

## نقش سیاست‌گذاری دولتی در ارتقاء زیست‌شهری با تأکید بر سلامت و بهداشت؛ مطالعه موردی منطقه ۱۵ شهر تهران

علی اصغر اسمعیل پور روشن<sup>۱</sup>

عضو هیات علمی گروه جغرافیا، واحد یادگار امام خمینی (ره) شهر ری، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

حشمت مهرآذین

دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت شهری، واحد دماوند، دانشگاه آزاد اسلامی، دماوند، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۵/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۲/۳۱

### چکیده

سلامت و رفاه مردم یک شهر، شاخص مهمی برای نشان دادن میزان موفقیت سیاست‌گذاری دولتی در ارتقاء زیست‌شهری است. هدف اصلی این مقاله عبارت است از تحلیل و بررسی نقش سیاست‌گذاری دولتی در ارتقاء زیست‌شهری با تأکید بر سلامت و بهداشت در منطقه ۱۵ شهر تهران است. سؤال اصلی مقاله این است که سیاست‌گذاری دولتی چه نقشی در ارتقاء زیست‌شهری با تأکید بر سلامت و بهداشت ایفا می‌کند؟ روش تحقیق مقاله توصیفی-تحلیلی و از نوع پیمایشی است و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه است که بر طبق تعداد نمونه و بر اساس مدل کوکران تعداد ۴۰۰ پرسشنامه در محدوده مورد مطالعه توزیع گردیده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز بر اساس آزمون t تک نمونه‌ای مورد پردازش قرار گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سیاست‌گذاری دولتی در ایران به دلیل دولتی بودن همه حوزه‌ها نقش مهمی در ارتقاء و یا ضعف زیست‌شهری به ویژه در حوزه سلامت و بهداشت ایفا می‌کند و منطقه ۱۵ شهر تهران به دلیل آن که چندان هدف سیاست‌گذاری‌های دولتی نبوده است از نظر بهداشتی و درمانی در وضعیت بحرانی قرار دارد و کمبود بیمارستان و مراکز درمانی سبب کاهش کیفیت بهداشت و سلامت در منطقه ۱۵ شهر تهران شده است.

**واژگان کلیدی:** سیاست‌گذاری دولتی، زیست‌شهری، سلامت و بهداشت، منطقه ۱۵ شهر تهران.

## مقدمه

با استناد به اصل ۲۹ قانون اساسی و با توجه به ساختار اقتصاد سیاسی ایران، دولت کنشگر اصلی سیاست سلامت تلقی شده و این سیاست نظیر سیاست‌های اجتماعی دیگر، محصول عملکرد دولت محسوب می‌شود. این اهداف در اصول ۴۳ و ۴۸ قانون اساسی نیز تذکر داده شده است. برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بخش سوم به توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی پرداخته است. ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه تصریح می‌کند که به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که شاخص مشارکت مالی مردم به  $0/9$  ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیر قابل تحمل سلامت به یک درصد کاهش یابد (Law of the Fourth Development Plan, 2005). در ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه کشور، به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل ۳۰ درصد هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی و درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، اضافه کردن ۱۰ درصد خالص کل وجود حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت ذکر گردیده است.

در ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه کشور، به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت دستیابی به پوشش فراگیری و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد از روش‌های مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب بودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه‌های سنوایی و در طول برنامه در نظر گرفته شده است (Fifth Development Planning Act, 2010). در چشم انداز نظام سلامت آمده است: در سال ۱۴۰۴، جمهوری اسلامی ایران کشوری است با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه، اهداف کلان نظام سلامت عبارتند از: ۱- ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد مردم ایران که همراه با کسب برترین جایگاه در منطقه تا سال ۱۴۰۴ است. ۲- تأمین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴ ۳- دستیابی به جایگاه اول منطقه در مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخگویی و تکریم خدمات گیرندگان نظام سلامت تا سال ۱۴۰۴ (Comprehensive medical science plan, 2010). در سیاست‌های اجرایی بخش بهداشت و درمان سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آمده است: ۱- تأمین منابع مالی مورد نیاز مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط دولت و ارائه خدمات بالینی با مشارکت دولت، بیمه‌ها و مردم ۲- افزایش سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی همراه با افزایش سهم دولت در تأمین منابع مالی بخش و کاهش پرداخت مستقیم مردم در هزینه‌های سلامتی - افزایش نقش نظام بیمه‌ای در مدیریت منابع بخش سلامت و مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع بر اساس سطح درآمد و مستقل از خطر بیماری -

افزایش مشارکت بخش‌های مختلف در تأمین منابع مالی بخش سلامت متناسب با ایجاد مخاطرات ناشی از عملکرد آنان در بخش سلامت. بنابراین باید اذعان داشت در قوانین و اسناد متعدد بالادستی اهمیت تأمین سلامت در قوانین و اسناد متعدد بالادستی اهمیت تأمین سلامت و عدالت در سلامت مورد توجه سیاست گذاران و برنامه‌ریزان اقتصادی کشور قرار گرفته است. بنابراین طرح ریزی و اولویت بندی نحوه دخالت یکی از مهم‌ترین مسائل پیش رو جهت سیاست گذاری است.

سیاست گذاری دولتی در ارتقاء زیست شهری با تأکید بر سلامت و بهداشت چندین دهه است که بسیاری از مسائل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، سطوح مدیریت و برنامه‌ریزی محلی، ملی و بین المللی را تحت تأثیر قرار داده است. با توجه به رشد نقاط شهری و جمعیت نشین در سال‌های اخیر موضوع کیفیت زندگی در شهرهای کشورهای صنعتی و در حال توسعه به طور روز افزونی مورد توجه قرار گرفته است. رشد شهر و شهر نشینی بارزترین ویژگی تحولات اجتماعی - اقتصادی در دوره اخیر است. لذا همزمان با شهری شدن جامعه ایران، تحلیل پیامدهای آن، از جمله ارزیابی کیفیت زندگی شهری یکی از مهم‌ترین ضرورت‌های مطالعات شهری است (Ali Akbari, 2008: 121). از طرف دیگر با توجه به اینکه محاسبه و تخمین کیفیت زندگی نیاز به بررسی و تعیین و تبیین یک سری شاخص یا معیار مناسب دارد، در طی سال‌های اخیر استفاده از شاخص‌ها و معیارهای کیفیت محیط زندگی در کشورهای مختلف اعم از توسعه یافته و در حال توسعه متداول شده است (Bahraini, 1999: 279). اهمیت جنبه‌های اجتماعی در عرصه شهر سازی به حدی رسیده که یکی از ویژگی‌های شهر پایدار پایداری اجتماعی و کیفیت زندگی بالا عنوان شده است، به این معنا که شهر پایدار به موازات توجه به مسائل زیست محیطی، باید به مسائل اجتماعی و انسانی نیز توجه داشته باشد. منظور ایجاد و حمایت از محیط‌های انسانی فعال، فضاهای زنده و عرصه‌هایی است که کیفیت بالایی را برای شهروندان فراهم نماید. بدیهی است که تعریف کردن ابعاد اجتماعی و کیفی به مراتب از ابعاد زیست محیطی و اکولوژیکی مهم‌تر و مشکل‌تر است. در سال‌های اخیر استفاده از شاخص‌ها و معیارهای کیفیت محیط زندگی در کشورهای مختلف اعم از توسعه یافته و در حال توسعه متداول شده است (Bahraini, 1999: 279). طبق اعلام سایت سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> شهرها با سه تهدید مواجه می‌باشند: بیماری‌های عفونی در مکان‌های شلوغ، بیماری‌های غیر واگیردار و مزمن مانند دیابت، سرطان و بیماری‌های قلبی و در نهایت تصادفات و تلفات جاده‌ای، خشونت، جرم و جنایات از موانع عمده سلامت و بهداشت در یک شهر به شمار می‌روند. از آن جایی که در سازماندهی محیط شهر، هر کدام به نوبه خود بر سلامت تأثیرگذار می‌باشند و می‌توان با مطالعه هر رشته به ارتقاء سلامت و بهداشت جامعه کمک کرد. گسترش شهرنشینی در ایران موجب تغییر استانداردهای زندگی، سبک زندگی، رفتارهای اجتماعی و به تبع آن رفاه و سلامت جامعه شده است. هدف اصلی این مقاله عبارت است از تحلیل و بررسی نقش سیاست گذاری دولتی در ارتقاء زیست شهری با تأکید بر سلامت و بهداشت در منطقه ۱۵ شهر تهران است. سؤال اصلی مقاله این است که سیاست گذاری دولتی چه نقشی در ارتقاء زیست شهری با تأکید بر سلامت و بهداشت ایفا می‌کند؟ روش تحقیق مقاله توصیفی - تحلیلی و از نوع پیمایشی است و ابزار گردآوری

<sup>۱</sup>. World Health Organization

اطلاعات پرسشنامه است که بر طبق تعداد نمونه و بر اساس مدل کوکران تعداد ۴۰۰ پرسشنامه در محدوده مورد مطالعه توزیع گردیده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز بر اساس آزمون  $\chi^2$  تک نمونه‌ای مورد پردازش قرار گرفت.

### رویکرد نظری

در مکاتب مختلف اقتصادی این باور وجود دارد که فعالیت‌های دولت در سطوح ملی آثار مهمی بر عملکرد اقتصادی کشورها می‌گذارد و از مقبولیت خاصی برخوردار است. دولت‌های امروزی با استفاده از ابزارهایی مانند مالیات، مخارج ملی هزینه‌ای، قانون‌گذاری و کسری‌های بودجه‌ای به دخالت در بازار و مدیریت عرضه و تقاضای برخی کالاها و خدمات می‌پردازند. از جمله این موارد مقوله سلامت است که به طور جدی از سرمایه‌گذاری‌های دولتی و سیاست‌گذاری‌های مختص آن حوزه تأثیر می‌پذیرد. سیاست‌گذاری دولتی در حوزه سلامت مجموعه سیاست‌ها و برنامه‌هایی است که دولت برای گسترش سلامت همگانی و ارتقای توانمندی شهروندان با هدف کاهش نابرابری اجتماعی اتخاذ می‌کند. در این مقاله منظور از سیاست‌گذاری سلامت بعد قانونی و نیز بودجه است. نخستین بار توسط گروسمن<sup>۱</sup> (۱۹۷۲)، مفهوم سرمایه سلامت تعریف گردید. وی عامل سلامت را در تابع مطلوبیت افراد وارد شد. در واقع سرمایه سلامت تعیین می‌نماید که هر فرد چه زمانی را برای کسب درآمد در اختیار داشته باشد. برای تبیین این موضوع مقوله سرمایه انسانی را به عنوان سببلی از سلامت در چارچوب مدل‌های رشد وارد نمود و بیان گردید بهبود سلامت باعث ارتقاء رشد اقتصادی، کاهش ضرر تولیدی ناشی از غیبت و بیماری نیروی کار و ناکارآمدی جسمی و روانی آن خواهد شد. در مطالعات انجام شده غالباً هزینه‌های دولت در بخش بهداشت در قالب الگوهای رشد اقتصادی و دوم برآورد کمی میزان این تغییر و شناسایی مکانیسم‌هایی که تغییر در یکی را به دیگری منتقل می‌سازد بررسی شده است. با این وجود اما اقتصاددانان با مقوله سلامت برخورد متفاوتی دارند، آن‌ها معتقدند که سلامت کالایی بادوام و سرمایه‌ای است که هر فرد دارای ذخیره‌ای از موجودی کالای سلامت در ابتدای هر دوره است که در طول زمان موجودی سلامت فرد با بالا رفتن سن کاهش یافته، با سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های درمانی افزایش می‌یابد و زمانی که ذخیره موجودی سلامت فرد از حد بحرانی کمتر شود آنگاه فرد از بین خواهد رفت. همچنین بر این باورند که یک رابطه دوسویه بین وضعیت سلامت فرد و فعالیت اقتصادی وجود دارد. افراد سالم‌تر بهره‌وری بیشتری دارند و یک اقتصاد مولد توانایی بالاتری برای خرید خدمات سلامت بیشتر دارد. از سوی دیگر با توجه به اینکه انسان محور توسعه پایدار محسوب می‌گردد تخصیص اعتبارات هر چه بیشتر در امر سلامت سرمایه‌گذاری تلقی شده و عملاً هزینه نیست (Tabibi & Davoodi, 2017: 14).

خدمات سلامت در قالب هزینه‌های بهداشتی و درمانی به عنوان یک کالای عمومی در تمامی کشورها عمدتاً از طرف دولت تأمین می‌شود. مصادیقی از شکست بازار شامل مخاطرات اخلاقی، انتخاب نامطلوب، ناقص و نامتقارن بودن اطلاعات، پیامدهای بیرونی، انحصار طبیعی و توزیع درآمد متوجه این مقوله است که راه را برای مداخله دولت هموار می‌نماید (Stiglitz, 2012). لیکن ارائه خدمات سلامت می‌تواند علاوه بر دولت با توجه به مقتضیات و ظرفیت و توانایی مالی بخش‌های خصوصی و غیر انتفاعی هر کشور به صورت ترکیبی از هر سه بخش ارائه گردد.

<sup>۱</sup>. Grossman

مروری اجمالی بر نظام سلامت کشورهای جهان نشان می‌دهد که تمامی دولت‌ها پذیرفته‌اند که سلامت حقی است همگانی که دولت‌ها موظف به تأمین و استیفای آن می‌باشند و تفاوت میان کشورها تنها در نحوه، میزان و اولویت‌بندی هزینه‌های دولت‌ها است. در حال حاضر در برخی کشورها عمده خدمات بهداشتی و درمانی توسط بخش دولتی ارائه می‌شود و تنها برخی از فعالیت‌ها مانند داروخانه‌داری و پوشش‌های حمایتی توسط بخش غیردولتی ارائه می‌گردد. این در حالی است که در برخی کشورها عمده خدمات به عهده بخش غیردولتی بوده و در این نظام‌ها هزینه کرد دولت عمدتاً معطوف به ارائه مشوق‌های اقتصادی لازم جهت عرضه خدمات بهداشتی است- (Barzegar et al., 2014). با توجه به اهمیت کار کردی هزینه‌های دولت، هدف این تحقیق آن است که با توجه به محدودیت رو به افزایش منابع دولتی، اولویت‌بندی مشخصی در خصوص هزینه کرد منابع موجود در بخش سلامت در دو حوزه بهداشت و درمان و زیرگروه‌های هر یک تعیین گردد.

### شناخت محیط مورد مطالعه

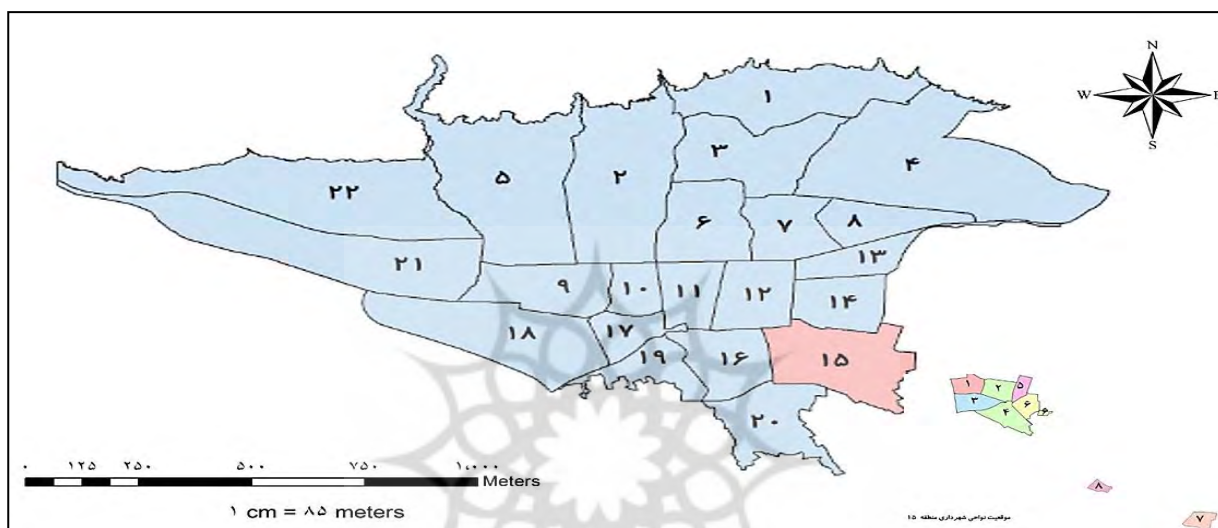
منطقه ۱۵ از شمال به پادگان قصر فیروزه، ۴۵ متری آهنگ، خیابان خاوران و شوش شرقی و از غرب به خیابان فدائیان اسلام و از جنوب به خیابان دولت آباد، کوه بی‌بی شهربانو و کارخانه سیمان و از شرق به کوه‌های شرقی تهران و حد شرقی اراضی افسریه منتهی می‌شود. بخشی از محدوده منطقه نیز در حریم شهر واقع است. در واقع از هشت ناحیه موجود، شش ناحیه در محدوده قانونی شهر تهران و دو ناحیه در حریم استحفاظی شهر قرار دارند.

جدول شماره ۱- آمار و اطلاعات محلات منطقه ۱۵

ناحیه	محله	مساحت کل (هکتار)	جمعیت	تعداد خانوار	بعد خانوار	تراکم جمعیت (نفر در هکتار)
۱	شهید مطهری	۱۱۱/۳	۱۸۲۰۹	۵۵۰۷	۳/۳۱	۱۵۹/۱
۱	شوش	۴۷/۳	۱۴۷۷۷	۴۵۹۵	۳/۲۲	۳۱۶/۳
۱	طیب	۷۹/۱	۲۹۰۱۷	۹۱۲۹	۳/۱۸	۳۵۵/۴
۱	مظاهری	۶۰/۷	۱۸۲۴۲	۵۵۱۶	۳/۳۱	۲۹۵/۱
۱	مینایی	۷۳/۹	۲۵۹۵۱	۷۹۴۷	۳/۲۷	۳۲۳/۳
۱	ولیعصر-بی‌سیم	۵۹/۱	۱۹۳۱۱	۵۹۰۷	۳/۲۷	۳۳۰/۳
۲	ابوذر	۲۸۴/۸	۵۷۴۵۰	۱۷۴۲۸	۳/۳	۱۹۱/۱
۲	اتابک	۱۰۱/۲	۲۱۵۳۹	۶۵۹۸	۳/۲۶	۲۲۶/۸
۲	هاشم نژاد	۹۰/۶	۲۷۲۸۰	۸۲۱۰	۳/۳۲	۲۹۸/۶
۳	بروجردی	۷۵/۹	۱۱۷۶۶	۳۳۱۹	۳/۵۵	۱۳۵/۷
۳	کیان شهر جنوبی	۲۲۳/۳	۳۴۶۴۳	۱۰۰۸۷	۳/۴۳	۹۵/۶
۳	کیان شهر شمالی	۲۳۳/۴	۳۹۵۸۷	۱۱۴۴۷	۳/۴۶	۱۹۰/۸
۴	شهرک رضویه	۱۰۱/۹	۳۸۷۰۴	۱۱۴۷۶	۳/۵۲	۱۷۷/۹
۴	مشیریه	۶۰۷/۹	۷۲۳۰۹	۲۱۴۶۰	۳/۳۷	۱۳۴/۱
۵	افسریه شمالی	۱۴۳/۹	۶۵۶۱۴	۲۰۸۷۱	۳/۱۴	۴۳۴/۴
۵	افسریه جنوبی	۱۱۰/۳	۳۲۶۱۸	۱۰۱۴۴	۳/۲۲	۴۰۰/۷
۶	اسلام آباد-ولفجر	۱۵۴/۵	۳۶۴۷۷	۱۱۰۵۸	۳/۳	۲۱۵/۹
۶	مسعودیه	۲۲۳/۴	۷۱۱۰۷	۲۱۴۲۰	۳/۳۴	۱۹۸/۷
۶	مسگر آباد	۴۶/۱	۳۲۵۰	۱۰۰۰	۳/۲۵	۷۰/۵
۷	قیامدشت	۳۲۸/۳	۴۰۰۰۰	۱۳۳۳	۳	۱۷۰/۹
۸	خاورشهر	۱۳۷/۲	۲۷۰۰۰	۹۰۰۰	۳	۳۱۳/۶
	جمع کل در منطقه	۳۲۴/۱	۷۰۴۸۵۱	۲۰۳۴۵۲	۳	۲۴۰

Source: (<http://region15.tehran.ir/>)

مساحت محدوده قانونی ۲۵ ساله منطقه ۵/۲۸ کیلومتر مربع است که بر اساس آخرین مطالعات مشاور شهرسازی منطقه و تغییرات در نظر گرفته در محدوده قانونی منطقه، مساحت محدوده قانونی منطقه بیش از ۳۵ کیلومتر مربع خواهد بود. بر اساس این تغییرات با احتساب محدوده‌ی قصر فیروزه ۲، مساحت منطقه بالغ بر ۶/۳۵۴۳ هکتار می‌شود که در صورت تصویب طرح تفصیلی پیشنهادی منطقه، این محدوده ملاک عمل قرار خواهد گرفت. مساحت حریم استحفاظی شهر تهران در حوزه مدیریت شهرداری این منطقه بالغ بر ۱۶۵۰۰ هکتار می‌باشد که ۱۴/۶ درصد مساحت کل حریم استحفاظی شهر تهران است. پهنه این حریم از لحاظ مدیریتی و در چارچوب قانون تقسیمات کشوری در محدوده دو شهرستان تهران و ری قرار دارد (Tajfirozeh, 2014).



نقشه شماره ۱- نواحی منطقه ۱۵ شهر تهران

Source: (<http://region15.tehran.ir/>)

شهرداری منطقه ۱۵ محدوده خدماتی خود را میان هشت ناحیه تقسیم کرده است که محدوده شش ناحیه خدمات شهری در داخل محدوده مصوب طرح جامع شهر تهران و محدوده دو ناحیه (ناحیه خاور شهر و دیگری ناحیه قیامدشت) در خارج از این محدوده و در داخل محدوده حریم استحفاظی شهر و به صورت منفصل از منطقه قرار دارد. شمال این محدوده از میدان شوش به سمت میدان خراسان در مسیر خیابان شوش و ۱۷ شهریور آغاز می‌گردد در شرق این محدوده در امتداد خیابان خاوران به خیابان ذوالفقاری منتهی می‌گردد و غرب آن نیز خیابان فدائیان اسلام تا میدان شوش واقع شده است. جنوب این ناحیه امتداد بزرگراه بعثت از انتهای خیابان ذوالفقاری تا تقاطع فدائیان اسلام است. ناحیه یک دارای ۶ محله شوش، مظاهری، مطهری، طیب، بی‌سیم و مینابی می‌باشد. محلات ناحیه یک شامل:

۱. شوش
۲. مظاهری
۳. طیب
۴. مینابی
۵. مطهری
۶. ولیعصر

آب و هوای منطقه ۱۵ شهر تهران تحت تأثیر آب و هوای کلی شهر تهران می باشد. از جمله ارتفاعات که در شمال آن قله توچال به ارتفاع ۳۹۳۳ متر مشاهده می گردد. همچنین، کوه‌هایی چون دماوند شمیرانات و امامزاده داوود در اطراف آن اقلیم این بخش را تحت تأثیر قرار می دهند. منابع آب فیزیکی نیز از فاکتورهای مهم در شکل گیری اقلیم تهران است. از جمله این منابع می توان رودخانه جاجرود و کرج و سدهایی چون امیرکبیر و لار را نام برد. عامل و فاکتور دیگری که می توان از آن نام برد دشت است. به استثناء نواحی شمالی استان که به دلیل واقع شدن در کوهپایه‌های البرز اندکی معتدل و مرطوب است. بقیه نقاط دارای تابستان‌های گرم و خشک و زمستان‌های معتدل و گاهی سرد می باشد که نشانه و خصوصیت مناطق دشتی را نشان می دهد. طی یک دوره ۳۰ ساله، متوسط میزان بارندگی سالانه آن ۲۲۰ میلی متر و میزان بارندگی سالانه آن بین ۲۰۰ الی ۴۰۰ میلی متر گزارش گردیده است. به علت وسعت و ارتفاعات تهران، سه ایستگاه سینوپتیک در محله دارآباد و شمیران و ژئوفیزیک، وظیفه ثبت و درج دمای هوای شهر تهران را به عهده دارند که از سال ۱۳۳۰ (طی یک دوره ۴۵ ساله).

جهت وزش باد غالب در تهران غربی (۲۷۰ درجه) و متوسط سرعت وزش باد ۵/۵ متر بر ثانیه است. نسیمی از دره‌های خنک کوهستان شمال در شب (باد کوه) و از بیابان‌های جنوب در روز (باد دشت) به طور آهسته هر شبانه‌روز در شهر تهران می وزد... یکی دیگر از مشخصه‌های قابل ذکر شهر تهران زلزله خیز بودن آن است. این شهر بر روی خط زلزله قرار دارد و احتمال وقوع زلزله در آن بسیار است. شهر تهران از نظر زمین لرزه جزء مناطق پرریز (۸ تا ۱۰ درجه مرکالی) بشمار می آید.

شرایط توپوگرافی شهر بر بافت کالبدی و فضایی شهر به ویژه در قسمت‌های جنوبی شهر تأثیر مستقیم دارد. اختلاف ارتفاع در برخی قسمت‌های شهر، سیمای خاصی به شهر تهران داده به گونه‌ای که نمای تهران از شمال شهر و چشم انداز کوهستانی از جنوب شهر در مورفولوژی شهری مؤثر بوده است. از سمت جنوب به شمال، ارتفاع زمین افزایش می یابد به طوری که اختلاف ارتفاع بین قسمت‌های پست حدود ۹۰۰ متر و قسمت‌های مرتفع تا ۱۸۰۰ متر دیده می شود. اختلاف ارتفاع ۹۰۰ متری باعث تعدیل آب و هوا، پوشش گیاهی مناسب تر و ایجاد مناطق ییلاقی زیبای شمال تهران شده است. با حرکت از جنوب به شمال، تغییرات بسیار چشمگیر هم در شرایط محیط طبیعی و هم شرایط اجتماعی، ارزش مکانی، دسترسی به خدمات و سرویس‌های خاص قابل مشاهده است به نحوی که می توان گفت شیب جغرافیایی و شیب اجتماعی تهران بر یکدیگر منطبق است. بر پایه‌ی آمارهای رسمی کشور تعداد جمعیت منطقه بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ ایران، ۶۳۸۷۴۰ نفر (۱۹۲۶۱۰ خانوار) شامل ۳۲۵۳۱۳ مرد و ۳۱۳۴۲۷ زن است.

جدول شماره ۲- جمعیت منطقه ۱۵ برحسب گروه‌های عمده سنی به تفکیک جنس سال ۱۳۹۰

سن	مرد و زن	مرد	درصد مرد	زن	درصد زن	نسبت جنسی
(۰-۱۴) ساله (بچه سالان)	۱۶۲۳۷	۸۵۱۴	۵۸/۱	۷۷۲۳	۴۲/۹	۱۰۴
(۱۵-۳۴) ساله (جوانان)	۹۵۷۸۱	۴۷۳۳۵	۴۸/۲	۴۸۴۴۵	۵۲/۸	۱۰۱
(۳۵-۴۹) ساله (میانسالان)	۱۴۷۱۲۶	۷۲۸۷۰	۴۹/۷	۷۴۲۵۶	۵۱/۳	۱۱۰
۵۰ و بیشتر (بزرگسالان)	۲۹۷۴۹	۱۵۸۵۸	۵۳/۲	۱۳۸۹۰	۴۷/۸	۱۱۳
نامشخص	۱۰۹۰	-	-	-	-	-
جمع کل	۲۸۷۸۰۳	۱۴۴۵۷۸	۴۸/۵۵	۱۴۳۲۲۵	۴۳/۴۵	۱۰۵

Source: (Public Census of Population and Housing in Tehran, 2011)

### تحلیل توصیفی داده‌ها

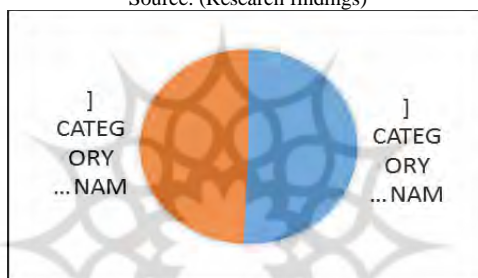
تجزیه و تحلیل سؤالات مربوط به نمونه‌های انتخاب شده از ساکنین منطقه ۱۵ می‌باشد که با مراجعه حضوری به محل جهت پیگیری وضعیت بهداشت و درمان، مورد پرسش قرار گرفتند.

از مجموع ۴۰۰ پرسشنامه تکمیل شده خانوار، ۲۰۳ پرسشنامه توسط زنان و ۱۹۷ پرسشنامه توسط مردان صورت گرفته است. لازم به ذکر است غالب پرسشنامه‌هایی که به صورت مراجعه حضوری بوده به دلیل ساعات کاری آقایان و بیرون بودن آن‌ها از منازل خود توسط سرپرست دوم خانوار تکمیل شده است. جدول زیر فراوانی و درصد جنسیت پاسخ‌گویان را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳- فراوانی و درصد جنسیت شرکت کنندگان

جنس	فراوانی	درصد	درصد واقعی	درصد تجمعی
زن	۲۰۳	۵/۸	۵۵	۵۵
مرد	۱۹۷	۴۹/۳	۴۵	۱۰۰
جمع	۴۰۰	۱۰۰/۰	۱۰۰	

Source: (Research findings)



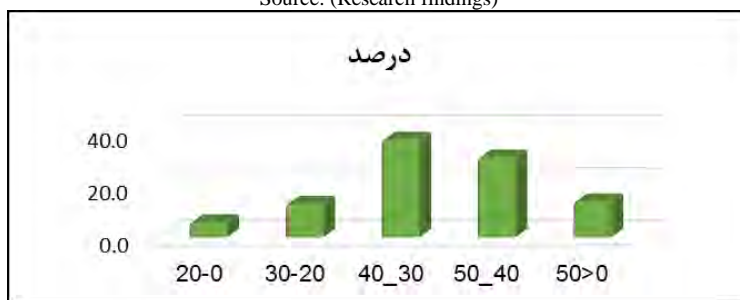
نمودار شماره ۱- درصد نمونه‌ها بر حسب محل سکونت

بر اساس نتایج به دست آمده از وضعیت سنی پاسخ‌گویان در منطقه ۱۵؛ ۲۳ نفر معادل ۵/۸ درصد زیر ۲۰ سال، ۵۱ نفر معادل ۱۲/۸ درصد بین ۲۰ الی ۳۰ سال، ۱۴۹ نفر معادل ۳۷/۳ درصد بین ۳۰ الی ۴۰ سال، ۱۲۲ نفر معادل ۳۰,۵ درصد بین ۴۰ الی ۵۰ سال و ۵۵ نفر معادل ۱۳/۸ درصد بالای ۵۰ سال بوده‌اند.

جدول شماره ۴- فراوانی و درصد نمونه‌ها بر حسب رده سنی

سن	فراوانی	درصد	درصد واقعی	درصد تجمعی
۰-۲۰	۲۳	۵/۸	۵/۸	۵/۸
۲۰-۳۰	۵۱	۱۲/۸	۱۲/۸	۱۸/۵
۳۰-۴۰	۱۴۹	۳۷/۳	۳۷/۳	۵۵/۸
۴۰-۵۰	۱۲۲	۳۰/۵	۳۰/۵	۸۶/۳
۵۰<	۵۵	۱۳/۸	۱۳/۸	۱۰۰/۰
جمع	۴۰۰	۱۰۰	۱۰۰	

Source: (Research findings)



نمودار شماره ۲- نمودار درصد نمونه‌ها بر حسب رده سنی

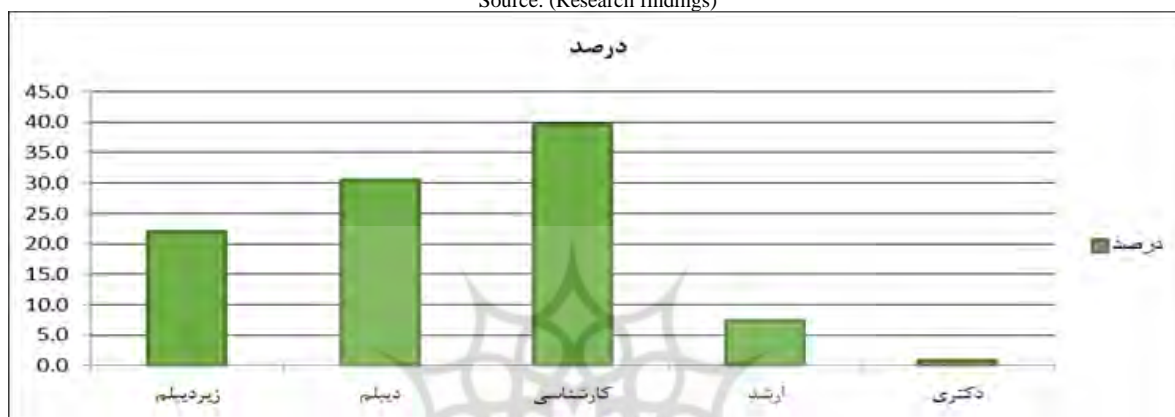


بر اساس نتایج به دست آمده از وضعیت تحصیلات؛ ۲۲/۳ درصد پاسخگویان زیر دیپلم ۳۰/۵ درصد دیپلم، ۳۹/۵ درصد کارشناسی ۷/۳ کارشناسی ارشد و ۰/۸ درصد دارای مدرک دکتری هستند.

جدول شماره ۵- فراوانی و درصد نمونه‌ها بر اساس سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد	درصد واقعی	درصد تجمعی
زیر دیپلم	۸۷۰	۲۲/۰	۲۲/۰	۲۲/۰
دیپلم	۱۲۲/۰	۳۰/۵	۳۰/۵	۵۲/۵
کارشناسی	۱۵۸/۰	۳۹/۵	۳۹/۵	۹۲/۰
ارشد	۲۹/۰	۷/۳	۷/۳	۹۹/۳
دکتری	۳/۰	۰/۸	۰/۸	۱۰۰/۰
جمع	۴۰۰	۱۰۰	۱۰۰	

Source: (Research findings)



نمودار شماره ۳- نمودار درصد نمونه‌ها بر حسب سطح تحصیلات Source: (Research findings)

بر اساس نتایج به دست آمده از وضعیت اشتغال؛ ۴۰/۵ درصد افراد دارای شغل آزاد، ۱۲/۸ درصد افراد دارای شغل دولتی و ۴۶/۸ درصد افراد فاقد شغل است.

جدول شماره ۶- فراوانی و درصد نمونه‌ها بر اساس سطح اشتغال

اشتغال	فراوانی	درصد	درصد واقعی	درصد تجمعی
آزاد	۰/۱۴۳	۸/۳۵	۸/۳۵	۸/۳۵
دولتی	۰/۷۲	۰/۱۸	۰/۱۸	۸/۵۳
فاقد شغل	۰/۱۸۵	۳/۴۶	۳/۴۶	۰/۱۰۰
جمع	۰/۴۰۰	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰	

Source: (Research findings)



نمودار شماره ۴- نمودار درصد نمونه‌ها بر حسب وضعیت اشتغال Source: (Research findings)

### تحلیل نقش مسئولین و شهروندان بر بهداشت و سلامت منطقه ۱۵

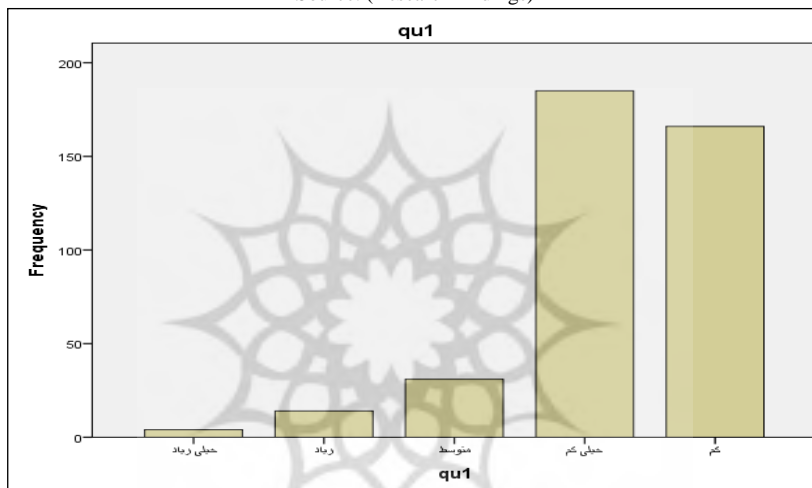
۱- تا چه اندازه مسئولین بیمارستان‌ها در ارتقاء سلامت و بهداشت نقش خود را به خوبی ایفا کرده‌اند؟  
بر اساس نتایج به دست آمده از نتایج پرسشنامه‌ها در زمینه نقش مسئولین بیمارستان‌ها در ارتقاء سلامت و بهداشت؛

۱ درصد افراد گزینه خیلی زیاد، ۳/۵ درصد افراد گزینه زیاد، ۷/۷ درصد گزینه متوسط، ۴۶/۳ درصد گزینه خیلی کم و ۴۱/۴ گزینه کم را انتخاب کردند.

جدول شماره ۷- فراوانی و درصد نمونه‌ها بر اساس تأثیر مسئولین بیمارستان‌ها در ارتقاء سلامت بهداشت ساکنین منطقه ۱۵

Question 1		فراوانی	درصد	درصد واقعی	درصد تجمعی
Valid	خیلی زیاد	۴	۱/۰	۱/۰	۱/۰
	زیاد	۱۴	۳/۵	۳/۵	4.5
	متوسط	۳۱	۷/۷	۷/۸	۱۲/۳
	خیلی کم	۱۸۵	۴۶/۱	۴۶/۳	۲۸/۲
	کم	۱۶۶	۴۱/۴	۴۱/۵	۱۰۰/۰
	Total	۴۰۰	۹۹/۸	۱۰۰/۰	
Missing	System	۱	۰/۲		
	Total	۴۰۱	۱۰۰/۰		

Source: (Research findings)



نمودار شماره ۶- نمودار درصد نمونه‌ها بر حسب تأثیرات مسئولین بیمارستان‌ها در ارتقاء سلامت بهداشت ساکنین منطقه ۱۵

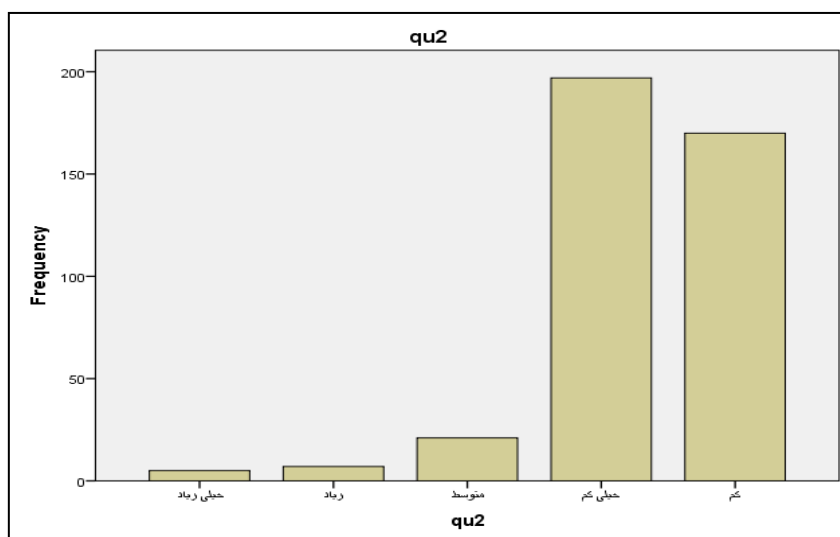
Source: (Research findings)

۲- تا چه اندازه شهرداری نقش خود را در ارتقاء سلامت و بهداشت محیط به خوبی ایفا کرده است؟ بر اساس نتایج به دست آمده از نتایج پرسشنامه‌ها در زمینه تأثیر نقش شهرداری در ارتقاء سلامت و بهداشت محیط؛ ۱/۲ درصد افراد گزینه خیلی زیاد، ۱/۷ درصد افراد گزینه زیاد، ۵/۲ درصد گزینه متوسط، ۴۹/۱ درصد گزینه خیلی کم و ۴۲/۴ گزینه کم را انتخاب کردند.

جدول شماره ۸- فراوانی و درصد نمونه‌ها بر اساس تأثیر نقش شهرداری در ارتقاء سلامت و بهداشت محیط ساکنین منطقه ۱۵

Question 2		فراوانی	درصد	درصد واقعی	درصد تجمعی
Valid	خیلی زیاد	۵	۱/۲	۱/۳	۱/۳
	زیاد	۷	۱/۷	۱/۸	۳/۰
	متوسط	۲۱	۵/۲	۵/۳	۸/۳
	خیلی کم	۱۹۷	۴۹/۱	۴۹/۳	۵۷/۵
	کم	۱۷۰	۴۲/۴	۴۲/۵	۱۰۰/۰
	Total	۴۰۰	۹۹/۸	۱۰۰/۰	
Missing	System	۱	۲		
	Total	۴۰۱	۱۰۰/۰		

Source: (Research findings)



نمودار شماره ۷- نمودار درصد نمونه‌ها بر حسب تأثیر نقش شهرداری در ارتقاء سلامت و بهداشت محیط ساکنین منطقه ۱۵ (Research findings)

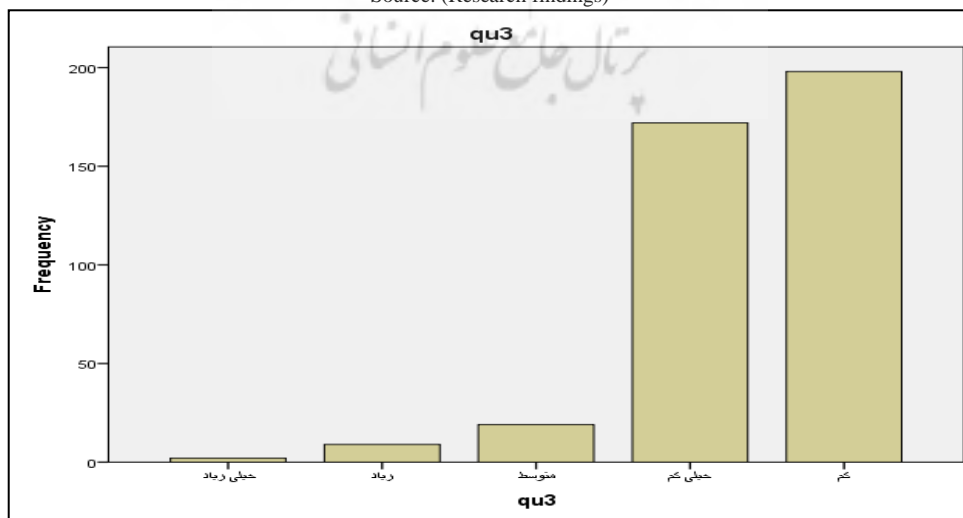
### ۳- تا چه اندازه شهروندان نقش خود را در ارتقاء سلامت و بهداشت به خوبی ایفا کرده‌اند؟

بر اساس نتایج به دست آمده از نتایج پرسشنامه‌ها در زمینه تأثیر نقش شهروندان در ارتقاء سلامت و بهداشت؛ ۰/۵ درصد افراد گزینه خیلی زیاد، ۲/۲ درصد افراد گزینه زیاد، ۴/۷ درصد گزینه متوسط ۴۲/۹ درصد گزینه خیلی کم و ۴۹/۴ گزینه کم را انتخاب کردند.

جدول شماره ۹- فراوانی و درصد نمونه‌ها بر اساس تأثیرات نقش شهروندان در ارتقاء سلامت و بهداشت ساکنین منطقه ۱۵

Question 3		فراوانی	درصد	درصد واقعی	درصد تجمعی
Valid	خیلی زیاد	۲	۰/۵	۰/۵	۰/۵
	زیاد	۹	۲/۲	۲/۳	۲/۸
	متوسط	۱۹	۴/۷	۴/۸	۷/۵
	خیلی کم	۱۷۲	۴۲/۹	۴۳/۰	۵۰/۰
	کم	۱۹۸	۴۹/۴	۴۹/۵	۱۰۰/۰
Total		۴۰۰	۹۹/۸	۱۰۰/۰	
Missing	System	۱	۰/۲		
	Total	۴۰۱	۱۰۰/۰		

Source: (Research findings)



نمودار شماره ۸- نمودار درصد نمونه‌ها بر حسب تأثیرات نقش شهروندان در ارتقاء سلامت و بهداشت ساکنین منطقه ۱۵ (Research findings)

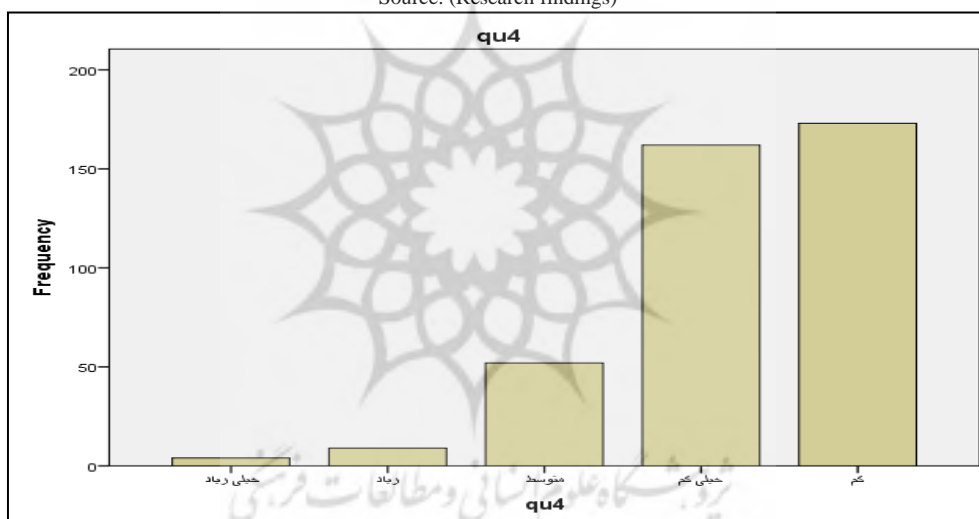
۴- تا چه اندازه بهداشت محیط در ارتقاء بهداشت و سلامت نقش دارد؟

بر اساس نتایج به دست آمده از نتایج پرسشنامه‌ها در زمینه تأثیر بهداشت محیط در ارتقاء بهداشت و سلامت؛ ۱ درصد افراد گزینه خیلی زیاد، ۲/۲ درصد افراد گزینه زیاد، ۱۳ درصد گزینه متوسط، ۴۰/۴ درصد گزینه خیلی کم و ۴۳/۱ گزینه کم را انتخاب کردند.

جدول شماره ۱۰- فراوانی و درصد نمونه‌ها بر اساس بهداشت محیط در ارتقاء بهداشت سلامت و بهداشت ساکنین منطقه ۱۵

Question 4					
		فراوانی	درصد	درصد واقعی	درصد تجمعی
Valid	خیلی زیاد	۴	۱/۰	۱/۰	۱/۰
	زیاد	۹	۲/۲	۲/۳	۳/۳
	متوسط	۵۲	۱۳/۰	۱۳/۰	۱۶/۳
	خیلی کم	۱۶۲	۴۰/۴	۴۰/۵	۵۶/۸
	کم	۱۷۳	۴۳/۱	۴۳/۳	۱۰۰/۰
	Total		۴۰۰	۹۹/۸	۱۰۰/۰
Missing	System	۱	۰/۲		
	Total	۴۰۱	۱۰۰/۰		

Source: (Research findings)



نمودار شماره ۹- نمودار درصد نمونه‌ها بر حسب تأثیرات بهداشت محیط در ارتقاء بهداشت سلامت و بهداشت ساکنان منطقه ۱۵

Source: (Research findings)

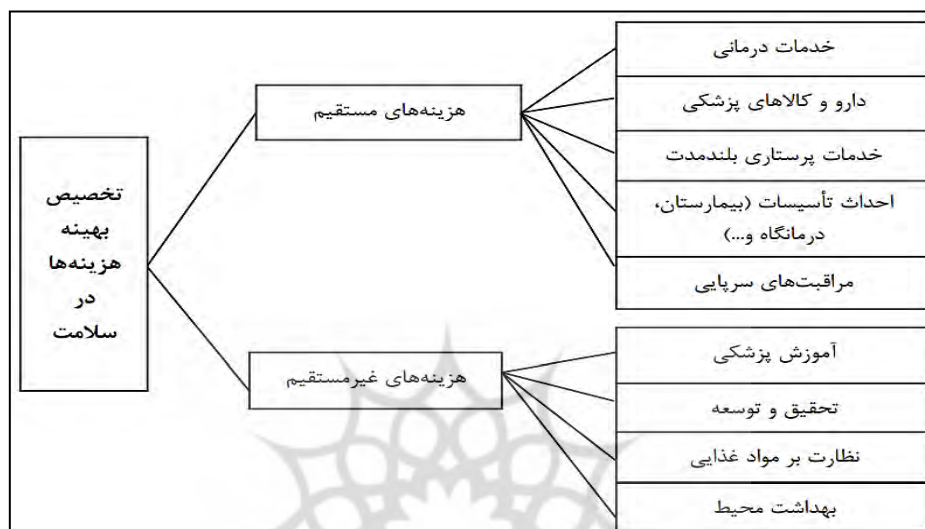
#### - نتیجه‌گیری

در تمامی کشورها مقوله بهداشت و درمان به عنوان خدمتی عمومی تلقی می‌گردد. مهم‌ترین عوامل شکست بازار در نظام سلامت را می‌توان به مواردی مانند مخاطرات اخلاقی، انتخاب نامطلوب ناقص و نامتقارن بودن اطلاعات، پیامدهای بیرونی، انحصار طبیعی و توزیع درآمد نسبت داد. از این رو تقریباً تمامی دولت‌ها در سرمایه‌گذاری و تأمین یارانه در این بخش مسئولیت دارند.

بنابراین دخالت، نظارت و کمک دولت در این عرصه برای تمامی کشورها امری قابل قبول و پذیرفته شده است. در ایران در حالی است که اصول (۳)، (۲۹) و (۴۳) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و برنامه‌های مختلف توسعه و تمامی اسناد بالادستی، ناظر بر تأمین نیازهای اساسی از جمله بهداشت و سلامت برای کلیه آحاد جامعه و برقراری عدالت در تأمین مالی سلامت می‌باشند.

در داده‌های کمی، برای آزمون این فرضیه که آیا میانگین یک نمونه با میانگین جامعه که فرض بر این است دارای توزیع نرمال باشد یکسان است، از آزمون یک نمونه‌ای t استفاده کنید. از این آزمون در مواقعی استفاده کنید که می‌خواهید بدانید آیا میانگین برآورد شده با میانگین جامعه (مقدار معلوم) همخوانی دارد یا خیر؟ در این آزمون فرض‌های صفر و یک به صورت زیر مطرح‌اند:

$$\begin{cases} H_0 : \mu = \mu_0 \\ H_1 : \mu_i \neq \mu_0 \end{cases}$$



نمودار شماره ۱- حوزه‌های نیازمند دخالت، نظارت و کمک دولت در سلامت (Tabibi & Davoodi, 2017: 118)

در این آزمون از شاخصی موسوم به t که به صورت زیر است، استفاده می‌شود. همیشه دغدغه محقق، مقدار نمونه‌ای است که در اختیار دارد. معمولاً شاخص t را وقتی بکار می‌گیرند که تعداد نمونه‌ها کمتر از ۳۰ و واریانس جامعه نامعلوم باشد.

$$t = \frac{\bar{x} - \mu_0}{s / \sqrt{n}}$$

یکی از مشخصه‌های این شاخص، درجه آزادی آن است که با n-1 مشخص می‌شود. ویژگی که توزیع t دارد این است که وقتی تعداد نمونه‌ها از ۳۰ بیشتر شود با توزیع نرمال مطابقت پیدا می‌کند. آزمون t تک نمونه‌ای زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که یک نمونه از جامعه داریم و می‌خواهیم میانگین آن را با یک حالت معمول و رایج استاندارد و یا حتی یک عدد مورد انتظار مقایسه کنیم. در این آزمون فرض بر این است که نمونه‌ای به حجم n و میانگین m از یک جامعه انتخاب کرده‌ایم و می‌خواهیم بدانیم که آیا می‌توان این نمونه را یک نمونه تصادفی از جامعه دانست یا خیر؟ به عنوان مثال می‌توان مقایسه میزان شوری آب یک دریاچه با میانگین معمول شوری آب دریاچه‌ها، مقایسه میانگین درآمد مردم یک شهر در مقایسه با میانگین درآمد کل کشور، مقایسه مقدار روغن موجود در یک کنسرو تن ماهی تولید شده توسط یک کارخانه با مقدار استاندارد تعریف شده روغن در یک کنسرو تن ماهی و مقایسه میانگین معدل دانش آموزان یک کلاس با یک میانگین مورد انتظار را نام برد.

آزمون فرضیه اول

فرضیه: به نظر می‌رسد وضعیت سلامت و بهداشت در منطقه ۱۵ تهران از وضعیت مطلوبی برخوردار نمی‌باشد.

به منظور بررسی و مورد تحلیل قرار دادن آزمون فرضیه اول، به تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از پرسشنامه می‌پردازیم و پرسش‌های قسمت تحلیل اثرات نقش مسئولین و شهروندان بر ابعاد بهداشت و سلامت منطقه ۱۵ و مجموع پرسش‌های ۱ تا ۴ را بررسی می‌نماییم.

بر این اساس فرض  $H_0$  به این صورت است: به نظر می‌رسد وضعیت سلامت و بهداشت در منطقه ۱۵ تهران از وضعیت مطلوبی برخوردار است.

و فرض  $H_1$  نیز این گونه می‌باشد: به نظر می‌رسد وضعیت سلامت و بهداشت در منطقه ۱۵ تهران از وضعیت مطلوبی برخوردار نمی‌باشد.

اگر در تجزیه و تحلیل حاصل از نتایج پرسش‌نامه‌ها و مجموعه پرسش‌های ۱ تا ۴، سطح معناداری یعنی SIG کمتر از ضریب آلفا یعنی ۰/۰۵ باشد، یعنی فرض  $H_0$  رد می‌شود و  $H_1$  مورد تأیید قرار می‌گیرد ولی اگر بر خلاف آن باشد یعنی SIG بزرگ‌تر از ضریب آلفا باشد، پس از این رو فرض  $H_0$  مورد تأیید قرار می‌گیرد. حال به تجزیه و تحلیل فرضیه اول تحقیق از طریق آزمون T تک نمونه‌ای می‌پردازیم: در این آزمون ابتدا از تجزیه و تحلیل نتایج مجموعه چهار پرسش و از طریق دستور Compute variable میانگین گرفته و ستونی به نام فرضیه اول ایجاد می‌نماییم و سپس از طریق روش آزمون T تک نمونه‌ای، فرضیه اول را مورد بررسی قرار می‌دهیم که نتایج آن به صورت زیر به دست آمد:

جدول شماره ۱۱- نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل فرضیه اول از طریق آزمون T تک نمونه‌ای

One-Sample Test						
Test Value = 4						
t	درجه آزادی Df	سطح معناداری Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Difference	Interval of the Upper	
				Lower	Upper	
	۱۰/۰۴۸	۳۹۹	۰/۰۰۰	۰/۲۸۸۱۳	۰/۲۳۱۸	۰/۳۴۴۵

Source: (Research findings)

با توجه به جدول آزمون t تک نمونه‌ای، از آن جایی که سطح معناداری sig یعنی ۰/۰ کوچک‌تر از ضریب آلفا یعنی ۰/۰۵ شده است، پس فرضیه  $H_1$  مورد تأیید قرار می‌گیرد و فرضیه  $H_0$  رد می‌شود. پس از آن جایی که فرضیه  $H_0$  رد شده است، یعنی وضعیت سلامت و بهداشت در منطقه ۱۵ تهران از وضعیت مطلوبی برخوردار نمی‌باشد. از همین رو فرضیه حاضر به اثبات می‌رسد.

به منظور بررسی فرضیه دوم تحقیق به بررسی و تجزیه تحلیل پرسش‌های ۵ تا ۸ پرسشنامه (تحلیل اثرات کمبود و استقرار نامناسب مراکز درمانی) می‌پردازیم. در جهت تجزیه و تحلیل فرضیه دوم تحقیق نیز از روش آزمون T تک نمونه‌ای استفاده می‌نماییم.

جدول شماره ۱۲- نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل فرضیه دوم از طریق آزمون T تک نمونه‌ای

One-Sample Test						
Test Value = 1						
t	درجه آزادی df	سطح معناداری Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Difference	Interval of the Upper	
				Lower	Upper	
	۲۰/۳۴۸	۳۹۹	۰/۰۰۰	۰/۶۰۵۰۰	۰/۵۴۶۵	۰/۶۶۳۵

Source: (Research findings)

با توجه به جدول آزمون تک نمونه‌ای، از آن جایی که سطح معناداری sig یعنی ۰/۰۰۰ کوچکتر از ضریب آلفا یعنی ۰/۰۵ شده است، پس فرضیه H1 مورد تأیید قرار می‌گیرد و فرضیه H0 رد می‌شود. از آن جایی که فرضیه H0 رد شده است، یعنی به نظر می‌رسد کمبود سرانه بهداشتی- درمانی و استقرار نامناسب مراکز سلامت و بهداشت، از مهم‌ترین مشکلات مدیریت شهری در منطقه ۱۵ تهران نیست. از همین رو فرضیه حاضر به اثبات می‌رسد. تغییرات اپیدمیولوژی که به تازگی به دلیل تغییر در شرایط و شیوه زندگی مشهود است بار بیماری‌های غیر واگیر را در کشور افزایش داده است. در ایران بیماری‌های ناشی از شیوه زندگی ناسالم شایع‌ترین دلیل بیماری و مرگ و میر به شمار می‌رود. علاوه بر توسعه عوامل خطر تمایلات جدیدی در حوزه‌های فرهنگی و فن‌آوری رایج شده است که سبب تغییرات سریعی در شیوه زندگی افراد شده است، این امر موجب شیوع بیماری‌های غیر واگیر شده است. افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و شرایط ناتوان‌کننده، همراه با امید به زندگی بیشتر و افزایش میانگین سن افراد جامعه، از عوامل ثابت شده بار بیماری هستند. بیماری‌هایی همچون مشکلات قلب و عروقی، سرطان، دیابت، بیماری‌های مفصلی و مشکلات روانی، مسئول بخش عمده‌ای از مرگ‌ومیر و ناتوانی محسوب می‌شوند. قابل پیش‌بینی است که در آینده نزدیک بار بیماری‌های وابسته به رفتار بیشتر هم می‌شود.

#### References

- Onak, N. 2005, Investigating the Relationship between Social Capital and Quality of Life, Master's Thesis, Faculty of Social Sciences, Tehran (17). (in persian).
- Asayesh, H. 2001. Measurement of quality of life in one hundred large cities, Quarterly Journal of Urban Planning, No. 8. (11). (in persian).
- Bahraini, Seyyed Hossein (1999), Modernization, Faratjard and then in Urban Development, Tehran University Press (97). (in persian).
- Bazmi Farouji, R, 2014, Sociological Survey of Generation, Action Space and Social Health (A Study in Mashhad), Master's Theses, Al-Zahra University, Faculty of Economics & Accounting (88). (in persian).
- Bound, j. & Kourner, l. 2010, quality of life and the elderly, translated by Hossein Moghagheghi, Kamal, Tehran, Dengue Publishing (95).
- Bahmani, B. 2010, Evaluation of the quality of life of students of medical sciences universities and their relationship with the religious attitude, High Council of Cultural Revolution. (145). (in persian).
- Tajfirozeh, h.2014, The Relationship between Quality of Life Dimensions with Healthy Life Style among Public Officers in Marivan County, Master's Thesis, Tarbiat Moalem University, Tehran - Faculty of Literature and Humanities (118). (in persian).
- Haghighi, P.1959, Designing a Health and Living Center for Elderly with a Satisfaction Approach in Tehran, Master's Thesis, Shahid Rajaei Tarbiat Modares University, Faculty of Architecture and Urban Planning (115). (in persian).
- KhedmatiMorasah, A.2010, Investigating the socio-economic inequality in mental health status and its determinants among residents of Tehran in 2008, Master's thesis, University of Welfare and Rehabilitation Sciences (101). (in persian).
- Mohammadi, N. & Rafieifar, Sh., Health Education Tutorial, Ministry of Health - Vol. I, Third Edition (65). (in persian).
- Delshad, A. & A.alemi. 2007-2008, Incremental Planning for Community Organization, A Practical Step to Promoting Health The narrative of community organization at the Center for Social Development and Promotion of Gonabad Samet (affiliated to Gonabad University of Medical Sciences), Fifth International Management Conference (75). (in persian).
- Dorodian, A. 2012, Sociological Explanation of Mental Health among Tehrani Citizens, Master's Thesis, Faculty of Literature and Humanities (88). (in persian).

- Dehestanlangroudi, A. 2013, Center for the Maintenance and Dissemination of Unprovoked and Bad Guys with Mental Health Approach in Social Environments, Master's Thesis, Mohaghegh Ardebili University - Faculty of Arts and Architecture (42). (in persian).
- Rabbani, A. & Kianpour, M. 2007, Proposed Model for Quality of Life, Isfahan Case Study, Faculty of Humanities Journal, No. 58-59 (18). (in persian).
- Rostami Motamed, M. 2014, Comparison of developmental motivation, value orientation and mental health in working children with ordinary school students, Master's degree dissertation, Islamic Azad University, Tehran Central Branch - Faculty of Education and Psychology (80). (in persian).
- Rasouli Nezhad, P. 2014, The Relationship between Lifestyle and Social Health in Talesh, Master's Thesis, Yazd University, Faculty of Social Sciences (45). (in persian).
- Rezvani, M. And Mansourian, h. 1998, Quality of Life Measurement: A survey of concepts, indices and models and the proposed model for rural areas, Quarterly Journal of Village and Development, 11, 3 (29). (in persian).
- Solayman Maghoni, Sara. 2000, Student's Mental Health Status, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Master's Thesis, Allameh Tabataba'i University, Faculty of Social Sciences (155). (in persian).
- Seifodini, Farank. 2002, Urban and Regional Planning Vocabulary Dictionary Second Edition, Shiraz, Shiraz Publications (77). (in persian).
- Arefi, kh. 2009, The Effectiveness of Life Skills Training in Mental Health of First Grade Students in Dezful University, Master's Thesis, Payame Noor University of Tehran - Payame Noor Center of Tehran - Faculty of Humanities (96). (in persian).
- Ghaffari, Gh. And omidi, R. 2009 Quality of Life, Social Development Index, Tehran: Shiraz Publishing (115). (in persian).
- Fatahi, S. 2010, Reviewing and evaluating low income housing supply methods and policies Case study: New Town of Parand, Master's thesis, Isfahan University of Art (46). (in persian).
- Faraji Molaei, A., 2010, Analysis of Indicators of Urban Quality of Life and Planning for Improvement, Case of Babolsar, Master's Degree in Geography and Urban Planning, University of Tehran (38). (in persian).
- fami ladani, F, 2010, The Effect of Self-management Program on Self-efficacy and Health Status of Patients with Multiple Sclerosis referred to the MS Society of Iran, Master's Degree, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (80). (in persian).
- Kokbabi, A., 2005, Planning to Improve the Quality of City Life in the City Center. Case Study of the Central Region of Khorramabad, Master's Degree Program at Tarbiat Modares University, Tehran (20). (in persian).
- Golinsharif dini, j. 2010, Quality of Life in Informal Settlements in Tehran Metropolis (Case Study: Islamabad, Salehabad), Master's Thesis for Geography and Urban Planning, University of Tehran (35). (in persian).
- Mazosaz, S. 2014, Evaluation of the effect of developmental indices on the exposure ratio of urban households to the cost of healthcare in Iran during the years 2011-2005, master's thesis, Payame Noor University of Tehran - Payame Noor Center of Tehran - Faculty of Economics (112). (in persian).
- Mohammad Khani Shali, A., 2011, The Effect of Group Cognitive Knowledge on Reducing Health Anxiety and Change in Health Control and Metacognition Beliefs in Nursing Students, Master's Thesis, Payame Noor University of Tehran - Payame Noor Center of Tehran - Faculty of Humanities (68). (in persian).
- Noor Mohammadi Najafabadi, M., 2014, The Relationship between Islamic lifestyle and mental health and resilience of students of Kashan University, Master's Degree, Faculty of Literature and Humanities (93). (in persian).
- Mohammadzadeh, F. 2012, Investigating Methods of Small Area Estimation on Health Data, Master's Degree, Tarbiat Modares University - Faculty of Medical Sciences (45). (in persian).



- Mohammadi Asl, R.2016, Surveying the level of social health and related factors (Case study: female headed households covered by the welfare organization of Khoy city), Master's thesis, Tabriz University - Faculty of Law and Political Science (55). (in persian).
- Mokhtari, M. & Nazari,j.2010, Sociology of Quality of Life, Publications of Sociologists (114). (in persian).
- Mardani, A.2014, A Survey on the Factors Affecting the Social Health of Yazd University Students, Master's Thesis, Yazd University - Faculty of Social Sciences (77). (in persian).
- Mofidi, s. 2015, college and campus of women's health in Gorgan, Master's thesis, Gonbad-e-Kavus University - Faculty of Arts and Architecture (112). (in persian).
- Nejat, S.. Designing the Application of Health Knowledge Application in the Elderly of the Iranian Society A Basic Theory Study, Master's Thesis, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (45). (in persian).
- Nowroozi, L.2013, Investigating the Organizational Health and its Relationship with Management Styles in Ray's Secondary Schools (District 2, Kahrizak), Master's Thesis, Payame Noor University of Tehran - Payame Noor Center, Tehran South (88). (in persian).
- Nikvars, T. 2010, A Survey on the Factors Affecting the Social Health Level of Female and Female Students of Shahid Bahonar University of Kerman, Master's Thesis, Shahid Bahonar University of Kerman - Faculty of Literature and Humanities (65). (in persian).
- Muhammad, P. 2001, Health Promotion Dictionary - Ministry of Health and Medical Education (44). (in persian).
- Vahid Fazel, F.2012, Social Health of Youth and Its Effective Factors in Tehran, Master's Thesis, Al-Zahra University, Faculty of Economics and Accounting (97 items). (in persian).
- Yar Mohammadi, A.2014, The Relationship between Spirituality and Mental Health of High School Students in Tehran, Master's Degree, Islamic Azad University, Tehran Central Branch - Faculty of Educational Sciences and Psychology (67-77). (in persian).
- Ministry of Health and Medical Education (2010) A comprehensive scientific health plan. (in persian).
- Ministry of Health and Medical Education. 2004, National Document on Development of the Healthcare Section in the Fourth Economic, Social and Cultural Development Plan of the country. (in persian).
- Stiglitz, J. 2012, General Economics Department, Translation by Mohammad Mehdi Asgari, Tehran, Research Institute of Publications and Universities
- Tabibi, M. And dawoodi, ah. 2017, Determining the Priorities of Government Intervention in the Health System in Iran Based on the Survey of Methodology Experts (AHP), Quarterly Journal of Financial and Economic Policies, Vol. 5, No. 19 (105-1138). (in persian).
- [https://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/abstract/2011/sarshomari90\\_nahaii.pdf](https://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/abstract/2011/sarshomari90_nahaii.pdf) Population and Housing Census in Tehran, 2011
- <http://region15.tehran.ir> Municipality of District 15 of Tehran