



تحلیل شاخص های شهر سالم در شهر کرمان در سال ۱۳۹۱

نویسندگان: محمود تکویی مقدم^۱، زهرا افشار^۲

۱. دانشیار گروه مدیریت و عضو مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۲. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مدیریت امور شهری، دانشگاه فردوسی

Email: z.afshar64@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۹۱۳۶۵۰۴۷۶۸

چکیده

مقدمه: شهرنشینی گسترده و سریع موجب شده که امروزه سلامت افراد به مخاطره افتاده و موجب مطرح شدن بحث سلامت در مجامع عمومی و عملی کردن راهکارهایی از جمله اجرای پروژه شهر سالم شود. هدف این مطالعه ارزیابی شاخص های شهر سالم (بهداشتی-زیست محیطی و اجتماعی-اقتصادی) در شهر کرمان در سال ۱۳۹۰ است.

روش بررسی: روش این تحقیق ترکیبی (کیفی-کمی) است که جهت روش کیفی از روش اسنادی و پیمایشی (توزیع پرسشنامه) استفاده شده است. جامعه آماری ساکنین شهر کرمان بودند همچنین برای سنجش میزان مشارکت افراد در مباحث سلامت از روش کمی و از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری همچون ضریب همبستگی، تحلیل واریانس یک طرفه و t نمونه های مستقل استفاده شده است.

یافته ها: نتایج نشان داد که از ۸ شاخص بهداشتی فقط ۳ مورد (پوشش واکسیناسیون کودکان زیر یکسال، تولد نوزادان کم وزن و مرگ و میر کودکان زیر یکسال) با استانداردها منطبق بودند و از ۶ شاخص اجتماعی و اقتصادی ۲ مورد شاخص کیفیت مسکن و سقط جنین و از ۸ شاخص زیست محیطی نیز تنها ۲ مورد (کیفیت آب آشامیدنی و کیفیت جمع آوری زباله) با استانداردها مطابقت داشتند. همچنین یافته های پژوهش در خصوص تمایل افراد به مشارکت در امور مربوط به سلامت فردی و اجتماعی نشان داد که ۸۷٪ آن ها تمایل دارند و در این رابطه جنسیت و سن آن ها تأثیری بر میزان مشارکت آن ها نداشته اما افراد با تحصیلات بالاتر تمایل بیشتری به مشارکت داشتند.

نتیجه گیری: به طور کلی شهر کرمان از نظر شاخص های بهداشتی، اجتماعی-اقتصادی و زیست محیطی وضعیت مطلوبی ندارد اما ساکنین این شهر تمایل زیادی به بهبود وضعیت سلامت شخصی و محیط خود دارند.

واژه های کلیدی: سلامت، شهر سالم، شهر کرمان

طلوع بهداشت

دوماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال چهاردهم

شماره ۵: ششم

ویژه نامه ۱۳۹۴

شماره مسلسل: ۵۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۵



مقدمه

رشد سریع جمعیت شهری به ویژه در کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران که حدود ۷۰٪ جمعیت آن شهرنشین است، مدیریت شهری را با چالش های فراوانی در زمینه تأمین خدمات و تسهیلات زیرساختی برای تازه واردان شهری مواجه نموده است که تأمین نیازهای این جمعیت در حال رشد، باعث شده کیفیت زندگی در شهرها کاهش یابد (۱). اگر زمانی بیماری های عفونی، سوء تغذیه و کمبود عناصر، رقم عمده اصلی مرگ و میر را تشکیل می دادند؛ اینک بیماری های همچون سکنه های قلبی - مغزی، فشارخون، سرطان، دیابت، سیگار علل عمده مرگ و میر محسوب می شوند (۲)، از آنجا که سازمان بهداشت جهانی انسان سالم را انسانی می داند که هم از سلامت جسمی و هم از سلامت اجتماعی، معنوی و روحی برخوردار باشد (۳). به همین دلیل موجب شده که متخصصان سلامت به این نکته توجه کنند که ارتقا سلامت تنها از طریق برنامه های رفتاری و فردی امکان پذیر نیست (۴) و از اوایل قرن نوزدهم اقدامات گسترده ی بین المللی جهت بهبود وضعیت بهداشت شهرها و سلامت ساکنین شد. از جمله این اقدامات اجرای پروژه شهر سالم بود. نخستین تعریفی که در ارتباط با شهر سالم بیان شده است تعریف پروفیسور دوهل بوده است. وی محیط های شهری را به عنوان یک محیط ارگانیک شهری زنده که سالم است و سلامتی را نیز برای شهروندان فراهم می کند و آن ها را توانمند می کند که در مسائل سلامت خود مشارکت فعال داشته باشند، معرفی می کند (۸) و سازمان جهانی بهداشت هدف اصلی شهرهای سالم را ارتقا سلامت شهرنشینان خصوصاً شهروندان با درآمد پایین از طریق بهبود محیط زندگی آن ها و ارائه بهتر خدمات بهداشتی

عنوان کرده است (۹) در واقع می توان گفت سلامت یک پدیده بسیار وسیع و گسترده است که برای تحقق آن می بایست همه دستگاه ها و سازمان ها و از همه مهم تر خود مردم تلاش نمایند (۱۰) و مشارکت اجتماعی جامعه و همکاری چندبخشی و بین بخشی به عنوان اصول اساسی استراتژی سلامت برای همه WHO به شمار می روند که پروژه شهر سالم نیز این اصول را به صورت محلی آغاز کرد چرا که شهرها صرفاً مکانی نیست که بتوان آن را با ابزارهای فنی و تفکرات کالبد گرا برنامه ریزی و مدیریت کرد، بلکه در کنار آن به مشارکت اجتماعی و بهره گیری از پتانسیل های قابل توجه عنصر شهرنشینانی (انسان) نیز نیازمند است (۱۱). از آنجا که یکی از نکات مهم و قابل توجه در سند توسعه سلامت استان کرمان، توجه به عملکرد سازمان ها و ارگان های مختلف و نقش آن ها در سلامت جامعه بوده و به عبارت دیگر هدف اصلی این سند همکاری بین بخشی و هماهنگ سازی فعالیت های کلیه دستگاه های تأثیرگذار بر سلامت تعیین شده است (۱۰). لذا بررسی مجموعه ی کاملی از شاخص های شهری به همراه تعداد زیادی متغیر برای ارزیابی شهرهای سالم که توسط سازمان جهانی بهداشت به عنوان متولی اصلی اجرای این پروژه معرفی شده است، می تواند مشکلات شهرنشینان در این شهر را شناسایی و سطح سلامت جامعه را ارتقا بخشد و کیفیت زندگی شهرنشینان را بهبود دهد. سازمان جهانی بهداشت مجموعه شاخص ها را در قالب ۳ گروه عمده شاخص زیست محیطی، اقتصادی - اجتماعی و بهداشتی و به همراه تعداد زیادی متغیر برای شهرهای سالم مطرح کرده است که به علت جامع و کامل بودن شاخص ها و متغیرهای ذکر شده، محورهای اصلی مورد بررسی در این تحقیق نیز



شاخص‌های ذکر شده توسط سازمان جهانی بهداشت هستند (جدول ۳).

جدول ۳: شاخص‌های سازمان جهانی بهداشت (۱۲)

شاخص‌های بهداشتی	شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی	شاخص‌های محیطی
پوشش سطح واکسیناسیون کودکان: درصد کودکانی که این واکسن‌ها را دریافت کرده‌اند.	نرخ بیکاری: درصد افرادی که بین سنین ۱۵-۶۴ سال قرار دارند و آمادگی کار کردن دارند اما در حال حاضر شغلی ندارند	کیفیت آب: رنگ آب-طعم آب
تعداد مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال	درصد افراد معلولی که استخدام شده‌اند: تعداد افراد معلولی که در سنین ۱۸-۶۵ سال هستند و درجایی مشغول به کار می‌باشند	آلودگی هوا: محاسبه میزان O_3 , NO_2 , SO_2 ، گرد و خاک، هوا
شیوع بیماری‌های عفونی	درصد افرادی که کمتر از درآمد سرانه دریافت می‌کنند	میزان دوچرخه‌سواری در شهر: مجموع طول مسیرهای دوچرخه‌سواری به کل آن ناحیه
تولد نوزادان با وزن کم: تعداد نوزادانی که کمتر از ۲/۵ کیلوگرم وزن دارند نسبت به تعداد کل نوزادان زنده متولدشده	درصد افراد بی‌خانمان	سطح فضای سبز: مجموع پارک و فضای سبز موجود-دسترسی عموم به فضای سبز
وجود برنامه‌های آموزش سلامت: عناوین برنامه‌های اجرا شده-تعیین گروه هدف برنامه‌ها	کیفیت مسکن	حمل و نقل عمومی: تعداد وسایل-تعداد ایستگاه‌های اتوبوس-سطح پوشش حمل و نقل عمومی
میزان انجام فعالیت‌های بدنی	نرخ سقط جنین نسبت به کل نوزادان زنده متولدشده	مکان‌های تفریحی و ورزشی: تعداد مکان‌های تفریحی و ورزشی-فراهم بودن امکانات برای بانوان
نسبت تعداد ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به کل جمعیت		وجود خیابان‌های پیاده‌رو (بدون ماشین): مجموع طول خیابان‌های بدون ماشین به کل آن ناحیه
درصد افرادی که تحت پوشش بیمه هستند		کیفیت جمع‌آوری زباله‌های خانگی: تفکیک زباله‌ها و نسبت زباله‌های قابل بازیافت-وجود کانتینرهای درسته در منطقه موردنظر



سنجش پایایی آن از پایایی دونیمه استفاده شد که ضریب همبستگی سؤالات حدود ۰/۷۹ به دست آمد که نشان دهنده پایا بودن سؤالات پرسشنامه است. همچنین برای سنجش میزان مشارکت افراد در مباحث سلامت نیز از پرسشنامه استفاده شد که برای سنجش آن از روش کمی و از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری همچون ضریب همبستگی، تحلیل واریانس یک طرفه و t نمونه های مستقل استفاده شده است. جامعه آماری این مطالعه ساکنین شهر کرمان می باشد که جمعیت این ناحیه حدود ۶۴۴۳۳۳ نفر است. برای به دست آوردن نمونه، از روش نمونه گیری کوکران استفاده شد که حجم نمونه به دست آمده شامل ۵۰۰ پرسشنامه بود.

$$n = \frac{t^2 pq}{1 + \frac{1}{N} (t^2 pq - 1)}$$

در شهر کرمان بر اساس اطلاعات مرکز بهداشت شهرستان، در مجموع ۳۵ پایگاه و مرکز بهداشتی و درمانی مشغول به فعالیت هستند. به منظور تحت پوشش قرار دادن تمام مناطق شهر کرمان، با در نظر گرفتن ۴ منطقه شهرداری، پایگاه ها و مراکز بهداشتی و درمانی واقع در هر یک از آن ها به عنوان سرخوشه اصلی انتخاب خواهند شد. انتخاب این مراکز به عنوان سرخوشه اصلی بدین دلیل بود که تمام خانوارهای ساکن در شهر کرمان و مناطق جغرافیایی تحت پوشش پایگاه ها و مراکز بهداشتی و درمانی قرار دارند و از این طریق می توان انتظار داشت کل جامعه مورد بررسی تحت پوشش این پژوهش قرار گیرند. با توجه به بعد جغرافیایی و جمعیت تحت پوشش هر مرکز، متناسب با آن، تعداد نمونه در هر یک از این مناطق تعیین شد سپس از هر پلاک شهرداری در هر

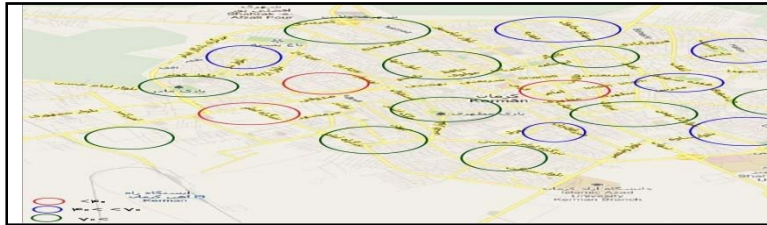
مطالعه قدمی در سال ۱۳۸۹ با عنوان: بررسی تطبیقی شاخص های شهر سالم در مقیاس ملی و جهانی (نمونه موردی: نقاط شهری ایران و کشورهای توسعه یافته) نشان داد که وضعیت جمعیتی و اجتماعی سطح ملی در شاخص های جمعیتی، بهداشتی و اجتماعی در مقایسه با کشورهای پیشرفته، ۶۱٪ شاخص های مذکور در وضعیت مطلوب قرار دارند (۱۳) در تحقیق انجام شده توسط جانبابانژاد (۱۳۸۷) که در شهر بابل انجام گردیده است، مؤلفه های مورد بررسی برای شهر سالم شامل مسکن، کاربری اراضی شهری و خدمات شهری بودند. نتایج بررسی ها حاکی از آن بوده که شهر بابل در اکثر شاخص ها وضعیت نامطلوبی نسبت به شاخص های شهر سالم داشته است (۱۴). قدمی و پژوهان نیز در تحقیق خود در نقاط شهری مازندران معیارهای شهر سالم را در ۴ گروه کلی (اقتصادی-اجتماعی-زیست محیطی، خدمات بهداشتی و سلامت) تقسیم بندی کردند که نتایج نشان می دهد عضویت نقاط شهری استان مازندران مستقل از عامل فضایی فاصله از مرکز است و عضویت غالب نقاط شهری در خوشه چهارم احتمال تفاوت در وضعیت شاخص های شهر سالم در میان نقاط شهری غربی یا مرکز و شرق مازندران را رد می کند. (۱۵).

روش بررسی

در این مطالعه از روش ترکیبی (کیفی-کمی) استفاده شده است که جهت روش کیفی از روش اسنادی (کتابخانه ای و مراجعه به سازمان های مربوطه) و پیمایشی (توزیع پرسشنامه محقق ساخته ای) استفاده شد که جهت سنجش روایی آن از روایی محتوایی استفاده شد و به تأیید نظر کارشناسان مربوطه رسید و جهت



خوشه نیز یک واحد مسکونی به طور تصادفی وارد طرح شد (شکل ۱).



شکل ۱: توزیع نمونه گیری در سطح شهر کرمان

یافته‌ها

این تحقیق بر مبنای ۳ فرضیه کلی شکل گرفته است که به منظور آزمون هریک از فرضیات با استناد به آمار و اطلاعات سازمان‌های مربوطه، مطالعات میدانی و اطلاعات مستخرج از پرسشنامه‌ها و مقایسه هریک از متغیرها با استانداردها و سرانه‌های پیشنهادی، فاصله و کمبودهای موجود مشخص شده (علامت + به معنی مطابق بودن یا موارد بیشتر از استاندارد یا سرانه پیشنهادی است و علامت - به معنی عدم تطابق با استانداردها است) و سپس بر این مبنای مورد هریک از شاخص‌ها نتیجه‌گیری نهایی به عمل آمده است. همان‌طور که در جداول مربوط به یافته‌ها نیز نشان داده شده است در یک ستون وضعیت موجود هریک از شاخص‌ها به صورت کمی یا کیفی نشان داده شده است و در ستون دیگر استاندارد یا سرانه مربوط به هر شاخص بیان شده است و در ستون آن نیز فاصله یا شکافی که هر کدام از شاخص‌ها با استاندارد یا سرانه دارند بیان شده است.

در ابتدا به منظور بررسی شاخص‌های بهداشتی، اطلاعات مربوطه با استفاده از پرسشنامه و مراجعه به سازمان‌هایی همچون معاونت بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و مرکز بهداشت

شهرستان کرمان، اطلاعات مربوط به هریک از متغیرها جمع‌آوری و سپس با استاندارد آن‌ها مقایسه گردید و همان‌طور که در جدول ۲ نیز مشاهده می‌شود، به غیر از شاخص واکسیناسیون که مطابق استاندارد بوده و تولد نوزادان با وزن کم و مرگ و میر کودکان زیر یک سال که کمتر از میانگین کشوری می‌باشند، سایر شاخص‌ها با استاندارد مطلوب خود فاصله دارند.

در رابطه با بررسی شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی نیز سازمان جهانی بهداشت متغیرهایی را در قالب شاخص‌های اجتماعی اقتصادی معرفی کرده است که شامل ۶ زیر شاخص می‌باشند. که اطلاعات مربوط به این متغیرها با استفاده از پرسشنامه‌ها و همچنین استفاده از آمارنامه شهر کرمان استخراج شده و سپس با سرانه و استاندارد پیشنهادی مربوط به هر متغیر مقایسه گردید. که نتایج جدول ۵ (شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی) نشان می‌دهد که شاخص‌های کیفیت مسکن و نرخ سقط جنین مطابق با سرانه‌های پیشنهادی بوده و سایر شاخص‌ها مطابق استاندارد نمی‌باشند. سومین گروه شاخص‌های مطرح شده توسط سازمان جهانی بهداشت، شامل ۸ زیر شاخص زیست محیطی است (جدول ۶). که



اطلاعات حاصل از شهرداری، شرکت آب و فاضلاب، سازمان محیط زیست و همچنین اطلاعات مستخرج از پرسشنامه ها نشان داد که فقط شاخص کیفیت آب و جمع آوری زباله در این شهر با استاندارد آن مطابقت دارد.

جدول ۱: مقایسه شاخص های بهداشتی با سرانه های پیشنهادی (منبع: نگارندگان، ۱۳۹۱)

شاخص های بهداشتی	وضعیت موجود	استاندارد	فاصله و شکاف
۱- تعداد مراکز بهداشتی و درمانی:			
بیمارستان	۱۲	به ازای هر ۵۰۰۰۰ نفر یک بیمارستان (۱۲) ^{۱۶}	۰
مرکز بهداشتی و درمانی	۱۰	به ازای هر ۲۰۰۰۰ نفر یک مرکز (۳۱) ^{۱۷}	-۲۱
پایگاه بهداشتی	۲۶	به ازای هر ۱۲۰۰۰ نفر یک پایگاه (۵۱) ^{۱۸}	-۲۵
داروخانه	۱۰۳	به ازای هر ۷۰۰۰ نفر یک داروخانه (۸۸) ^{۱۹}	+۱۵
پزشک عمومی	۲۱۵	به ازای هر ۲۰۰۰ نفر یک پزشک	-۹۵
پزشک متخصص	۲۲۱	عمومی (۳۱۰) ^{۲۰}	+۹۷
دندان پزشک	۶۶	به ازای هر ۵۰۰۰ نفر یک پزشک	-۵۸
		متخصص (۱۲۴) ^{۲۱}	(به طور کلی وضعیت
		به ازای هر ۵۰۰۰ نفر یک	تعداد مراکز بهداشتی و
		دندان پزشک (۱۲۴) ^{۲۲}	درمانی مطابق استاندارد
			نیست)
۲- پوشش واکسیناسیون کودکان	٪۱۰۰	٪۱۰۰ ^{۲۳}	+
زیر ۱ سال			
۳- تولد نوزادان با وزن کم (زیر ۲۵۰۰ گرم)	٪۷.۰۱	نرخ میانگین کشوری ٪۱۰ ^{۲۴}	+
۴- مرگ و میر کودکان زیر یک سال	۳۱.۱۷ در هزار تولد زنده	متوسط کشوری (۳۲ در هزار تولد زنده) ^{۲۵}	+
۵- برنامه های آموزش سلامت	وجود دارد اما اطلاع رسانی ضعیف است	وجود دارد و اطلاع رسانی می شود	-
۶- میزان انجام فعالیت های بدنی	٪۲۳.۴ افراد فعالیت بدنی مستمر	همه افراد باید ۴ روز در هفته و هر روز	-



داشتند	حداقل ۱۵ دقیقه فعالیت بدنی داشته باشند
۷- شیوع بیماری‌های عفونی وجود دارد	وجود ندارد -
۸- درصد افرادی که تحت پوشش بیمه قرار دارند ۹۲.۹٪	۱۰۰٪ -

جدول ۲: مقایسه شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی با سرانه پیشنهادی

شاخص‌های اقتصادی	وضع موجود	استاندارد	فاصله با استاندارد
۱- نرخ بیکاری	۷.۰۹٪	۶.۵٪ ^{۲۶}	-
۲- درصد افرادی که زیر خط فقر قرار دارند	۲۴.۷٪ ^{۲۷}	۰٪	-
۳- درصد افراد معلولی که ۲۴ نفر معلول در سنین کار بودند که ۱۵ نفر آن‌ها درجایی مشغول به کار بودند. (۶۲٪)		همه افراد معلول در سنین کار باید درجایی استخدام باشند (۱۰۰٪) ^{۲۸}	-
۴- درصد افراد بی‌خانمان	با توجه به اینکه در این زمینه نمی‌توان آمار دقیقی را ارائه داد اما به‌طور کلی ساکنان اظهار داشتند که افراد بی‌خانمان خصوصاً افراد معتاد در محلات آن‌ها وجود دارد	وجود ندارد	-
۵- نرخ سقط جنین	۰.۲۷٪	این نرخ برای کل ایران ۹۲ بوده و برای مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۹۳ و ۸۹ است ^{۲۹}	+
۶- کیفیت مسکن			
▪ بعد خانوار در واحد مسکونی	۱.۱۶	۱.۲	+
▪ تعداد اتاق در واحد مسکونی	۲	۳.۳۶	+
▪ مسکونی	۱۸ سال	۲۵ سال	+
▪ تعداد نفر در اتاق	۲۵ مترمربع	۳۵ مترمربع (در کشورهای پیشرفته)	-
▪ عمر ساختمان	همه منازل امکانات دارند		+



مساحت زیربنای واحد مسکونی	همه منازل امکانات دارند	(به طور کلی مسکن در شهر کرمان از کیفیت مطلوبی برخوردار است)
امکانات واحد مسکونی		

جدول ۳: مقایسه شاخص های زیست محیطی با استاندارد و وضع مطلوب

شاخص های محیطی	وضع موجود	استاندارد	فاصله با استاندارد
۱- آلودگی هوا:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ محاسبه میزان $NO_3, CO_2, PM_{2.5}$ موجود در هوا 	$SO_2 = 0.015 ppm^{16}$ $CO = 2.27 ppm$ $PM_{2.5} = 59.78 \mu g/m^3$	$SO_2 = 0-0.034^{17}$ $CO = 0-4.4$ $PM_{2.5} = 0-15.4$	-
			-
			غیربهداشتی برای افراد حساس
			(به طور کلی کیفیت هوا مطلوب نیست)
۲- کیفیت آب	آب فاقد طعم، بو، رنگ و طبق استاندارد ۱۰۵۳ ملی ایران است. ^{۳۶}	آب سالم باید فاقد طعم، بو و رنگ بوده و املاح آن طبق استاندارد باشد	+
۳- کیفیت جمع آوری زباله:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ تعداد گاری به نسبت جمعیت 	۲۹۰ گاری ^{۱۸} (به ازای هر ۱۷۵۲ نفر یک گاری در منطقه وجود دارد)	برحسب نیاز این گاری ها در محلات قرار داده می شوند.	+
<ul style="list-style-type: none"> ▪ جمع آوری منظم زباله ▪ تفکیک زباله 	به طور منظم جمع آوری می شوند به طور کامل انجام نمی شود (۴۳٪ انجام می دهند)	زباله ها به طور منظم جمع آوری می شوند در سراسر شهر انجام می شود	-
			(به طور کلی کیفیت جمع آوری زباله مطلوب است)



۴- حمل و نقل عمومی:

تعداد ایستگاه‌های ۳۰۶ ایستگاه	۴۵۱ ایستگاه ^{۳۸}	-۱۴۵
۳۴٪ جمعیت	۱۰۰٪	-۰.۶۶٪
پوشش حمل و نقل عمومی		

۵- مسیر جداگانه دوچرخه سواری وجود ندارد وجود دارد -

۶- سطح فضای سبز:

سرانه فضای سبز ۱.۲۶ مترمربع	۷ مترمربع ^{۳۹}	-۵.۷۴
دسترسی به پارک ۴۱.۴٪	۱۰۰٪	-۵۸.۶٪

۷- وجود خیابان پیاده راه وجود ندارد وجود دارد -

۸- کاربری ورزشی

کاربری ۰.۰۷ مترمربع	۴ مترمربع ^{۴۰}	۳.۹۳
امکانات برای استفاده زنان فراهم نشده است	امکانات برای استفاده زنان فراهم نشده است	-
فرهنگ بودن امکانات فراهم نشده است		
ورزشی (زمین ورزشی)		
ورزشی برای بانوان		

به منظور بررسی این سؤال آزمون t نمونه‌های مستقل برای مقایسه نمره‌های مشارکت اجتماعی در زنان و مردان انجام شد که یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین نمره‌های مردان و زنان وجود نداشت. سؤال دوم: آیا رابطه‌ای بین سن و میزان مشارکت افراد وجود دارد؟ رابطه بین سن و میزان مشارکت با استفاده از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل‌های مقدماتی برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های نرمال بودن، خطی بودن و یکسانی پراکندگی انجام گرفت. که یافته‌ها حاکی از همبستگی مثبت اما ضعیفی میان دو متغیر بود و به‌طور کلی

همان‌طور که در مقدمه نیز ذکر شد یکی از مباحث مهم در شهر سالم، مشارکت اجتماعی ساکنین در مسائل مربوط به سلامت آن‌ها است. که در رابطه با میزان مشارکت ساکنین یافته‌های تحقیق نشان داد که اکثر ساکنان (۸۷٪) تمایل به مشارکت در حد متوسط داشتند که به منظور بررسی بیشتر، ما در این مطالعه رابطه ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد و میزان مشارکت آن‌ها را مورد بررسی قرار دادیم. بدین منظور ما ۳ سؤال اصلی مطرح نمودیم: سؤال اول: آیا تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره‌های مشارکت برای مردان و زنان وجود دارد.



و مقایسه های تعقیبی با استفاده از آزمون توکی حاکی از آن است که میانگین نمره ها برای گروه ۱ (زیر دیپلم) $M=26.39$ ($SD=6.25$) تفاوت معنی داری از گروه ۲ (دیپلم) $M=28.89$ ($SD=6.70$) و گروه ۳ (لیسانس و بالاتر) $M=28.67$ ($SD=6.52$) دارد. اما میان گروه ۲ و گروه ۳ تفاوت معنی داری وجود ندارد.

ارتباط معنی داری میان دو متغیر وجود نداشت ($r=0.03$)
 $p>0.05$ $n=492$.
 سؤال سوم: آیا سطح تحصیلات بر میزان مشارکت تأثیر دارد؟
 تحلیل واریانس یک طرفه بین گروهی برای بررسی تأثیر سطح تحصیلات بر مشارکت اجرا شد.
 از لحاظ آماری تفاوت معنی داری در سطح $p<0.05$ در نمره های مشارکت برای ۳ گروه تحصیلات زیر دیپلم، دیپلم و لیسانس و بالاتر وجود داشت و هرچه سطح تحصیلات افراد افزایش یابد میزان مشارکت آن ها نیز بیشتر می شود.

جدول ۴: نتایج آزمون t- test برای سنجش رابطه میزان مشارکت و جنسیت

P	انحراف معیار	میانگین	جنسیت
۰.۳۰	۶.۶۶	۲۷.۳۶	مرد
	۵.۷۹	۲۸.۱۲	زن

جدول ۵: بررسی همبستگی بین سن و رضایت

میزان مشارکت
$R=0.03$
$P=0.85$

جدول ۶: نتایج آزمون ANOVA برای مقایسه میزان مشارکت بر حسب سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	میزان مشارکت	
لیسانس و بالاتر	دیپلم	زیر دیپلم
۲۸.۶۷	۲۸.۸۹	۲۶.۳۹
۶.۵۲	۶.۷۰	۶.۲۵
	انحراف معیار	میانگین



بحث و نتیجه گیری

همان‌طور که یافته‌های تحقیق نیز نشان دادند از ۸ شاخص بهداشتی (تولد نوزادان کم‌وزن، شیوع بیماری‌های عفونی، مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال، پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۶ سال، میزان انجام فعالیت‌های بدنی، وجود برنامه‌های آموزش سلامت، نسبت تعداد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به جمعیت، تعداد افراد تحت پوشش بیمه) بررسی شده فقط ۳ مورد (پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۶ سال، تولد نوزادان کم‌وزن و مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال) با استانداردها مطابقت داشت (۳۷.۵٪). از ۶ شاخص اجتماعی مورد بررسی شامل (نرخ بیکاری، تعداد افراد معلولی که استخدام شده‌اند، درصد افرادی که کمتر از درآمد سرانه دریافت می‌کنند، درصد افراد بی‌خانمان، کیفیت مسکن، نرخ سقط‌جنین) شاخص‌های کیفیت مسکن و سقط‌جنین با استانداردها مطابق داشت یعنی فقط ۳۳.۳۳٪ از شاخص‌ها منطبق با استاندارد بودند و در نهایت از ۸ شاخص زیست‌محیطی مورد بررسی از جمله کیفیت آب، آلودگی هوا، سطح فضای سبز، حمل‌ونقل عمومی، مکان‌های تفریحی و ورزشی، وجود خیابان‌های بدون ماشین، وجود مسیر دوچرخه‌سواری در شهر، کیفیت جمع‌آوری زباله‌های خانگی) تنها دو مورد کیفیت آب آشامیدنی و کیفیت جمع‌آوری زباله منطبق با استانداردهای مربوطه هستند (یعنی ۲۵٪ شاخص‌ها) و میان سایر شاخص‌ها با سرانه و استاندارد مربوطه شکاف زیادی وجود دارد. همچنین نتایج یافته‌های پژوهش در خصوص تمایل افراد به مشارکت در امور مربوط به سلامت فردی و اجتماعی نشان داد که ۸۷٪ آن‌ها تمایل

دارند و در این رابطه جنسیت و سن آن‌ها تأثیری بر میزان مشارکت آن‌ها نداشته اما افراد با تحصیلات بالاتر تمایل بیشتری به مشارکت داشتند. در مطالعه انجام‌شده توسط قدمی (۱۳۸۹)، در مورد شهرهای ایران نیز نتایج نشان داد که ۶۱٪ شاخص‌های مذکور در وضعیت مطلوب قرار دارند (۱۳). حاتمی نژاد و نیک‌پی (۱۳۸۹) نیز در مطالعه انجام‌شده در قاسم‌آباد یزد، نتیجه‌گیری کردند که این محله از نظر شاخص‌های سلامت، آسایش، زیبایی و امنیت در وضعیت مطلوبی قرار ندارند (۱). کیالی (۱۳۸۱) نیز در تحقیق خود در رابطه با مشارکت در پروژه شهر سالم عنوان کرده است که در صورتی این پروژه قابلیت اجرایی شدن دارد که مشارکت آگاهانه، همکاری و هماهنگی بین بخشی و برنامه‌ریزی‌های بلندمدت صورت بگیرد (۳۸).

به‌طور کلی می‌توان گفت شهر کرمان از نظر شاخص‌های شهر سالم وضعیت مطلوبی ندارد و در بسیاری از شاخص‌ها با سرانه‌ها و استانداردهای جهانی و ملی فاصله زیادی وجود دارد و این امر هماهنگی و همکاری هرچه بیشتر مسئولین کشوری و محلی را می‌طلبد و در واقع می‌توان گفت که اگرچه معمولاً در بستر زمان شاخص‌های مرتبط با سلامت ارتقا می‌یابند و متولیان سلامت خود را موظف به ارتقا این شاخص‌ها می‌دانند. اما نکته بسیار مهمی که باید در این بین همیشه مدنظر باشد آن است که، این روند توسعه با نگاه عدالت محوری همراه باشد و صرف ارتقاء بدون در نظر گرفتن میزان بهره‌مندی اقشار مختلف جامعه مطلوب نیست. همچنین ساکنین شهر کرمان نیز برای بهبود سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود باید هرچه بیشتر توانمند شوند.



تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان بررسی شاخص های شهر سالم در شهر کرمان در سال ۱۳۹۰ مصوب مرکز تحقیقات مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان و مرکز تحقیقات سلامت کشور است.

References

- 1-Nikpay v ,hataminejad h ."survey of sustainable city (healthy city) indicators in ghasem abad district in yazd".2nd national conference of healthy city.iran.sabzevar.2010.[Persian]
- 2-Zali M,"research in medical science and health".1st ed.tehran:medical science academy of iran,1995.[Persian]
- 3-Boonekamp G & others,"Healthy cities evaluation:the co-ordinators perspective,journal of Health promotion internaional,1999. vol 14.No 2,Valencia,Spain.
- 4-Barton, Hugh &others."Healthy urban planning in European cities". journal of health promotion international.2009.
- 5-Asar M."management of health improvement of country.a guidance for use in support of basic measure for health in2000".Health,treatment and medical teaching.tehran.1983.[Persian]
- 6-Edris, Aishah ."promoting quality of life through participation in healthy cities programme",Journal of Soc.Sci& hum, 2003.university Putra, Malaysia press.
- 7-Goumans, Marlean&Jane Springeh." From projects to policy: Healthy cities as a mechanism for policy change for health",1997. journal of health promotion international.
- 8-Ahmadi H ."roots of healthy city idea". Engineering international journal of city structure.2006.no 3:3-8.[Persian]
- 9-Leeuw, Evelyne (2001),Global and local health: the who healthy cities program, journal of Global change and human health.
- 10-Document of Health Improvement of kerman province.1st ed.kerman: research and innovation office of medical science of kerman university;2011.".[Persian]
- 11-Aliakbari e ,Barzegar s ."healthy city indicators in sustainable development pattern".3th national conference of geography and approach to sustainable development Iran. Piranshahr.2010.[Persian]



- 12-WHO .”Quastionare Indicators WHO healthy cities”.2000. World Health Organization healthy cities technical working group health and indicators.
- 13-Ghadami M . “research of healthy city indicators in scale of national and (case satudy: urban parts of iran and industrial cities)”.geographical conference of islamic countries.iran.Zahedan.Sistand & Balochestan.2010.[Persian]
- 14-Janbabanejad M .”survey of healthy city in Babol and presentation a plan for its improvrmt”.MSc thesis.advisor:karamatollah ziyari.Tehran university.geography college.[Persian]
- 15- Ghadami m & Pajohan M . “Analysis of healthy city indicators by using FCM or c-means method” .journal of research and urban planning .2012.2(6):35-54.[Persian]
- 16-19-20-21-22-29-40 -Shiee E.”introduction to urban planning”.3rd ed.Tehran:Iran university of industry and science ;2009.”.[Persian]
- 17-18-23-www.kmu.ac.ir.[Persian]
- 24-ZahedpashaY & others,”.impact of some dangerous factors on low weight “.Babol university of medical scienece.2004.6(2):18-24.[Persian]
- 25-Mostafavi F .”social and economical factors on death of kids in iran:analysis of DHS datas”.research center of Asian population.2006 .[Persian]
- 26-5th development programme rule ,www.divan-edalat.ir,2011
- 28-www.idp.ir,2011
- 29-Aghayarihir T .”estimation of indirect intentional abortion rate in different provinces of Iran” . .research center of Asian population.2006.[Persian]
- 30-Roosta M .”survey of garden in Jahrom with approach of maintenance green space .advisor:dr mohammadrahim rahnama.ferdowsi university.geography college.[Persian]
- 31-Rahbar M .”survey of physical properties of residential houses and its in 3 decad”.economical research group .tehran.2008.[Persian]
- 32-33 –Satarzade d .”survey of population and houses indicators in iran in 2006”.population journal.no 67:58-79.[Persian]
- 35-Chopani M.”environmental contaminants and maintenance of environment”.1st.Tehran:teaching and of human publication. .[Persian]



37-Study of comprehensive project of waste management of Karman,Chatrood and Mahan cities Counstland engineers of shomalgan.Kerman m.[Persian]

38-Kiyali H,"evaluation of healthy city",MSc thesis,advisor:Zohre Daneshpour.Shahid Beheshti university,architecture and urbanism college.2010 .[Persian]



Survey of Healthy City Indicators in Kerman city in 2012

Nekoei Moghaddam M (PhD)¹ , Afshar Z(MSc)²

1. Associate Professor, Department of Health Services Management, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
2. Corresponding Author: Urban management expert, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Abstract

Introduction: Nowadays rapid and widespread urbanism put people health in danger and led to health in global and general conferences and actualization methods like healthy city project in many cities. The aim of this study is evaluation of healthy city indicators (health, environmental and social-economical) in Kerman city in 2012.

Method: This study is a mix method (qualitative-quantitative) which for qualitative method, data collection was through documents and survey in Kerman city. We also used quantitative methods and SPSS software and statistical tests such as correlation rate, Anova test and independent-sample T-test for measuring people participation on health issues.

Results: Results show that only 3 out of 8 in the following health sub indicators include: mortality of children under one year, the rate of low birth weight and immunization coverage of children under one years old, were according to standards. From social and economic indicators just house quality and abortion rate were according to national standards and finally two cases of water quality and garbage collection were accordance standards. Also other findings about tendency of residents for participation in individual and social health show that about 87% are apt to participate and their age or sex don't affect on their participation but more educated people have more tendency to participation.

Conclusion: Generally the situation of Kerman city is undesirable but their residents are apt for their individual and environmental health situation improvement

Keywords: health, healthy city, Kerman city