

پروژه‌های شهر سالم و شهرنشینی

مهدی علمی

مربی دانشکده مهندسی عمران دانشگاه

صنعتی شریف

حسنعلی لقایی

استادیار گروه شهرسازی دانشکده هنرهای زیبای

دانشگاه تهران

چکیده:

در دهه اخیر به دنبال رشد روزافزون جمعیت و تمرکز قطبهای صنعتی در شهرها به ناچار برای ارتقاء کیفیت زیست، تلاشهای گسترده‌ای به عمل آمد و پس از مسلم شدن تاثیر مخرب شهرنشینی بر بهداشت انسانها، پروژه شهرهای سالم در چارچوب «سلامتی برای همه در سال ۲۰۰۰» توسط سازمان بهداشت جهانی مطرح و پی‌ریزی گردید. در این مقاله ضمن مطالعات جمعیتی شهرها و مقایسه نقش بهداشت با درمان در سلامتی شهروندان به بررسی اجمالی زمینه‌ها و مفاهیم و پارامترهای کیفی و متدولوژی پروژه شهرهای سالم پرداخته شده است.

Healthy City Projects and Urbanization

Mehdi Elmi

Lecturer of Civil Engineering Dept.

Sharif Univ. of Technology

H.A. Laghaee

Assistant professor of Fine Arts

Faculty Tehran Univ.

ABSTRACT:

During last decade, following the ever increasing population growth and centralization of industrial poles in big cities many activities for health promotion had been forced maturely.

Following determination of the deterioration effects of the urbanization on the human health, healthy city projects had established by the world health organization in the boundary of "health for all by 2000" in this paper the essence of population dynamics in the cities, comparision of the roles of the health promotion and the treatment for citizens, Accompanied by the overall investigations on bases, objectives quality parameters and methodology of stablishing healthy cities are discussed and analyzed.

مقدمه:
همگام با افزایش جمعیت جهان بعد از انقلاب صنعتی اروپا، رشد شهرها و توسعه شهرنشینی تخریب محیط طبیعی و بروز آلودگی‌های محیطی را پدید آورد و تاثیرات سوء شهرنشینی بر بهداشت انسانها تقدم مقررات بهداشتی بر شهرسازی را ابتدا در اروپا و برای اولین بار در انگلستان در سال ۱۸۳۲ باعث گردید. تحقیقات به عمل آمده گویای نقش اساسی بهداشت

در مقابل درمان و پزشکی در تامین سلامتی شهروندان بوده [۸] تا اینکه در سال ۱۹۷۷ «اصول سلامتی برای همه در سال ۲۰۰۰» به تصویب انجمن سلامتی دنیا رسید [۱۰] و در چارچوب آن پروژه شهرهای سالم با تلاشهای مستمر و فراگیر سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۱ راه‌اندازی شد. هدف اصلی پروژه شهرهای سالم ارتقاء مداوم سلامتی

1- World Health Organization

و گسترش آن می‌باشد که با توجه به مسائل خاص هر شهر فرآیند پروژه متفاوت خواهد بود.

اکنون بیش از هزار شهر در دنیا در پروژه شهرهای سالم فعالیت دارند. در کشور ما نیز از آذرماه ۱۳۷۰ کوی سیزده آبان بعنوان منطقه آزمایشی پروژه شهر سالم انتخاب و شروع به فعالیت نموده و به تدریج در شهرهای بزرگ دیگر نیز این پروژه در حال گسترش می‌باشد.

زمینه شهری

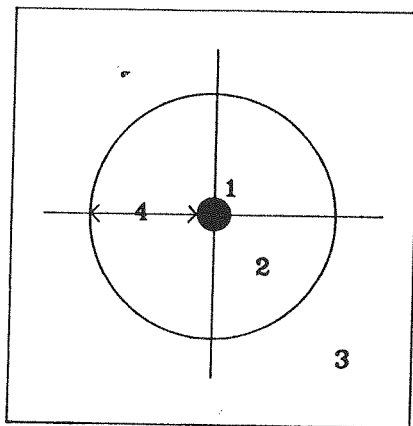
شهریکی از پدیده‌هایی است که توسط انسان در محیط زیست به منظور اسکان، تامین معیشت (کار و فعالیت)، داشتن روابط اجتماعی و اقتصادی و مبادلات علمی و فرهنگی در طول تاریخ ایجاد شده است [۲] و همواره بعنوان مرکزی برای اداره مناطق وسیعتر مطرح بوده است. در جوامع ماقبل صنعتی رشد و گسترش شهر در ارتباط با حوزه تحت کنترل کشاورزی آن بوده است. در حقیقت هر قدر شهر

۱- قطب روستایی

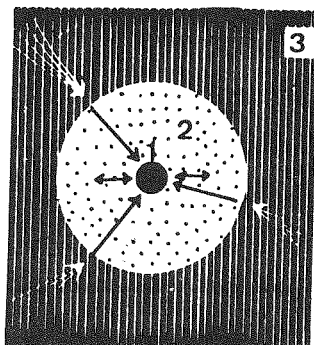
۲- حوزه نفوذ (وسعت اراضی کشاورزی)

۳- فضای خارجی

مأخذ: دی، سوپرا [مرجع شماره ۱۵ صفحه ۶۴]



مدل ساختار جامعه ماقبل صنعتی



مدل ابتدائی ساختار جامعه صنعتی

۱- قطب جاذب صنعتی

۲- حوزه سکونت‌گاهی حاشیه‌ای و حرکت روزانه

۳- فضای مهاجر فرست

مأخذ: دی، سوپرا [مرجع شماره ۱۵ صفحه ۶۹]

بزرگتر و قدرت آن بیشتر بوده، محدوده‌های وسیعتری را در پوشش و نفوذ خود داشته است [۱۵] و به عبارت دیگر قدرت و رشد اقتصادی - اجتماعی شهر در ارتباط با میزان تولید و مبادلات کشاورزی و ساختارهای مورد نیاز آن در منطقه بوده و سهم فعالیت‌های غیر کشاورزی چیزی بیشتر از حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد از مجموع فعالیتها نبوده است و رشد و توسعه شهرها به تدریج و با فرآیند رسوبی آهسته‌ای از ساختارهای کالبدی و اجتماعی و اقتصادی شکل می‌گرفت.

انقلاب صنعتی اروپا، ضرورت تمرکز بیشتر را برای تولید، نیاز داشت بدین ترتیب اهمیت شهر روز بروز افزون شد. اهمیت حوزه نفوذ شهر در فرستادن نیروی کار جدید به شهرها و دسترسی به منابع و داشتن محیط مناسب باعث تفاوت در شهرهای مختلف شد و بدین ترتیب قطب‌های متمرکز صنعتی بوجود آمد که تمرکز بیشتر، قدرت بیشتر و توسعه بیشتر را سبب گردید.

در انقلاب صنعتی نقش و عملکرد رشد و نحوه برخورد آن با محیط زیست (محیط طبیعی پیرامون) دگرگون شد. کار متمرکز، بهره برداری از منابع طبیعی در دسترس با هدف تولید بیشتر و ارزاتر و پیشرفت تکنولوژی باعث فرسایش سریع محیط طبیعی و بروز آلودگیها در محیط گردید. همزمان با تمرکز و افزایش جمعیت و سرعت گسترش شهرها شرایط زیستی در شهر روز بروز نامطلوب تر گردید. [۱]

بطور کلی عوامل گسترش شهرها را بدنبال انقلاب صنعتی می توان به شرح زیر خلاصه نمود. [۲]

- ۱- تحول در حمل و نقل و سرعت مبادلات، به طوری که این تحول، حرکت بشر را به چند برابر سرعتهای قبلی رساند.
- ۲- پیدایش تخصص و تقسیم کار و نیاز شهرها به نیروی کار ماهر و متخصص.
- ۳- ازدیاد جمعیت با پیشرفت در علم پزشکی و تحولات بهداشتی در جلوگیری از بیماریهای واگیردار و کاهش مرگ و میر.
- ۴- توسعه مهاجرتها با تغییر ساختار فعالیتها در سرزمین و ایجاد قطبهای جاذب نیروی انسانی.
- ۵- تمرکز صنعت و تجارت و نقش شهر در بوجود آوردن نظام جدید تولید و توزیع.
- ۶- توسعه مراودات اقتصادی با گسترش بازارهای خرید و افزایش جمعیت مصرف کننده.
- ۷- بالا رفتن سطح درآمد با اشتغال به حرف متفاوت در شهرها.
- ۸- تنوع مشاغل در تفاوت با جامعه ماقبل صنعتی.
- ۹- پیدایش و گسترش وسایل ارتباط جمعی و تغییر روابط اجتماعی.

فرآیند رشد شهرنشینی در جهان

شهرنشینی امری است محتوم که در دو بعد قابل ملاحظه است. اول از نظر درصد جمعیت شهرنشین نسبت به کل جمعیت کشورها و دیگر از نظر تعداد که باتوجه به «انفجار جمعیت» اهمیت ویژه می یابد، بعد سومی را که می توان اضافه نمود تفاوت فرآیند شهرنشینی (از نظر تعداد و درصد) در کشورهای مختلف است که در نهایت مسأله کیفیت زیستی را مطرح می نماید.

از دیدگاه جهانی در سال ۱۹۵۰ تنها ۲۹٪ از جمعیت جهان در شهرها زندگی کرده اند و این رقم تا سال ۱۹۹۰ به

بیش از ۴۵٪ کل جمعیت جهان رسیده است.

پیش بینی می شود تا سال ۲۰۰۰ جمعیت شهرنشین به ۵۱ درصد بالغ شود و با فرض همین مقدار افزایش تا سال ۲۰۲۰، ۶۲ درصد کل جمعیت جهان در شهرها ساکن خواهند شد. [۶]

علت این رشد فزاینده جمعیت در شهرها دو عامل اساسی است:

اول افزایش جمعیت به دلیل نرخ بالای تولد و کاهش مرگ و میر و دوم مهاجرت آنها به شهرها که نتیجه طبیعی این افزایش جمعیت است.

باتوجه به مطالعات بخش جمعیت سازمان ملل که رشد جمعیت شهرنشین از سال ۱۹۵۰ تا ۲۰۲۵ را مورد بررسی قرار داده (نمودار ۱) دیده می شود که از سال ۱۹۸۵ شیب منحنی رشد کشورهای توسعه یافته (D.C.)^۱ تقلیل یافته و پیش بینی شده که از سال ۲۰۰۰ این شیب مجدداً تعدیل گردد. اما در منحنی مربوط به کشورهای در حال توسعه دیده می شود که درست در همین سال ۱۹۸۵ شیب منحنی افزایش یافته و از سال ۲۰۰۰ نیز مجدداً شیب بیشتری را شامل خواهد گردید.

در نمودار درصد تغییرات جمعیتی در مناطق روستایی و شهری کشورهای در حال توسعه (نمودار ۲) به وضوح تمرکز جمعیت شهرنشین کشورها را می توان ملاحظه نمود.

نمودار (۳) مقایسه ای بین جمعیت شهرنشین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه را نشان می دهد که تاکید مجدد بر نرخ بالای رشد شهرنشینی در کشورهای در حال توسعه می باشد. گرچه درصد شهرنشینی این کشورها حتی تا سال ۲۰۲۵ حدوداً ۲۲٪ کمتر از کشورهای توسعه یافته خواهد بود، اما میزان جمعیت بالای آنها باز همان نتیجه نمودار یک را به دست می دهد. [۶]

توجه به این نکته نیز حائز اهمیت است که سیر انتقال جمعیت در کشورهای در حال توسعه از اشتغال کشاورزی به خدماتی است، حال آنکه در کشورهای پیشرفته این مسیر از اشتغال کشاورزی به صنعت می باشد و فقط مازاد آن به بخش خدماتی منتقل می شود.

1- Developed Countries

شهرنشینی و بهداشت انسانها

تغییرات جمعیتی صدمات مهلکی به شرایط اکولوژیکی، اقتصادی و اجتماعی و بالطبع به سلامتی و بهداشت انسانها در شهرها وارد خواهد کرد (که نهایتاً تراکم جمعیت مشکلات اجتماعی بیشتری را به دنبال خواهد داشت و محیطهای کمتر قابل کنترل و هدایت را بوجود خواهد آورد).

شهرنشینی سریع باعث تولید آلودگیهای مختلف، تراکم جمعیت، تخریب زمینها و منابع آب اطراف شهرها می شود. طبق مطالعات کمیته منطقه‌ای مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی شهروندان کم درآمد از بیماریهای ارثی که ناشی از فقر کشورهای درحال توسعه و بیماریهای مزمنی که حاصل مدرنیزاسیون است رنج می‌برند [۹]. با اینکه فقرا و پولدارها توأم از آلودگی محیط زیست در عذابند، اما فقرا از بیماریهای قابل انتقال بیشتری تاثیر می‌پذیرند و افراد با درآمد بالا ممکن است به بیماریهایی که ناشی از «افراط» معروفند دچار شوند.

میزان سلامت افراد شهرنشین بستگی زیادی با سطح درآمد آنها، نوع همسایگان، شرایط زیست محیطی، میزان سواد و فرهنگ الگوی زندگی و عوامل دیگر دارد. این وضعیت با رشد سریع شهرنشینی شکل پیچیده‌تری بخود می‌گیرد و عوامل بالا را تشدید می‌کند.

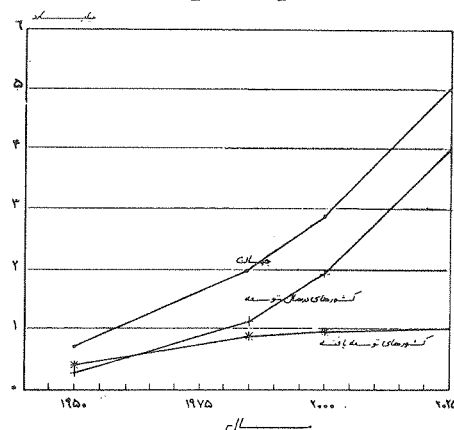
تفکر اقدامات بهداشتی در شهرسازی

در اثر همین رشد جمعیت شهرنشین و تاثیر مخرب آن بر بهداشت انسانها به تدریج مقررات بهداشتی مقدم بر مقررات شهرسازی شده به طوری که در انگلستان اولین کوششهای جدی و واقعی برای بهبود شرایط بهداشتی شهر پس از تجدید نظر در قانون انتخاباتی ۱۸۳۲ انجام یافت و اولین نتیجه آن قانون سال ۱۸۴۴ برای لندن بود که حداقل ضروریات بهداشتی را جهت واحدهای مسکونی تعیین نمود و استفاده از زیرزمین را برای سکونت از ژوئیه ۱۸۴۶ به بعد ممنوع کرد و در همین سال اولین قانون برای احداث حمام و رختشویخانه عمومی در پایتخت نیز تصویب شد [۲] و این روند در اکثر کشورهای پیشرفته دنیا ادامه یافت.

در قرن نوزدهم در اروپا و شمال آمریکا رشد سریع صنعتی شهرها شرایطی را ایجاد کرد که بیماری همه گیر شایع شد و شهرها به مقابله با این امر برخاستند و مطالعات

نمودار (۱)

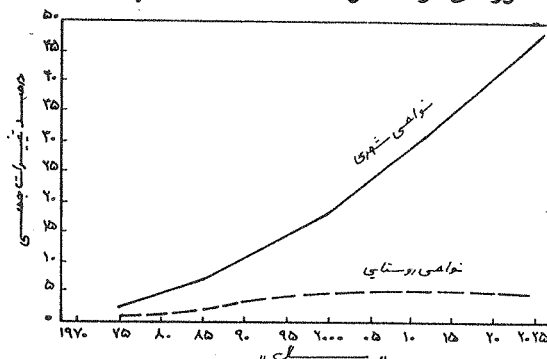
افزایش جمعیت شهرهای جهان و کشورهای درحال توسعه ۱۹۵۰-۲۰۲۵



مأخذ: سازمان بهداشت جهانی [مرجع شماره ۹]

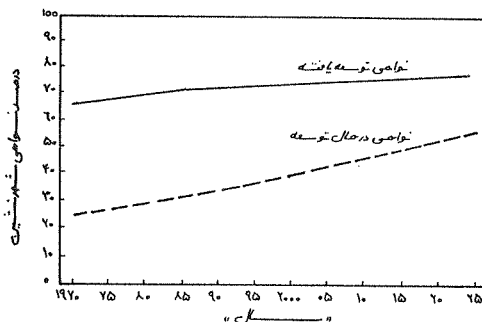
نمودار (۲)

درصد تغییرات در جمعیت‌های نواحی شهری و روستایی کشورهای درحال توسعه تا سال ۲۰۲۵ «مبنای ۱۹۷۰»



نمودار (۳)

نسبت جمعیت نواحی شهری در کشورهای درحال توسعه و توسعه یافته ۱۹۷۰-۲۰۲۵



مأخذ: سازمان بهداشت جهانی [مرجع شماره ۹]

و تحقیقات عدیده‌ایی روی تاثیر بهداشت از یک سو و نقش درمان در کاهش مرگ و میرها از سوی دیگر به عمل آمد و شاید مهمترین آنها تحقیقات پرفسور مک کئون (McKeown) (1976) درباره تغییرات مرگ و میر و رشد جمعیت در خلال ۱۵۰ سال گذشته باشد. طبق تحقیقات وی [۸] در تاریخچه نژاد انسان، بیشتر از همه کودکان در اولین سالهای زندگی خود مرده‌اند و میزان بالای مرگ و میر در گذشته به دلیل بیماریهای عفونی ناشی از عوامل فقر، سوء تغذیه و یا محیطهای غیربهداشتی در جمعیتهای آسیب پذیر بوده است. مک کئون ۸۰ تا ۹۰ درصد کاهش کلی میزان مرگ و میر در ۱۵۰ سال گذشته را در کاهش بیماریهای عفونی از قبیل سل، عفونتهای ریوی، اسهال ناشی از آب و غذای آلوده اعلام داشته است. در تحلیل وی به استثنای واکسیناسیون علیه آبله، درمان تاثیر زیادی روی مرگ و میر قبل از عصر حاضر نداشته است. [۸]

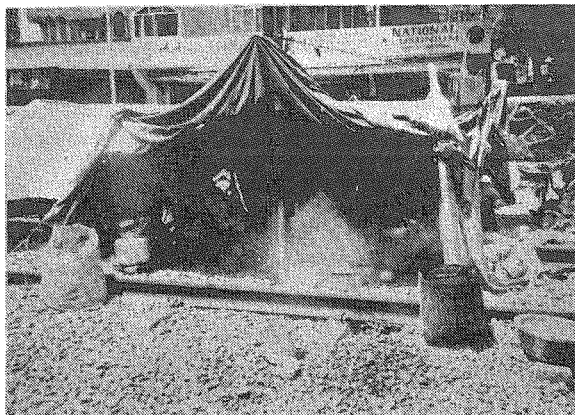
البته امروزه در کشورهای پیشرفته بیماریهای غیر عفونی نظیر

بیماریهای قلبی، سرطان و سوانح مسبب اصلی مرگ می باشند. نتیجه آنکه، نقش درمان و پزشکی در آینده اطمینان بخشیدن به مراقبت خوب برای افراد پیر و ناتوان می باشد تا افزایش امید زندگی بشر در هنگام تولد و در عوض ارتقاء بهداشت، پتانسیلی برای افزایش امید به زندگی و رفاه در طول زندگی دارد.

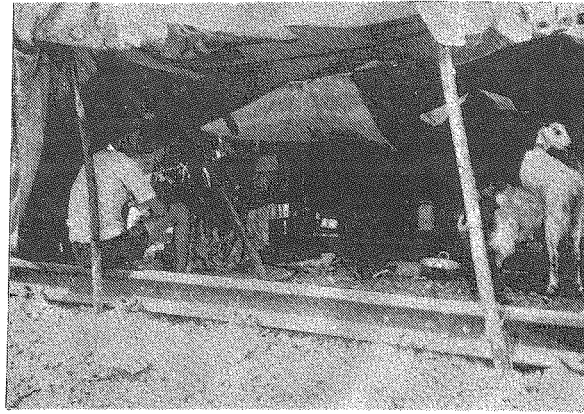
این نتیجه گیری برای کشورهای در حال توسعه و جوامع فقیر دو چندان بوده به طوری که با اندکی بررسی پیرامون زندگی فقیرنشینان شهری می توان دریافت که بعنوان مثال برای مردم ساکن حلبی آبادها که در فضای ۲-۳ مترمربعی سرپناه خود تمامی امور زندگی از قبیل پخت و پز غذا و شستشوی فردی را انجام می دهند مراقبت های بهداشتی نسبت به درمان نقش اصلی را خواهند داشت. آنچه که در شکل های زیر می بینید قسمتی از یک منطقه کپر نشین در بمبئی هندوستان است که در فروردین ۷۳ تصویر برداری شده است.



شکل (۱) همجواری مسکن با فاضلاب رویان، زیاله، تعمیرگاه و...



شکل (۲) انجام فعالیت های مختلف زندگی در یک مکان



شکل (۳) زندگی مشترک انسان و دام در زیر یک چادر!

«بیماریهای پولدارها» معروف است دچار می‌شوند (نظیر ا دیابت، تشنجهای عصبی و ناراحتیهای قلبی ناشی از مصرف بی‌رویه مواد غذایی و کم تحرکی و عدم فعالیت). [۹]

سلامتی برای همه "Health for All"

باتوجه به موارد فوق لزوم توجه به بهداشت در شهرها در صدر برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت و با این ایده که سلامتی و بهداشت فراتر از درمان بیماریهاست تلاشهای عديده‌ای به عمل آورد.

در سال ۱۹۷۷ در اجلاس سالانه بهداشت جهانی World Health Assembly این مطلب به تصویب رسید و مطابق فهرست زیر «سلامتی برای همه در سال ۲۰۰۰» در شش اصل مورد قبول واقع شد. [۱۰]

۱- سلامتی برای همه (H.F.A) دلالت بر عدالت دارد. این بدان معنی است که بی‌عدالتی کنونی در بین کشورها و در داخل هر کشور تا حد ممکن کاهش یابد.

۲- هدف اینست که به مردم احساس و درک مثبت در مورد سلامتی داده شود تا آنها بتوانند استفاده کامل از ظرفیت فیزیکی، روحی و اجتماعی خود بنمایند و اصل باید بر بالا بردن سطح سلامتی و جلوگیری از ایجاد بیماری بنا شده باشد.

۳- حصول سلامتی برای همه بوسیله خود مردم خواهد بود و یک مشارکت اجتماعی بصیر، برانگیخته و فعال، عنصر کلیدی برای رسیدن به این هدف مشترک می‌باشد.

۴- سلامتی برای همه نیازمند هماهنگی اجرائی در همه

به عقیده طرفداران محیط زیست شیوه زندگی مدرن شهری که مبتنی بر استفاده بیش از حد از منابع و تولید بی‌اندازه ضایعات است، موجب بحران اکولوژیکی جاری در تخریب لایه اوزون و گرم شدن بیش از حد کره زمین و اثرات زیانبار جانبی آن شده است. به نظر آنها محیط شهرها دارای یک اکولوژی مصنوعی است که تاثیر مخربی بر اکوسیستم طبیعی و محیط زیست فیزیکی و اجتماعی دارد. اگر به دیدگاههای فوق عمیقتر نگریسته و مسائل اکولوژیکی و اسکان بشر در نظر گرفته شود اهمیت بهداشت و خدمات بهداشتی در شهرها بیش از پیش آشکار می‌شود.

چنانچه به میزبان (شهروندان) و محیط (محیط زیست فیزیکی و اجتماعی) دقیق شویم تصویر بهتری از سلامت انسانها در شهر به دست می‌آوریم که روابط بین میزبان و محیط در واقع همان «شیوه زندگی» است. [۹]

هرسه این عوامل شاخصهایی برای تامین سلامت در شهرها به حساب می‌آیند.

جمعیت شهرنشین دارای ترکیب یکدست و یکنواختی نبوده و ترکیبی از گروههای با درآمد کم، متوسط و بالاست. طبیعتاً بهداشت و سلامت در میان این گروهها متناسب با شرایط فیزیکی، محیط زیست و شیوه زندگی آنها متفاوت خواهد بود. شهروندان کم درآمد فیمابین شرایط صنعتی و توسعه یافتگی گیر کرده و مشکلات شیوه زندگی و بیماریهایی که دامنگیر آنها می‌شود متاثر از هر دوی این شرایط می‌باشد. شهروندان با درآمد بالا نیز به آلودگی محیط زیست و بیماریهای اجتماعی و بیماریهایی که بعنوان

بخشها می‌باشد و اولیای امور سلامتی و بهداشت فقط قسمتی از مشکلات را می‌توانند بر طرف کنند.

۵- سیستم مراقبت از سلامتی باید بر مراقبت‌های اولیه از تندرستی متمرکز باشد به طوری که خدمات قابل دسترسی را برای مردمی که زندگی و کار می‌کنند فراهم نماید.

۶- مشکلات سلامتی باید از مرزهای ملی فراتر رود. آلودگی منتقله از هر کشور و تجارت محصولات مضر بهداشتی مثالهای روشن مشکلاتی هستند که حل آنها نیازمند همکاری بین‌المللی می‌باشد.

هدف بهداشت برای همه

هدف اصلی، تلاش در جهت رسیدن تمام مردم جهان به سطح قابل قبولی از نظر بهداشت تا سال ۲۰۰۰ میلادی می‌باشد تا همه بتوانند از یک زندگی سالم و مفید از نظر اقتصادی و اجتماعی بهره‌مند گردند.

بطور خلاصه ارتقاء سلامتی بعنوان ستون فقرات بهداشت عمومی جدید کلید مفهوم استراتژی «بهداشت برای همه» می‌باشد.

در سال ۱۹۸۶ در منشور اوتاوا Ottawa Charter for Health Promotion تعریف‌های بیشتر ارتقاء سلامتی در زمینه‌های استراتژیک و سیاست‌گذاری پدید آمد [۱۰] در منشور اوتاوا در نظر گرفته شده که:

- ۱- تصمیمات سیاسی، خود کلید راهگشای سلامتی است.
- ۲- محیط‌های حامی فیزیکی و اجتماعی در برقراری شرایط بهداشتی بسیار مهم هستند.
- ۳- خود جامعه می‌تواند و باید نقش مهمی در حفظ و اجرای سلامتی بازی کند.
- ۴- مهارت‌های شخصی برای سلامتی باید گسترش یابد.
- ۵- خدمات بهداشتی موجود بازمینی و جهت دهی مجدد شود.

به این ترتیب پروژه شهرهای سالم در چارچوب سلامتی برای همه و ارتقاء سلامتی راه‌اندازی شد که از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی به معنای پیشبرد بهداشت و دستیابی به ارکان بهداشت برای همه در این جهان صنعتی می‌باشد.

مفهوم شهر سالم

اکثراً در تاریخ ثبت شده که شهرها خصوصاً برای شهروندان فقیرشان مکان‌های سالمی برای زندگی نبوده‌اند، بعنوان یک نتیجه از مسکن فقیران، محیط فیزیکی و میزان بالای مرگ و میر در شهرهای صنعتی، حرکت بهداشتی عمومی قرن اخیر بصورت فعلی درآمد. غیر تصادفی است که برنامه‌ریزی شهری اصولش را در بهداشت عمومی داشت، وحشت صرف از زندگی شهری در قرن اخیر، در نظر گرفتن یک شهر آرمانی را به خیلی از متفکرین القاء کرده است. [۸]

به نظر Ward Richardson (۱۸۷۵ م) «چنین شهری هوای تمیز، حمل و نقل عمومی، بیمارستان‌های کوچک محلی و خانه‌های سالمندان خواهد داشت و هیچگونه مصرف الکل و دخانیات در آن دیده نمی‌شود». [۸]

عقاید وی در Ebenezer Howard شهرساز اثر کرد که اولین «باغ شهر» را در حومه‌های لندن در سال ۱۸۹۰ بعنوان راه حل فنی محله‌های کثیف و پرجمعیت ارائه نمود.

کنستانتین دوکسیادیس Constantin Doxiadis از طراحان شهری با نفوذ اشاره می‌کند که «خارج از تمامی تعاریفی که در مورد هدف این شهر که ما به ارث گذاشته‌ایم تنها چیزی که برای تمامی جوامع بشری معتبر است آن گفته ارسطو است که می‌گوید: شهروند خود را خوشحال و تامین نمائید». [۱۱]

دوکسیادیس برای تعمیم حرف خود و ترویج هدفش برای شهر چنین ادامه می‌دهد «برای شهروندان امنیت و خوشحالی فراهم آورید و آنها را در روابط انسانی یاری دهید». کورین لینچ طراح شهری بعنوان یک ایده شخصی برای شهر سالم یا در این حالت بگوئیم یک شهر «خوب» سه اصل زیر را قائل می‌شود: [۳]

اصل معاش

فراهم آوردن غذا، سوخت، آب، هوای سالم و از بین بردن ضایعات.

اصل امنیت

مکانی برای اسکان خوب است که در آن خطرات، سموم و بیماریها وجود ندارند و یا کنترل می‌شوند و ترس از مواجهه با آنها بسیار کم می‌باشد و آن محیط امن فیزیکی می‌باشد.

تعهدی برای بهداشتی شدن و ساختار و فراگردی برای حصول به آن داشته باشد.

کیفیت‌های شهر سالم

یک شهر سالم به مجموعه‌ای کیفی از یک شهر اطلاق می‌گردد که کیفیت‌های زیر را دارا باشد. [۱۰]

۱- محیط فیزیکی با کیفیت بالای تمیزی و امنیت (شامل مسکن).

۲- داشتن اکوسیستم پایدار در حال و آینده.

۳- داشتن یک جامعه قوی و هماهنگ و بدون تفرقه.

۴- دارا بودن حد اعلا‌ی مشارکت عمومی حاکم بر زندگی، بهداشت و رفاه مردم.

۵- دارا بودن مجموعه‌ای از نیازهای اساسی (برای آب، غذا، سرپناه، درآمد، امنیت و کار) برای تمام مردم شهر.

۶- دسترسی به سطح وسیع تجربیات و منابع با امکان برخورد، تماس و ارتباط وسیع عمومی.

۷- داشتن اقتصاد شهری چند پایه، ضروری و متناسب با روز (ابداعی).

۸- تشویق ارتباط با گذشته در فرهنگ و میراث بیولوژیکی ساکنین شهر و دیگر گروه‌های مستقل.

۹- داشتن شکل سازگار و افزایشده خصیصه‌های گذشته شهر.

۱۰- داشتن سطح بهینه بهداشت عمومی مقتضی و خدمات مراقبت بیماران برای عموم.

۱۱- دارا بودن سطح بالای بهداشت و سطح پائین بیماری.

پروژه شهر سالم در کشورهای جهان

هم اکنون علاوه بر ۳۵ شهر اروپائی که مستقیماً در پروژه شهر سالم شرکت دارند، شبکه‌های ملی و ناحیه‌ای شامل ۴۰۰ شهر در اروپا، استرالیا، کانادا و آمریکا برقرار شده و حرکت در کشورهای در حال توسعه بسرعت روبه گسترش است. [۱۲]

شبکه‌های ناحیه‌ای در استرالیا، کانادا و ایالات متحده رشد یافته و شهرهای مستقل با توجه به نمونه پروژه در کشورهای دیگر عمل می‌نمایند. آنها استراتژی بکار رفته در پروژه اروپائی را سرمشق قرار داده و با شرایط ویژه خود

محیط مکانی بایستی با اساس ساختار زیستی بشر مطابقت داشته باشد (منظور لنینج از این موضوع اینست که این اصل از ریتم طبیعی خواب و بیداری حمایت می‌کند ورزش را ترویج کرده اثرات مضر نور، سروصدا و آلودگی هوای داخل را بررسی می‌کند).

طراح دیگری که چارچوب تفکر در مورد بهداشت شهری را توسعه داده است هانس بلوم فلد (Hans Blumen Feld) می‌باشد (۱۹۸۴ م).

او می‌گوید که شش پارامتر برای وظایف یک شهر آرمانی و بهداشتی وجود دارد: [۳]

- مکانی مناسب برای ایجاد حیات و زندگی کردن.

- داشتن امکانات دسترسی و حمل و نقل.

- امکان حفاظت از محیط زیست.

- ایجاد ارتباط بین محیط فیزیکی و اجتماعی.

- داشتن محیط مناسب برای همسایگی و جنبه‌های خصوصی افراد شهر.

- قابلیت انعطاف.

به دنبال اندیشه‌های فوق و با توجه به نیاز مردم شهرنشین، مفهوم شهر سالم بوسیله دکتر ایلونا کیک بوش (Ilona Kickbush) از بخش اروپایی WHO بدنبال کار پروفیسور لئونارد دال (Leonard Duhal) از دانشگاه برکلی توسعه یافت. او اثر نمونه‌های برنامه‌ریزی شهری را روی سلامت فکری و روحی شهرنشینان مطالعه می‌کرد. مفهوم شهر سالم در مقاله‌ای از L. Duhal و T. Hancock تحت عنوان «ارتقاء سلامتی در زمینه‌های شهرنشینی» خلاصه می‌شود.

تعریف شهر سالم توسط این مؤلفان بشرح زیر است: [۸]

«یک شهر سالم شهری است که بطور پیوسته محیط‌های فیزیکی و اجتماعی را خلق کرده و بهبود می‌بخشد و منابع جامعه را توسعه می‌دهد تا مردم قابلیت پشتیبانی متقابل را پیدا کنند و روشهای زندگی خود را بهینه نمایند».

نکته‌ای که باید به آن توجه داشت اینست که شهر سالم یک فراگرد است و نه یک نتیجه، در واقع یک شهر سالم برای رسیدن به یک حد جزئی بهداشتی نیست بلکه برای ارتقاء مداوم سلامتی و گسترش آن می‌باشد. بدین ترتیب هر شهری بدون توجه به وضعیت جاری بهداشت آن می‌تواند یک شهر سالم باشد و آنچه ضروری می‌باشد اینست که

وفق می دهند، زیرا همانطور که ذکر آن رفت اروپا در پروژه شهر سالم پیشقدم بود.

پروژه شهر سالم در هر شهر و کشوری باید جداگانه هدف یابی شود. بعنوان مثال هدف اصلی پروژه شهر سالم در کوپنهاک روی کودکان و افراد پیر بوده و در گلاسکو روی پروژه شهر بدون دود (سیگار) هدف بندی شده حال آنکه در تهران مهمترین هدف پروژه شهر سالم می تواند مسأله آلودگی هوا و طرحها و راه حل های مربوطه باشد.

متدولوژی (روش شناختی) پروژه شهر سالم
فاز تشخیص براساس تجزیه و تحلیل ریسک بهداشت هر شهر شامل نظرگاه های اجتماعی و زیست محیطی است. دسته بندی اصلی برای توصیف و تجزیه و تحلیل به شرح زیر است. [۱۳]

۱- بخش های زیست محیطی:

آب - خاک - هوا - زندگی گیاهان (plant life) - انرژی - مسکن و برنامه ریزی شهری - شاخص های اجتماعی و اقتصادی

۲- تجزیه و تحلیل شاخص های منفی بهداشت و سلامتی: میزان مرگ و میر - میزان بیماری

۳- تجزیه و تحلیل «ادراک شهر» که قدمی برای شناخت درجه تطابق ساکنین با شهر خودشان است شامل: ادراک کلی شهر- ارتباط پویا بین بخش های مختلف شهری (integration in the city)- ادراک مشاورین مدیریت شهری - فضا های عمومی در شهر- بدبینی اجتماعی

۴- محیطی که ارتباط نزدیک با اشخاص و گروه های انفرادی دارد:

خانه - خانواده - روابط شخصی - کار- شخصیت
۵- فاکتورهای خطر مرتبط با رفتار که شیوه زندگی افراد بعنوان یک مخاطره بهداشتی برای ایشان ملاک می باشد:
داروها - الکل - سیگار- غذا- درک بهداشت
۶- وقت فراغت و اوقات آزاد که مربوط به میزان وقت آزاد قابل دسترس و نحوه استفاده از آن می شود شامل:

اوقات فراغت فعال، غیرفعال، معنوی و اجتماعی
۷- نیازهایی که براساس آنها می توان نقطه نظرات مردم را تعیین کرد:
محیطی - برنامه ریزی شهری - فضا های عمومی - فرهنگی و اجتماعی

برنامه ریزی عملی زنجیره های شهرها

Multy City Action Plan (M.C.A.P)

همانگونه که شهرها به تنهایی برای پروژه شهر سالم فعالیت می کنند، برنامه ریزی عملی زنجیره های شهرها آنها را قادر می سازد تا در تجربه های یکدیگر سهیم شده و تخصص خود را در نواحی مورد نظر گسترش دهند و در واقع نمونه و منبعی برای شهرهای دیگر چه در داخل و چه در خارج از پروژه شهرهای سالم سازمان بهداشت جهانی شوند. [۱۴]
هدف هر M.C.A.P تشویق و ترغیب خلاقیت ها برای بهداشت و تندرستی در سطوح محلی است.

برنامه ریزی عملی زنجیره های شهرها در نظر ندارد که پروژه فقط توسط افراد پروژه در شهر اداره گردد، بلکه از نماینده ها و گروه های دیگر کمک گرفته و این کار باعث می گردد رابطه ای عمیقتر و وسیعتر بین دفاتر پروژه نماینده های وابسته در هر شهر برقرار شود.

مقاصد و دیدگاه های برنامه ریزی عملی زنجیره های شهرها

درواقع برنامه ریزی عملی زنجیره های شهرها دست آورد کنفرانس بلفاست در سال ۱۹۸۹ بود.
در این کنفرانس برای شهرهای عضو M.C.A.P موارد زیر منظور شد.

- ۱- مشارکت های تدوین شده حول محورهای بهداشتی و محیط زیستی باشد.
- ۲- شهرهای همکار می توانند مشروعیت سیاسی و قانونی خود را از حمایت سایر شهرها و رهبری بین المللی طرح به دست آورند. این مورد جدا از دانش و ایده هایی است که در آنها سهیم می شوند.
- ۳- شهرهای همکار از برنامه های بین المللی یا ملی یا خدمات مشاوره ای و منابع و رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی نیز برخوردار می شوند.

۴- هر M.C.A.P دارای استراتژی‌هایی است که از عملی شدن آنها در سطوح محلی و ملی و بین‌المللی حمایت می‌کند.

هر گروه شهری برای برنامه‌های مشترک خاصی فعالیت می‌کند. بعنوان مثال شهر ترکو Turku، برنامه‌ریزی عملی شهرهای حوزه بالتیک را با هدف محیط زیست و بهداشت که میدان و فضای مناسب و وسیع برای همکاری همگانی در ناحیه دارد ترغیب نمود.

در هر حال پیشرفت اهداف برنامه‌ریزی عملی زنجیره‌های شهرها بستگی به تحلیل تخصصی مشکلات و بحث‌های هماهنگی و پیگیری مسائل توافق شده دارد.

باتوجه به مشکل اصلی برنامه‌ریزی عملی زنجیره‌ای شهرها در کشورهای در حال توسعه که همانا تامین منابع مالی می‌باشد، بعنوان اولین قدم می‌توان آن را در داخل هر کشور و بین شهرهای خود آن کشور ایجاد نمود.

نتیجه‌گیری کلی

باتوجه به رشد روزافزون جمعیت و شهرنشینی و نقش مخرب آن بر بهداشت انسانها و تخریب رو به تزاید محیط طبیعی از یک طرف و با عنایت به تجربیات جهانی و اقداماتی که در زمینه شهر سالم توسط سازمان بهداشت جهانی انجام شده از سوی دیگر، جهت ایجاد حرکتی پیوسته در سطح جهان، توصیه می‌شود که شهرهای بزرگ در پروژه‌های شهر سالم فعالانه مشارکت داشته باشند تا به صورت پروژه‌های مستقل و در شبکه‌های ملی و نیز در چارچوب برنامه‌ریزی عملی زنجیره‌ای شهرها و همکاری میان بخشی فیما بین اقشار کلی جامعه و ادارات و نهادهای مختلف به اهداف از پیش تعیین شده سالم سازی شهرشان نائل آمده، امکان یک زندگی سالم در محیط سالم را برای شهروندان خود تامین نمایند.

منابع

[۱] «بنیادهای شهرسازی مدرن»، تالیف لئوناردو بنه‌ولو،

ترجمه: مهدی کوثر، دانشگاه تهران، ۱۳۵۵.

[۲] «اسماعیل شیعه»، «مقدمه‌ای بر مبنای برنامه‌ریزی

شهری»، دانشگاه علم و صنعت ایران، ۱۳۶۹

[3] Hancock, T. and Duhl, L: 1987, "Healthy cities: promoting health in the urban context", Copenhagen, WHO, Europe.

[4] Berry, Brian J. and Kasarada, John D. (1977). "Contemporary urban Ecology", New York, McMillan Publishing.

[5] Lynch, Kevin (1981). "A theory of good city form", Cambridge MA, The MIT Press.

[6] United Nations, "World population prospects", New York, 1990.

[7] Greer, Scott (1983), "Health care in American cities", Beverly Hills, Sage Publication.

[8] Ashton, J. (1988), "Healthy cities: concepts and vision", University of Liverpool.

[9] WHO EMR, (July 1992), "Technical discussions: the impact of urbanization on health".

[10] The World Health Organization, (1992), "Healthy cities project background information".

[11] Doxiadis, Constantine A. (1974), "Anthropolis: a city for human development". Athens, Athens Publishing Centre.

[12] World Health Organization, Regional Office for Europe, (1992) "Twenty steps for developing a healthy cities project".

[13] John Ashton, (1992). "Health cities", Open University Press.

[14] World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen (1992), The multi-city action plan on Baltic cities and indications.

[15] L. Di Sopra, (1968), "Teoria duale del processo urbano" Ed. Urbanistica Torino.