قالب "پیوندها" قرار می‌گیرد [54].

بر اساس ادبیات نظری موضوع، تعاملات اجتماعی بین همسایگان در یک محله دارای دو مؤلفه اصلی حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی می‌باشد [53]. حمایت اجتماعی عمدتاً به فراوانی تعاملات بین ساکنان اشاره دارد [55] و تأکید آن بر روابط بین فردی حمایتی بین همسایگان می‌باشد؛ درحالی‌که شبکه‌های اجتماعی صرف نظر از محتوای حمایتی شبکه، شامل ارتباط با دیگران است [53]. حمایت اجتماعی شامل حمایت شخصی/عاطفی، حمایت ابزاری/عملکردی و حمایت اطلاعاتی و شبکه اجتماعی شامل شبکه‌های اجتماعی فردی و محله‌ای می‌شود [56].

• **حمایت شخصی/عاطفی:** حمایت شخصی به میزان تمایل همسایگان به سلام، صحبت و گفت‌وگوهای غیررسمی و گذران وقت با یکدیگر برمی‌گردد [53]. وجود همسایگان و دوستانی در محله که افراد با آنها معاشرت می‌کنند، به دیدار آن‌ها می‌روند و با آنها وقت می‌گذرانند، نشان‌دهنده حمایت عاطفی بالا بین همسایگان می‌باشد. حمایت شخصی/عاطفی باعث کاهش احساس انزوای اجتماعی و افزایش تعلق اجتماعی می‌شود [57] و تأثیر مثبت بر سلامت روانی افراد و کاهش افسردگی دارد.

• **حمایت ابزاری/عملکردی:** پشتیبانی ابزاری به‌عنوان تناوب مبادله کالا و خدمات بین همسایگان تعریف می‌گردد.

۳-۶. یافتن مؤلفه‌های تأثیرگذار محیط انسان‌ساخت

بر افسردگی با تأکید بر تعاملات اجتماعی

اولین پژوهش‌ها در رابطه با محیط انسان‌ساخت و سلامت روان در دهه ۳۰ میلادی انجام گردید و تأکید بیشتر این پژوهش‌ها بر تأثیر محیط بر سلامت روان، در مناطق حومه‌ای جدید در مقایسه با شهر قدیمی متمرکز بود. فنس و دونهام در سال ۱۹۳۹، بر اساس مطالعاتی در شهر شیکاگو بدین نتیجه دست یافتند که شیوع اختلالات روانی در قسمت‌های درونی شهر بیشتر است. تفسیر آنان بر این بود که انزوای اجتماعی و بی‌نظمی در مناطق مسکونی داخلی شهر، به اختلالات ذهنی و اجتماعی در سطح فردی می‌انجامد و منجر به اختلالات روانپزشکی می‌گردد. تیلور در سال ۱۹۳۸، مقاله‌ای منتشر نمود که نشان می‌داد اختلالات عصبی در مناطق حومه‌ای جدید شایع‌تر از مناطق قدیمی شهر است و از آن به‌عنوان "اختلالات عصبی حومه‌ها" یاد کرد. از تحقیقاتی که در این دهه‌ها انجام شد، به‌عنوان نسل اولیه و ابتدایی تحقیقات در رابطه با سلامت روان و محیط انسان‌ساخت یاد می‌شود. این تحقیقات مقطعی به‌درستی قادر به تبیین رابطه بین سلامت روان و محیط ساخته شده نبودند و بعضاً تناقضاتی در نتایج آنها به چشم می‌خورد [57]. طی دو دهه گذشته توجه بیشتری به بررسی تأثیرات محیط بر سلامت روان شده است و تحقیقات صورت گرفته در این دو دهه که تحقیقات نسل جدید در این زمینه به‌شمار می‌آیند، دارای روش‌های دقیق‌تر و به‌تبع آن نتایج مشابه و قابل اعتمادتری هستند.

یکی از پژوهش‌های مهم و اولیه در دو دهه گذشته، پژوهش ویچ و همکارانش در سال ۲۰۰۱ می‌باشد. آنها با هدف ارزیابی

همسایگان کمک‌های غیررسمی در مواقع ضروری و غیرضروری به یکدیگر ارائه می‌دهند [53] که این کمک‌ها موارد مختلفی مانند قرض دادن وسایل و یا کمک در خرید را شامل می‌شود [53]. کنترل اجتماعی غیررسمی مانند نظارت بر اموال همسایگان و پرسش از غریبه‌ها نیز از انواع این نوع حمایت است که باعث افزایش امنیت محلی و کاهش جرم نیز می‌شود [56].

• **حمایت اطلاعاتی:** حمایت اطلاعاتی شامل تبادل اطلاعات و مشورت بین همسایگان در رابطه با طیف وسیعی از هنجارها، ارزش‌ها و خدمات در سطح محله می‌باشد [56]. همسایگان از مشاوره یکدیگر استفاده می‌کنند و هنجارها و اطلاعات ظریف و آشکاری را در مورد طیف گسترده‌ای از رفتارها از قبیل نحوه تزئین خانه و تربیت فرزند به یکدیگر ارائه می‌دهند و بدین ترتیب بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند. حتی اعتقادات سیاسی همسایگان نیز می‌تواند از طریق گفت‌وگو با هم‌محلی‌هایشان تغییر یابد [55, 53].

• **شبکه‌های اجتماعی فردی و محله‌ای:** شبکه‌های اجتماعی پیوندهایی هستند که همسایگان با افراد یا گروه‌ها ایجاد می‌کنند [55]. شبکه‌های اجتماعی نشان‌دهنده مشارکت‌های ساکنان در محله می‌باشد که مشارکت‌های همسایگی، مشارکت‌های رسمی و مشارکت‌های غیررسمی برای حل مشکلات محله و حضور در مراسم‌های محله را دربر می‌گیرد. نهادها و سازمان‌های محلی نمونه‌هایی از شبکه‌ی محله‌ای می‌باشند که باعث افزایش مشارکت محلی و تقویت حس تعلق به جامعه محلی می‌شوند [56].

اجتماعی بیشتر می‌شود و با علائم کمتر افسردگی همراه است. بنابر نتایج این پژوهش، فرم محلات شهری تأثیر زیادی بر تعاملات و روابط اجتماعی ساکنان دارد و همبستگی و تعاملات اجتماعی فارغ از وضعیت اقتصادی بر سطح افسردگی افراد در محلات شهری تأثیرگذار است [30].

سارکر و همکارانش در مطالعه‌ای با در نظر گرفتن متغیرهایی چون خانه‌های مسکونی (شامل تراکم مسکونی، نوع خانه مسکونی و دید خانه‌های مسکونی به فضاهای عمومی)؛ کاربری زمین (شامل تراکم ایستگاه‌های اتوبوس، خرده فروشی‌ها، تسهیلات تفریحی و خدمات محلی و تجاری)؛ دسترسی فیزیکی خیابان‌ها (شامل پتانسیل حرکتی خیابان‌ها و اتصالات آنها) و محیط طبیعی (شامل شیب و توپوگرافی زمین و میزان فضای سبز محلی)، به تأثیر این متغیرها بر سلامت روانی مردان پرداخته و به این نتیجه دست یافتند که پیکربندی محیط ساخته شده باعث تقویت همبستگی و تعاملات اجتماعی و بهبود دسترسی به منابع سلامت جامعه می‌شود و در نتیجه افزایش سلامت روانی و کاهش شیوع افسردگی در افراد را در پی دارد [31].

دانگا و همکارش در سال ۲۰۱۷ با هدف بررسی تأثیر محیط فیزیکی و اجتماعی بر سلامت روانی ساکنان، به بررسی ویژگی‌هایی از محیط انسان‌ساخت مانند تراکم، نزدیکی به پارک شهری، کاربری مختلط و قابلیت پیاده رهواری پرداختند. آنها به این نتیجه رسیدند که از میان موارد بررسی شده، کاربری مختلط و نزدیکی به پارک شهری، بیشترین تأثیر را بر سلامت روانی ساکنان دارد. همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد که ارتباط

اثرات برنامه بازآفرینی شهری بر سلامت ساکنان محلی، به ارزیابی ویژگی‌های محیط در ارتباط با شیوع افسردگی در میان ساکنان دو بخش شمالی لندن پرداختند و با در نظر گرفتن متغیرهایی مانند تعداد خانه‌ها و نوع دسترسی‌شان، استفاده از مکان‌های عمومی، زمین‌های متروکه و فاصله خانه‌ها از امکاناتی مانند ایستگاه اتوبوس و مغازه‌های محلی به این نتیجه دست یافتند که ارتباط معنادار و مهمی بین شیوع افسردگی و محیط انسان‌ساخت محلات وجود دارد [57]. این گروه در تحقیق دیگری نیز در سال ۲۰۰۲، بر ارتباط بین محیط انسان‌ساخت و افسردگی ساکنان تأکید کردند [58].

در پژوهش سارلروس در سال ۲۰۱۰، به بررسی تأثیر ویژگی‌هایی چون اتصالات خیابان، تراکم مسکونی و اختلاط کاربری زمین بر افسردگی مردان مسن مستقل از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و فاکتورهای سلامتی در سطح فردی پرداخته شد و این نتیجه بدست آمد که ویژگی‌های محیط ساخته شده مسکونی به‌خصوص کاربری زمین و در دسترس بودن خرده فروشی‌ها به سلامت روان مردان مسن کمک زیادی می‌کند. بر این اساس، محیط ساخته شده مسکونی با افزایش تعاملات اجتماعی و ارتقای حس مکان، بر کاهش افسردگی تأثیر بسزایی دارد [29].

مایلز و همکارانش در سال ۲۰۱۲ ارتباط فرم محلات مسکونی شهری و محیط اجتماعی آن با نشانه‌های افسردگی را بررسی کردند و با در نظر گرفتن فاکتورهایی چون تراکم واحد مسکونی، هکتار فضای سبز، کاربری زمین و تراکم حمل‌ونقل شخصی، به این نتیجه دست یافتند که افزایش تراکم مسکونی موجب افزایش پیاده‌مداری، دسترسی بهتر به امکانات و تعاملات

مستقیمی بین محیط اجتماعی محلات و سلامت روانی ساکنان وجود دارد [59].

در داخل کشور، به دلیل نوپا بودن موضوع سلامت روان در حوزه طراحی و برنامه‌ریزی شهری، تحقیقات محدودی در این زمینه انجام شده است. در واقع موضوع سلامت از دیدگاه طراحی و برنامه‌ریزی شهری تنها یک دهه است که به‌طور جدی در پژوهش‌های دانشگاهی کشور مورد توجه قرار گرفته است که سلامت در این پژوهش‌ها بیشتر به‌عنوان سلامت جسمی در نظر گرفته شده و بحث‌های روانی کمتر مورد تأکید بوده است. پژوهش‌های حوزه روان نیز به‌طور خاص به افسردگی نپرداخته‌اند و سلامت روان را به‌طور کلی مدنظر قرار داده‌اند. مهم‌ترین پژوهش‌های انجام شده در این زمینه شامل موارد زیر می‌باشد:

شعبه و همکاران (۱۳۹۲) به بررسی تأثیر ویژگی‌های کالبدی و کیفیت محیط بر سلامت افراد پرداخته‌اند. نتایج بررسی آنان نشان داده است که شاخص‌های اجتماعی و کالبدی چون روابط اجتماعی، میزان مشارکت در امور محله، احساس ایمنی و امنیت، کیفیت محیط ساخته‌شده، شبکه ارتباطی، مسکن و امکانات و تسهیلات محله می‌توانند از عوامل تأثیرگذار بر سلامت و کیفیت زندگی افراد باشند [60].

در پژوهشی در قالب رساله دکتری شهرسازی در دانشگاه تهران با موضوع "تحلیل تأثیر متغیرهای جامعه‌شناختی فضاهای شهری بر سلامت روان"، به بررسی ویژگی‌های محیطی فضاهای شهری بر متغیرهای روانشناختی - اجتماعی و تأثیر آن جنبه‌های مختلف سلامت روان پرداخته شده است و ویژگی‌هایی

از محیط انسان‌ساخت چون تراکم، گونه مسکونی و ساختار و توزیع کلی فضایی مورد بررسی قرار گرفته است [61].

عبداله زاده فرد و شمس‌الدینی (۱۳۹۹) به بررسی "نقش کیفیت محیطی محله در سلامت روحی و روانی ساکنان محله" در شیراز پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که به دنبال بهبود در کیفیت محیط در بعد کالبدی (فضای سبز، دسترسی به خدمات، سیما و منظر و...) و بعد اجتماعی (امنیت، مشارکت، انسجام اجتماعی و...)، افسردگی، اضطراب و مشکلات جسمانی کاهش و سلامت روحی و روانی ارتقا می‌یابد [62].

بر اساس جمع‌بندی پیشینه پژوهش‌های انجام شده در رابطه با محیط انسان‌ساخت و افسردگی، مؤلفه‌های تراکم، دسترسی به کاربری‌ها، اختلاط کاربری زمین، فضاهای همگانی، حمل‌ونقل عمومی، منظر شهری، شبکه پیاده، ایمنی از ترافیک، امنیت از جرائم، انواع آلودگی‌های محیطی اعم از آلودگی هوا، آلودگی صوتی، آلودگی بصری و زباله، محیط طبیعی شامل فضاهای سبز، پارک‌ها و فضاهای آبی و عوامل مقیاس خرد چون کیفیت داخلی واحد مسکونی، گونه مسکونی و درصد فضای باز و بسته در ساختمان مسکونی، همگی بر افسردگی افراد در محله‌های شهری تأثیرگذارند. این عوامل را می‌توان در چهار دسته طراحی فیزیکی محله، پیاده‌مداری، آلودگی‌های محیطی، محیط طبیعی و ویژگی‌های ساختمان مسکونی تقسیم کرد. جدول شماره (۱)، خلاصه‌ای از پژوهش‌های صورت گرفته در ارتباط با محیط انسان‌ساخت و افسردگی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: پیشینه پژوهش‌های صورت گرفته در ارتباط با محیط انسان ساخت و افسردگی

پژوهشگران	پست‌ر پژوهش		مقیاس فضایی				مؤلفه‌های محیط انسان-ساخت									
	آسیا	اروپا، آمریکا و استرالیا	ساختمان	فضای شهری	محله	شهر و روستا	تراکم	اختلال کاربری	دسترسی پیاده‌روی و حمل و نقل	طرح بندی شهر و فضاهای همگام	آلودگی هوا، صوت، ...	آلودگی بصری و زیاده	ایمنی و کیفیت	فضای سبز و فضای آب	گونه مسکونی، درصد فضای باز و بسته	کیفیت محیط داخلی
[63] Levi, et al, (1991)																
[64] Ross, (2000)																
[57] Weich et al., (2001)																
[58] Weich et al., (2002)																
[65] Downey & Van Willigen, (2005)																
[66] Guite et al., (2006)																
[67] Araya et al., (2007)																
[68] Berke et al., (2007)																
[69] Peen et al., (2010)																
[5] Maas et al., (2008)																
[70] Maas et al., (2009)																
[71] Diez Roux & Mair, 2010																
[30] Miles et al., (2012)																
[29] Saarloos et al., (2011)																
[72] White et al., (2013)																
[73] McKenzie et al., (2013)																
[6] Nutsford et al., (2013)																
[74] Duncan et al, (2013)																
[75] Ochodo et al., (2014)																
[76] Beyer et al., (2014)																
[77] Van den Berg et al., (2016)																
[78] Chen et al., (2015)																
[30] Melis et al., (2015)																
[79] Chen et al., (2016)																
[61] Dong & Qin, (2017)																
[80] Qiu et al, (2019)																
[81] Liu et al, (2019)																
[82] Guo et al, (2020)																
[83] Pan et al, (2020)																
[84] Guo et al, (2021)																

۷-۳. تعیین ضریب اهمیت و رتبه‌بندی مؤلفه‌های

تأثیرگذار محیط انسان ساخت بر افسردگی

در بخش دوم پژوهش به منظور تعیین ضریب اهمیت و

رتبه‌بندی مؤلفه‌های تأثیرگذار محیط انسان بر افسردگی ساکنان

محلات شهری، از پرسشنامه متخصصان و روش آنروپی شانون

استفاده شده است. افراد متخصص در این پژوهش،

صاحب‌نظرانی در حوزه شهرسازی هستند که دارای مدرک

$$K = \frac{1}{Inm} \quad \text{رابطه (۲)}$$

$$E_j = -K \sum_{i=1}^m P_{ij} In P_{ij} \quad i = 1, 2, \dots, m$$

$$W_j = \frac{E_j}{\sum_{j=1}^n E_j} \quad \text{رابطه (۳)}$$

کارشناسی ارشد و یا دکترای تخصصی طراحی شهری و یا شهرسازی می‌باشند. بدین ترتیب در مرحله اول در پرسشنامه‌ای از ۱۰ نفر از افراد متخصص خواسته شد تا ضریب اهمیت هر یک از مؤلفه‌های تأثیرگذار محیط انسان‌ساخت بر افسردگی را از میان بازه ۰ تا ۱۰ مشخص نمایند. بدین ترتیب اگر شاخص مذکور از دیدگاه آنها در افسردگی افراد بی‌تأثیر بوده عدد ۰ اگر تأثیرگذار می‌باشد، بر اساس میزان اهمیت مؤلفه به آن از بازه ۱ تا ۱۰ عددی را اختصاص دهند. جدول شماره ۲، نمرات متخصصان به هر مؤلفه را نشان می‌دهد.

پس از گردآوری داده‌ها، برای تعیین وزن هر مؤلفه‌ها و رتبه‌بندی آنها از روش آنتروپی شانون استفاده شده است. روش‌های مختلفی برای وزن‌دهی به مؤلفه‌ها وجود دارد که آنتروپی شانون یکی از بهترین روش‌ها می‌باشد. اساس وزن‌دهی در این روش، بر مبنای پراکندگی داده‌ها یا معیارها است. به‌منظور استفاده از این روش، ابتدا داده‌های به‌دست آمده بر اساس نظر متخصصان از طریق رابطه (۱) به‌هنجار می‌شوند. در این رابطه، P_{ij} نمره به‌هنجار شده و F_{ij} نمره هر پاسخگو به مؤلفه مورد نظر است. پس از بار اطلاعاتی هر مؤلفه و یا همان آنتروپی شانون (E_j) از طریق رابطه (۲) محاسبه می‌شود. در این رابطه m تعداد پاسخ‌دهندگان و n نیز تعداد مؤلفه‌هاست. سپس وزن هر مؤلفه (W_j) از طریق رابطه (۳) به‌دست می‌آید. در نهایت بر اساس وزن هر مؤلفه، رتبه آن و بر اساس میانگین وزنی مؤلفه‌های هر مؤلفه اصلی، رتبه آن مؤلفه اصلی به‌دست می‌آید [86].

$$P_{ij} = \frac{F_{ij}}{\sum_{j=1}^m F_{ij}} \quad \text{رابطه (۱)}$$

جدول شماره ۲: نمره متخصصان به هر مولفه محیط انسان ساخت

مؤلفه متخصص	الف	ب	ب	ت	ث	ج	چ	ح	خ	د
تراکم	۶	۴	۵	۸	۳	۵	۱۰	۷	۷	۶
اختلاط کاربری زمین	۱۰	۷	۵	۱۰	۴	۹	۱۰	۸	۸	۵
دسترسی پذیری	۲	۷	۴	۱۰	۸	۸	۱۰	۷	۶	۵
حمل و نقل عمومی	۳	۸	۷	۷	۹	۷	۱۰	۶	۶	۵
فضاهای همگانی	۱۰	۹	۹	۱۰	۹	۹	۱۰	۱۰	۸	۹
شبکه خیابان بندی	۵	۷	۸	۳	۶	۶	۱۰	۵	۳	۲
منظر شهری	۲	۶	۱۰	۱۰	۱۰	۹	۱۰	۸	۵	۸
شبکه پیاده	۱۰	۸	۱۰	۱۰	۱۰	۷	۱۰	۹	۷	۵
امنیت از جرائم	۱۰	۹	۱۰	۱۰	۷	۸	۱۰	۸	۱۰	۱۰
ایمنی از ترافیک	۱۰	۶	۹	۱۰	۸	۸	۱۰	۵	۵	۴
آلودگی هوا	۸	۱۰	۹	۱۰	۱۰	۹	۱۰	۴	۹	۹
آلودگی صوتی	۸	۹	۹	۹	۱۰	۱۰	۱۰	۸	۹	۸
آلودگی بصری	۳	۶	۹	۱۰	۸	۱۰	۱۰	۹	۱۰	۸
زیاله و آلودگی های صنعتی	۵	۹	۱۰	۱۰	۸	۸	۱۰	۴	۱۰	۹
فضاهای سبز و پارکها	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۹	۹
فضاهای آبی	۸	۴	۱۰	۱۰	۸	۸	۱۰	۹	۲	۶
گونه مسکونی	۵	۶	۵	۷	۸	۷	۱۰	۸	۳	۶
درصد فضای باز و بسته مسکونی	۵	۶	۴	۹	۱۰	۹	۱۰	۱۰	۳	۹
کیفیت محیط داخلی مسکن	۸	۹	۵	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۷

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

جدول شماره ۳: بار اطلاعاتی، وزن و رتبه هر مولفه فرعی و مولفه کلان محیط انسان‌ساخت

رتبه مولفه کلان	مولفه فرعی	بار اطلاعاتی هر مولفه فرعی (آنتروپی شانون) (Ej)	وزن هر مولفه فرعی (ضریب اهمیت) (Wj)	رتبه مولفه فرعی	وزن مولفه اصلی	رتبه مولفه اصلی
طراحی محله	تراکم	۰.۹۷۸۵۸	۰.۰۵۲۳۷	۱۴	۰.۰۵۲۲۷	۵
	اختلاط کاربری زمین	۰.۹۸۱۶۹	۰.۰۵۲۵۴	۱۱		
	دسترسی پذیری	۰.۹۶۸۷۷	۰.۰۵۱۵۸	۱۸		
	حمل و نقل عمومی	۰.۹۸۲۳۹	۰.۰۵۲۵۸	۱۰		
	فضاهای همگانی	۰.۹۹۹۲۰	۰.۰۵۳۴۸	۲		
	شبکه خیابان بندی	۰.۹۶۰۰۰	۰.۰۵۱۳۸	۱۹		
	منظر شهری	۰.۹۷۱۷۷	۰.۰۵۲۰۱	۱۶		
پیاده مداری	شبکه پیاده	۰.۹۹۱۲۶	۰.۰۵۳۰۵	۷	۰.۰۵۲۹۶	۱
	امنیت از جرائم	۰.۹۹۷۱۴	۰.۰۵۳۳۷	۴		
	ایمنی از ترافیک	۰.۹۸۰۵۷	۰.۰۵۲۴۸	۱۳		
آلودگی‌های محیطی	آلودگی هوا	۰.۹۹۰۳۴	۰.۰۵۳۰۰	۶	۰.۰۵۲۹۴	۲
	آلودگی صوتی	۰.۹۹۸۶۳	۰.۰۵۳۴۵	۳		
	آلودگی بصری	۰.۹۸۲۸۵	۰.۰۵۲۶۰	۹		
	زباله و آلودگی‌های صنعتی	۰.۹۸۵۲۳	۰.۰۵۲۷۳	۸		
فضاهای طبیعی	فضاهای سبز و پارکها	۰.۹۹۹۸۷	۰.۰۵۳۵۱	۱	۰.۰۵۲۶۹	۳
	فضاهای آبی	۰.۹۶۹۴۰	۰.۰۵۱۸۸	۱۷		
ساختمان مسکونی	گونه مسکونی	۰.۹۸۱۷۷	۰.۰۵۲۵۴	۱۱	۰.۰۵۲۵۴	۴
	درصد فضای باز و بسته مسکونی	۰.۹۷۱۷۲	۰.۰۵۲۰۱	۱۵		
	کیفیت محیط داخلی مسکن	۰.۹۹۲۰۶	۰.۰۵۳۰۹	۵		

مولفه‌های فرعی، پیاده‌مداری با مولفه‌های فرعی شبکه پیاده، امنیت از جرائم و ایمنی از ترافیک رتبه نخست مولفه‌های اصلی را به خود اختصاص می‌دهد و آلودگی‌های محیطی، فضاهای طبیعی، ساختمان مسکونی و طراحی محله در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

۴. یافته‌های پژوهش: ارائه مدل مفهومی

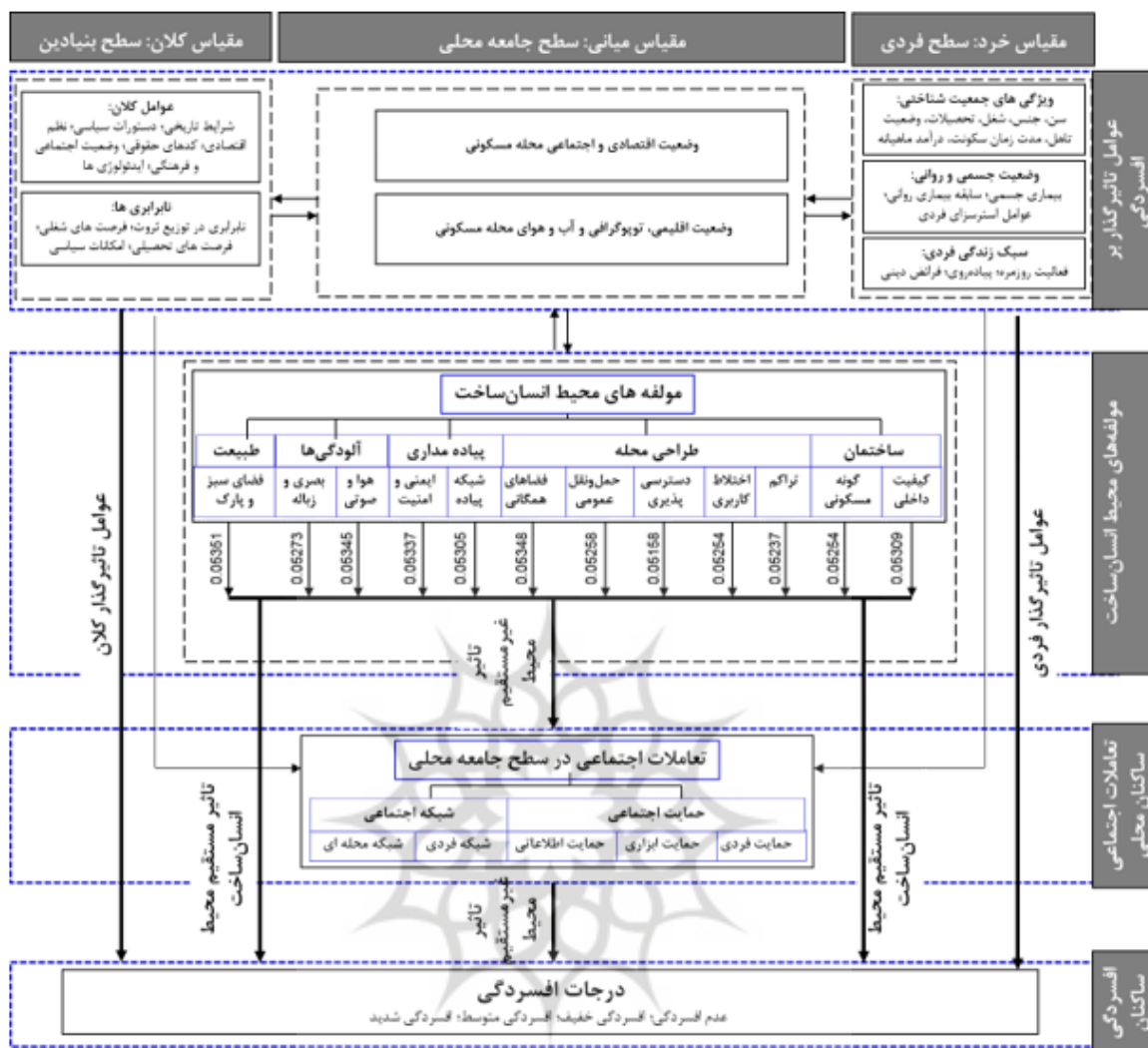
با توجه به آنچه که درباره مفاهیم پژوهش، روابط بین آنها و مولفه‌های تاثیرگذار بیان گردید، مدل مفهومی رابطه بین محیط

بر اساس جدول شماره ۳، فضاهای سبز و پارک‌ها در محلات مسکونی بیشترین وزن (ضریب اهمیت) را داشته و در رتبه نخست تاثیر بر افسردگی ساکنان محلات شهری قرار می‌گیرد و پس از آن فضاهای همگانی حائز بیشترین اهمیت می‌باشد. آلودگی صوتی، امنیت محیطی و کیفیت محیط داخلی، آلودگی هوا، شبکه پیاده، زباله و آلودگی‌های بصری و حمل‌ونقل عمومی جز ۱۰ مولفه بعدی قرار می‌گیرند. بر اساس میانگین وزن

جامعه محلی و به تبع آن افزایش تعلق محله‌ای و حس مکان، افزایش پیوندهای اجتماعی و کاهش انزوای اجتماعی صورت می‌پذیرد.

انسان‌ساخت، تعاملات اجتماعی و افسردگی در محله مسکونی ارائه می‌گردد. بر اساس مدل مفهومی، عوامل تاثیرگذار بر افسردگی در سه مقیاس خرد (فردی)، مقیاس میانی (جامعه محلی) و مقیاس کلان (بنیادین) قابل دسته‌بندی است. در مقیاس خرد، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس، شغل، وضعیت تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد و وضعیت تاهل)، وضعیت جسمی و روانی فرد و میزان فعالیت بدنی (فعالیت روزمره، پیاده‌روی و ورزش منظم) قرار می‌گیرد. مقیاس کلان شامل عوامل کلان اقتصادی، اجتماعی و تاریخی و نابرابری‌ها و تبعیض‌های شغلی، جنسی، سیاسی و... می‌گردد و مقیاس میانی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی جامعه محلی و توپوگرافی و شرایط اقلیمی محله را در برمی‌گیرد.

در مقیاس میانی، مولفه‌های محیط انسان‌ساخت و تعاملات اجتماعی در سطح جامعه محلی نیز به عنوان دو مفهوم اصلی پژوهش قرار دارند. همه این عوامل در مقیاس خرد، میانی و کلان، با یکدیگر تعامل دارند و بر محیط انسان‌ساخت، تعاملات اجتماعی و در نهایت افسردگی در افراد موثرند. مولفه‌های محیط انسان‌ساخت شامل تراکم، دسترسی به کاربری‌ها، اختلاط کاربری زمین، فضاهای همگانی، حمل‌ونقل عمومی، منظر شهری، شبکه پیاده، ایمنی از ترافیک، امنیت از جرائم، انواع آلودگی‌های محیطی اعم از آلودگی هوا، آلودگی صوتی، آلودگی بصری و زباله، محیط طبیعی شامل فضاهای سبز، پارکها و فضاهای آبی و عوامل مقیاس خرد چون کیفیت داخلی واحد مسکونی، گونه مسکونی و درصد فضای باز و بسته در ساختمان به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر افسردگی افراد تاثیرگذارند. تاثیر غیرمستقیم از طریق افزایش تعاملات اجتماعی در سطح



نمودار شماره ۵: مدل مفهومی پژوهش

۵. بحث و نتیجه‌گیری

افسردگی، موجب اضطراب روحی و نفوذ در توانایی افراد برای انجام حتی ساده‌ترین وظایف روزمره می‌شود و گاهی اوقات عواقب ناگوار برای روابط با خانواده و دوستان و توانایی درآمد برای زندگی را دربر دارد. در بدترین حالت، اختلال افسردگی می‌تواند به خودکشی منجر شود.

عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی، بیولوژیکی و محیطی در سطح فردی، جامعه محلی و سطح کلان بر میزان شیوع

افسردگی، یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی در جهان است و سومین مشکل سلامتی کشور به‌شمار می‌آید. افسردگی تأثیرات و پیامدهای مخرب مستقیم و غیرمستقیم زیادی دارد. افسردگی بر سلامت جسمی افراد تأثیر دارد و خطر ابتلا به بیماری‌های جسمی مانند ایدز، بیماری قلبی-عروقی و دیابت را افزایش

افسردگی در افراد تاثیر گذار است که در این میان محیط انسان ساخت محله مسکونی نقش مهمی را ایفا می نماید. تاثیر غیرمستقیم محیط از طریق عواملی چون سلامت جسمانی (فعالیت بدنی) و تعاملات اجتماعی صورت می پذیرد که در این پژوهش، تعاملات اجتماعی مورد تاکید بوده است. محیط انسان ساخت هم می تواند یک عامل شدت دهنده در انزوای اجتماعی و به تبع آن، شیوع افسردگی باشد و هم می تواند با تامین نیازهای افراد، موجب روابط اجتماعی قوی و بهبود سلامت رفتاری شود و کاهش افسردگی را در پی داشته باشد.

این پژوهش درصدد ارائه مدل مفهومی رابطه محیط انسان ساخت، افسردگی و تعاملات اجتماعی بوده است که جایگاه ویژه ای در ادبیات طراحی شهری به عنوان پژوهشی میان رشته ای و بدیع دارد. در این پژوهش از دیدگاه طراحی شهری، تاثیر مستقیم محیط انسان ساخت بر افسردگی و تاثیر غیرمستقیم آن از طریق تعاملات و روابط اجتماعی میان ساکنان تبیین گردید و به ارائه و رتبه بندی مولفه های تاثیرگذار پرداخته شد.

مولفه های تاثیرگذار محیط انسان ساخت شامل تراکم، دسترسی به کاربری ها، اختلاط کاربری زمین، فضاهای همگانی، حمل و نقل عمومی، منظر شهری، شبکه پیاده، ایمنی از ترافیک، امنیت از جرائم، انواع آلودگی های محیطی اعم از آلودگی هوا، آلودگی صوتی، آلودگی بصری و زباله، محیط طبیعی شامل فضاهای سبز، پارکها و فضاهای آبی و عوامل مقیاس خرد چون کیفیت داخلی واحد مسکونی، گونه مسکونی و درصد فضای باز و بسته در ساختمان مسکونی می باشد. این مولفه ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق افزایش تعاملات اجتماعی در

سطح جامعه محلی و به تبع آن افزایش تعلق محله ای و حس مکان، افزایش پیوندهای اجتماعی و کاهش انزوای اجتماعی بر افسردگی افراد در جامعه محلی تاثیرگذارند. از میان مولفه های تاثیرگذار محیط، فضاهای سبز و پارکها در محلات مسکونی بیشترین وزن (ضریب اهمیت) را داشته و در رتبه نخست تاثیر بر افسردگی ساکنان محلات شهری قرار می گیرد و پس از آن فضاهای همگانی حائز بیشترین اهمیت می باشد. آلودگی صوتی، امنیت محیطی و کیفیت محیط داخلی، آلودگی هوا، شبکه پیاده، زباله و آلودگی های بصری و حمل و نقل عمومی در رتبه های بعدی قرار می گیرند.

بر اساس مدل مفهومی پژوهش، عوامل تاثیرگذار بر افسردگی در سه مقیاس خرد (فردی)، مقیاس میانی (جامعه محلی) و مقیاس کلان (بنیادین) دسته بندی گردید که در مقیاس میانی، مولفه های محیط انسان ساخت و تعاملات اجتماعی در سطح جامعه محلی به عنوان دو مفهوم اصلی پژوهش قرار گرفتند. مدل مفهومی پژوهش نشان داد که (۱) ابعاد متعددی وجود دارد که بر سلامت تاثیر می گذارد؛ (۲) این ابعاد با یکدیگر تعامل دارند و (۳) سطوح متعددی از تاثیرات در محیط وجود دارد.

با توجه به رتبه بندی مولفه های تاثیرگذار محیط و ضریب اهمیت بالای فضاهای سبز و همگانی، در نظر گرفتن فضاهای طبیعی محلی و پارکها باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد و با طراحی مناسب فضاهای همگانی و محیطهای مناسب برای عابر پیاده به دور از آلودگی های محیطی و جرائم، فرصتهایی برای تماس اجتماعی و گردهم آمدن ساکنان محلی ایجاد نموده و انواع فعالیت های اجتماعی را با ارائه فضاهای فیزیکی در محله، امکان

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-en.pdf>.

[11] WHO. (2001b). Strengthening mental health promotion. Retrieved from <https://apps.who.int/inf/fs/en/fact220.html>.

[12] WHO. (2012). World Suicide Prevention Day 2012: Strategies to Prevent It. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day.

[13] Fundukian, L. J. (2008). The Gale encyclopedia of mental health. Thomson Gale.

[14] Peen, J., Schoevers, R. A., Beekman, A. T., & Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 84-93.

[15] Saxena, S., Funk, M. K., & Chisholm, D. (2015). Comprehensive mental health action plan 2013–2020. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(7), 461-463.

[16] Rogers, A., & Pilgrim, D. (2005). *A sociology of mental health and illness* (Third edition). UK: Open University Press.

[17] WHO. (2005). Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>.

[18] Litman, T. (2017). *Understanding Urban Mental Health Impacts and How to Create Saner, Happier Cities*. Victoria Transport Policy Institute.

[19] Caracci, G. (2008). General concepts of the relationship between urban areas and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(4), 385–390.

[20] Northridge, M.E., & et al. (2003). Sorting Out the Connections Between the Built Environment and Health: A Conceptual Framework for Navigating Pathways and Planning Healthy Cities. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4), 556-589.

[21] Barton, H., & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *Journal of the*

پذیر ساخت تا از این طریق به کاهش شیوع افسردگی و بهبود

سلامت روانی ساکنان محلات شهری کمک نمود.

منابع

[1] WHO. (2017a). World Health Day 2017 - Depression: let's talk. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/04/07/default-calendar/world-health-day-2017>.

[2] Naghavi, M., et al. (2009). The burden of disease and injury in Iran 2003. *Population health metrics*, 7(1), 1-21.

[3] Rahimi Moqar, Afrin et al. (1390). *National Mental Health Survey*. Tehran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Tehran University of Medical Sciences.

[4] WHO. (2017b). Mental health of older adults. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.

[5] Maas, J., Verheij, R. A., Spreeuwenberg, P., & Groenewegen, P. P. (2008). Physical activity as a possible mechanism behind the relationship between green space and health: a multilevel analysis. *BMC public health*, 8(1), 1-13.

[6] Nutsford, D., Pearson, A. L., & Kingham, S. (2013). An ecological study investigating the association between access to urban green space and mental health. *Public health*, 127(11), 1005-1011.

[7] Matlo, C. C. (2013). The effect of social and built environment factors on aging in place (AIP): A critical synthesis. Retrieved from <http://summit.sfu.ca/item/13505>.

[8] Wang, Zheng. (2015). *Neighbourhood social interaction - implications for the social integration of rural migrants in Shanghai*. [Thesis for the Degree of Doctor of Philosophy, University College London (UCL), Bartlett School of Planning]

[9] Shapira, Z. (2011). I've got a theory paper—Do you?: Conceptual, empirical, and theoretical contributions to knowledge in the organizational sciences. *Organization science*, 22(5), 1312-1321.

[10] WHO. (2001a). Basic documents. Retrieved from

- urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201-230
- [33] Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169-182.
- [34] Toms, R. (2017). Designing good mental health into cities: the next frontier for urban design. Retrieved from <http://www.designcouncil.org.uk/what-we-do/creating-healthy-places>.
- [35] Bond, M. A. (2018). Ties That Bind: An Examination of the Role of Neighborhood Social Networks for Older Adults in Post-Katrina New Orleans [Doctoral dissertation, Florida State University]. Retrieved from http://purl.flvc.org/fsu/fd/2018_Sp_Bond_fsu_0071E_14326.
- [36] Weimann, H., Rylander, L., van den Bosch, M. A., Albin, M., Skärbäck, E., Grahn, P., & Björk, J. (2017). Perception of safety is a prerequisite for the association between neighbourhood green qualities and physical activity: Results from a cross-sectional study in Sweden. *Health & Place*, 45, 124-130.
- [37] Halpern, D. (1995). *Mental health and the built environment*, New York: Routledge.
- [38] Frumkin, H. (2003). Healthy places: exploring the evidence. *American journal of public health*, 93, 1451-1456.
- [39] Williams, J. (2005). Designing neighbourhoods for social interaction: The case of cohousing. *Journal of Urban design*, 10(2), 195-227.
- [40] Dempsey, N. (2009). Are good-quality environments socially cohesive? Measuring quality and cohesion in urban neighbourhoods. *Town Planning Review*, 80(3), 315-345.
- [41] Whyte, W. H. (1980). *The social life of small urban spaces*, Michigan: Conservation Foundation.
- [42] Gehl, J. (1987) *Life between buildings: using public space*, New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- [43] Skjaeveland, O., & Garling, T. (1997). Effects of interactional space on neighbouring. *Journal of environmental psychology*, 17(3), 181-198.
- [44] Kearney, A. R. (2006). Residential development patterns and neighborhood satisfaction: Impacts of density and nearby Royal Society for the Promotion of Health, 126(6), 252-252.
- [22] Bramley, G., Dempsey, N., Power, S., Brown, C., & Watkins, D. (2009). Social sustainability and urban form: Evidence from five British cities. *Environment and Planning A*, 41(9), 2125-2142.
- [23] Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- [24] Bronfenbrenner, U. (1988). Interacting systems in human development. Research paradigms: Present and future. In N. Bolger, A. Caspi, G. Downey, & M. Moorehouse (Eds.), *Persons in context: Development processes* (pp. ۲۵-۴۹). New York: Cambridge University Press
- [25] Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. (2015). Ecological models of health behavior. *Health behavior: Theory, research, and practice*, 5(43-64).
- [26] Craik, K. H. (1973). *Environmental psychology*. *Annual review of psychology*, 24(1), 403-422.
- [27] Proshansky, H. M., Ittleson, H. W., Rivlin G. L. (1970). *Environmental Psychology: Man and His Physical Setting*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- [28] Marans, R W and Spreckelmeyer, K F. (1981). *Evaluating built environments: A behavioral approach*. Ann Arbor: University of Michigan.
- [29] Saarloos, D., Alfonso, H., Giles-Corti, B., Middleton, N., & Almeida, O. P. (2011). The built environment and depression in later life: the health in men study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(5), 461-470.
- [30] Miles, R., Coutts, C., & Mohamadi, A. (2012). Neighborhood urban form, social environment, and depression. *Journal of Urban Health*, 89(1), 1-18.
- [31] Sarkar, C., Gallacher, J., & Webster, C. (2013). Urban built environment configuration and psychological distress in older men: Results from the Caerphilly study. *BMC public health*, 13(1), 1-11.
- [32] Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and

- [54] Sarali, Reza and Pourdihimi, Shahram. (2015). Neighboring and being a neighbor. *Safa Magazine*, Volume 26, Number 72, Pages 5-24.
- [55] Weenig, M. W., Schmidt, T., & Midden, C. J. (1990). Social dimensions of neighborhoods and the effectiveness of information programs. *Environment and Behavior*, 22(1), 27-54.
- [56] Al-Homoud, M. (1996). External Space Enclosure Affords Neighborhood-Level Social Interactions [Doctoral dissertation, Texas A&M University]. Retrieved from <https://www.proquest.com/openview/bd75763d82a6252dd2fdffdbb7a0f950/1?pqorigsite=gscolar&cbl=18750&diss=y>.
- [57] Weich, S., Blanchard, M., Prince, M., Burton, E., Erens, B. O. B., & Sproston, K. (2002). Mental health and the built environment: Cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 428-433.
- [58] Weich, S., Burton, E., Blanchard, M., Prince, M., Sproston, K., & Erens, B. (2001). Measuring the built environment: validity of a site survey instrument for use in urban settings. *Health & place*, 7(4), 283-292.
- [59] Dong, H., & Qin, B. (2017). Exploring the link between neighborhood environment and mental wellbeing: A case study in Beijing, China. *Landscape and Urban Planning*, 164, 71-80.
- [60] Shia, Ismail; Saeeda Zarabadi, Zahra; and Yazdan Panahi, Melissa. (2012). Examining and explaining the concept of a healthy neighborhood in traditional Iranian neighborhoods. *Urban and regional studies and researches*, volume 5, number 17, pages 1-20.
- [61] Khosravi, Hossein. (2014). Investigating the relationship between social interactions in urban spaces and mental health, the sample studied: 10 neighborhoods from the metropolises of Tehran, Shiraz and Mashhad, urban planning doctoral thesis, Faculty of Fine Arts, University of Tehran.
- [62] Abdulzadeh Fard, Alireza and Shams Aldini, Ali. (2019). The role of neighborhood environmental quality in the mental health of residents (case study of Seng Siah neighborhood, Shiraz metropolis). *Danesh Shahrzazi*, Volume 4, Number 2, Pages 114-95.
- nature. *Environment and behavior*, 38(1), 112-139.
- [45] Berry, H. L., & Welsh, J. A. (2010). Social capital and health in Australia: an overview from the household, income and labour dynamics in Australia survey. *Social science & medicine*, 70(4), 588-596.
- [46] Al-Homoud, M. (1996). External Space Enclosure Affords Neighborhood-Level Social Interactions [Doctoral dissertation, Texas A&M University]. Retrieved from <https://www.proquest.com/openview/bd75763d82a6252dd2fdffdbb7a0f950/1?pqorigsite=gscolar&cbl=18750&diss=y>.
- [47] Tang, S., Lee, H. F., & Feng, J. (2020). Social capital, built environment and mental health: a comparison between the local elderly people and the 'laopiao' in urban China. *Ageing & Society*, 42(1), 179-203.
- [48] Mair, C., & Thivierge-Rikard, R. (2010). The strength of strong ties for older rural adults: regional distinctions in the relationship between social interaction and subjective well-being. *International Journal of Aging and Human Development*, 70(2), 119-143.
- [49] Greenfield, E. A., & Reyes, L. (2014). Continuity and change in relationships with neighbors: Implications for psychological well-being in middle and later life. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 607-618.
- [50] Leslie, E., & Cerin, E. (2008). Are perceptions of the local environment related to neighbourhood satisfaction and mental health in adults? *Preventive Medicine*, 47(3), 273-278.
- [51] Kim, J. (2010). Neighborhood disadvantage and mental health: the role of neighborhood disorder and social relationships. *Social Science Research*, 39(2), 260-271.
- [52] Balaswamy, S., & Richardson, E. (2001). The cumulative effects of life event, personal and social resources on subjective well-being of elderly widowers. *International Journal of Aging and Human Development*, 53(4), 311-328.
- [53] Unger, D. G., & Wandersman, A. (1985). The importance of neighbors: The social, cognitive, and affective components of neighboring. *American journal of community psychology*, 13(2), 139-169.

- epidemiological study. *Journal of affective disorders*, 150(3), 1019-1024.
- [74] Duncan, D. T., Piras, G., Dunn, E. C., Johnson, R. M., Melly, S. J., & Molnar, B. E. (2013). The built environment and depressive symptoms among urban youth: a spatial regression study. *Spatial and spatio-temporal epidemiology*, 5, 11-25.
- [75] Ochodo, C., Ndetei, D. M., Moturi, W. N., & Otieno, J. O. (2014). External built residential environment characteristics that affect mental health of adults. *Journal of Urban Health*, 91(5), 908-927.
- [76] Beyer, K. M., Kaltenbach, A., Szabo, A., Bogar, S., Nieto, F. J., & Malecki, K. M. (2014). Exposure to neighborhood green space and mental health: evidence from the survey of the health of Wisconsin. *International journal of environmental research and public health*, 11(3), 3453-3472.
- [77] Van den Berg, M., van Poppel, M., van Kamp, I., Andrusaityte, S., Balseviciene, B., Cirach, M., & Maas, J. (2016). Visiting green space is associated with mental health and vitality: A cross-sectional study in four European cities. *Health & place*, 38, 8-15.
- [78] Chen, J., Chen, S., & Landry, P. F. (2015). Urbanization and mental health in China: linking the 2010 population census with a cross-sectional survey. *International journal of environmental research and public health*, 12(8), 9012-9024.
- [79] Chen, W., Zaid, S. M., & Nazarali, N. (2016). Environmental psychology: The urban built environment impact on human mental health. *Planning Malaysia*, 14 (5), 23-38.
- [80] Qiu, Y., Liu, Y., Liu, Y., & Li, Z. (2019). Exploring the linkage between the neighborhood environment and mental health in Guangzhou, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17), 3206.
- [81] Liu, Ye, Wang, Ruoyu, Xiao, Yang, Huang, Baishi, Chen, Hongsheng, & Li, Zhigang (2019). Exploring the linkage between greenness exposure and depression among Chinese people: Mediating roles of physical activity, stress and social cohesion and moderating role of urbanicity. *Health & Place*, 58, 102168.
- [63] Levi, L., Ekblad, S., Changhui, C., & Yueqin, H. (1991). Housing, family function, and health in Beijing. In M. Bonnes (Ed.), *Perception and evaluation of urban environment quality*. Rome: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization Man and Biosphere Programme Italy.
- [64] Ross, C. E. (2000). Neighborhood disadvantage and adult depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 177-187.
- [65] Downey, L., & Van Willigen, M. (2005). Environmental stressors: the mental health impacts of living near industrial activity. *Journal of health and social behavior*, 46(3), 289-305.
- [66] Guite, H.; Clark, C.; Ackrill, G. (2006). The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *Public Health*, 120, 1117-1126.
- [67] Araya, R., Montgomery, A., Rojas, G., Fritsch, R., Solis, J., Signorelli, A., & Lewis, G. (2007). Common mental disorders and the built environment in Santiago, Chile. *The British journal of psychiatry*, 190(5), 394-401.
- [68] Ethan, M., & et al. (2007). Protective association between neighborhood walkability and depression in Older Men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(4), 526-533.
- [69] Peen, J., Schoevers, R. A., Beekman, A. T., & Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 84-93.
- [70] Maas, J., Van Dillen, S. M. E., Verheij, R. A., & Groenewegen, P. P. (2009). Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health & Place*, 15(2), 586-595.
- [71] Diez Roux, A.V., & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 125-145.
- [72] White, M. P., Alcock, I., Wheeler, B. W., & Depledge, M. H. (2013). Would you be happier living in a greener urban area? A fixed-effects analysis of panel data. *Psychological science*, 24(6), 920-928.
- [73] McKenzie, K., Murray, A., & Booth, T. (2013). Do urban environments increase the risk of anxiety, depression and psychosis? An

- [82] Guo, Y., Chang, S. S., Chan, C. H., Chang, Q., Hsu, C.-Y., & Yip, P. S. F. (2020). Association of neighbourhood social and physical attributes with depression in older adults in Hong Kong: A multilevel analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 74(2), 120-129
- [83] Pan, H., Liu, Y., & Chen, Y. (2020). The health effect of perceived built environment on depression of elderly people in rural China: Moderation by income. *Health & Social Care in the Community*, 29(1), 185-193.
- [84] Guo, Y., Liu, Y., Lu, S., Chan, O. F., Chui, C. H. K., & Lum, T. Y. S. (2021). Objective and perceived built environment, sense of community, and mental wellbeing in older adults in Hong Kong: A multilevel structural equation study. *Landscape and Urban Planning*, 209, 104058.
- [85] Zhifeng, W., & Yin, R. (2021). The influence of greenspace characteristics and building configuration on depression in the elderly. *Building and Environment*, 188, 107477.
- [86] Azar, A (2001), Developing of Shanon Entropy Method in content Analysis. *Al_zahra University Journal of Namanities*, 11(37-38), 1-18.

