

گزارش طرح

سلامت شهرهای کشور

اعتباربخشی و رتبه بندی

طراحی نظام

همکاری علمی داخل و خارج کشور

بانک اطلاعات ملی سلامت داده ها شواهد تولید شده

دیده بانی سلامت و علوم مرتبط ملی و منطقه ای

بکارگیری شواهد علمی حمایت طلبی و ترویج بکارگیری در سیاست ها

تولید شواهد ملی مورد نیاز سیاستگذاران و برنامه ریزان

توانمندسازی محققان و سیاستگذاران

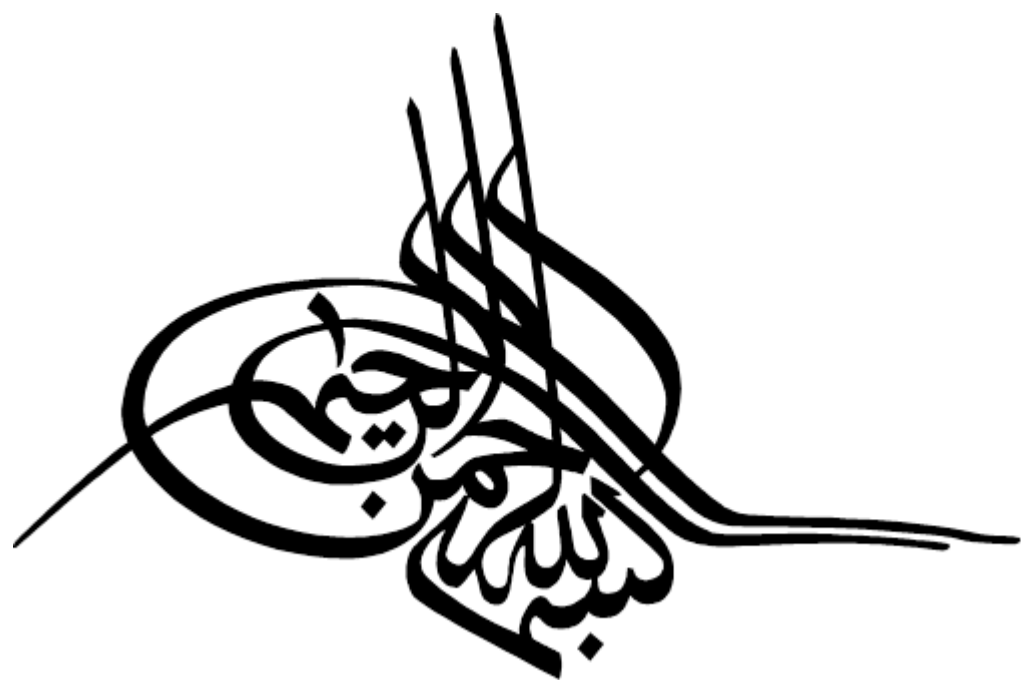
کارکردهای اصلی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران

گزارش‌های منتشر شده در سال ۱۳۹۴

۱. ارائه مدل مناسب مداخلات اجتماع محور سلامت روان
۲. بررسی چالش‌های رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی
۳. طراحی الگوی رسانه سلامت محور
۴. تعیین اولویت‌های پژوهشی مدیریت، اقتصاد و سیاست گذاری سلامت
۵. سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ساکن شهرها
۶. هزینه، مطلوبیت عمل جراحی کراتو رفرکتیو از دیدگاه بیماران
۷. مرور جامع روشهای اندازه گیری پرداخت غیررسمی خدمات سلامت



گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

طراحی نظام اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرهای کشور

مجریان طرح

دکتر بهزاد دمازی

دکتر سهند ریاضی

دکتر شهرام رفیعی فر

موسسه ملی تحقیقات سلامت

گزارش خلاصه طرح

در حال حاضر حدود ۷۰ جمعیت کشور ساکن شهرها هستند. با افزایش جمعیت شهری و حاشیه آن ضرورت بهبود عادلانه شاخص‌های سلامت در این محیط پیچیده بیش از پیش عیان شده است. چنانکه معیارهای سالم بودن یک شهر تدوین و به اجرا گذاشته شود شهرداری‌ها می‌توانند با مشارکت ارگان‌های دیگر از جمله استانداری‌ها و فرمانداری‌ها برای بهبود وضع سلامت شهر تلاش جدیدی را آغاز کنند و علاوه بر آن انتشار دوره ای رتبه سلامت شهرها حساسیت مسئولان شهرها را نسبت به تامین استانداردهای مورد نیاز افزایش می‌دهد. هدف از انجام این طرح تدوین شیوه نامه ای برای اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها می‌باشد. این مطالعه از نوع طراحی یک سیستم بوده و با رویکرد کیفی انجام گرفت. اطلاعات از سه منبع گرد آوری شدند: (۱) بررسی متون (۲) مصاحبه با خبرگان و ذینفعان (۳) جلسات بحث گروهی متمرکز با اعضای کمیته راهبری فنی. ابتدا جهت بررسی مستندات موجود با استفاده از کلیدواژه‌های مناسب، یک جستجو در موتورهای جستجوگر انجام شده و کلیه مستندات و مقالات مربوطه استخراج گردید. بر اساس متون پرسشنامه ای تهیه شد و روایی آن تایید گردید. روش نمونه گیری در این مطالعه از نوع نمونه گیری هدفمند و عمدی به صورت شناسایی خبرگان و استفاده از نظرات آنان با انجام مصاحبه ساختار یافته و جلسه بحث گروهی متمرکز بود. در مجموع ۱۲ مصاحبه انجام گرفت. با استفاده از تحلیل نتایج مصاحبه‌ها در دو جلسه بحث گروهی ابتدا سه موضوع مورد اجماع قرار گرفت: (۱) الگوی مفهومی و اصول طراحی (۲) شیوه نامه اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها (۳) جدول شاخص‌های سلامت شهرها. سپس بر اساس تحلیل نتایج جلسه بحث گروهی پیش نویس شیوه نامه تهیه شد. اصول زیر در طراحی شیوه نامه مد نظر قرار داشتند: (۱) شاخص‌های جدیدی تعریف نشود و از شاخص‌های موجود برای این کار استفاده شود. (۲) از شاخص‌هایی استفاده شود که قابلیت اندازه گیری بیرونی داشته باشند (Objective باشند). (۳) هر چهار بعد سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) را پوشش دهد و به پیشگیری و عوامل خطر توجه بیشتری شود. (۴) مبتنی بر عدالت بودن شاخص‌های نیز لحاظ شود. (۵) رای مدیریت شهری ملموس باشد. (هر سه مولفه شهر، شهروند و مدیریت شهری را پوشش دهد). (۶) منطبق بر اسناد بالادستی باشد. (۷) مشارکت مردم و همکاری بین بخشی (دو بازوی مدل فندق شکن) در آن لحاظ شود. (۸) شاخص‌های میانی را که ملموس تر است شامل شود. (۹) تشویقی و رقابتی باشد. (۱۰) شواهد معتبری برای شاخص و مداخله پیشنهادی وجود داشته باشد. این پیش نویس در جلسه کمیته راهبری فنی نهایی گردید. محصول نهایی این طرح یک شیوه نامه به همراه شاخص‌های اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها می‌باشد. چارچوب شیوه نامه شامل سه جزء اصلی اهداف، روش اجرا و الزامات تنظیم شدند. در مجموع حدود ۴۲ شاخص در سه مولفه شهروند، شهر و مدیریت شهری با وزن به ترتیب ۳۰٪، ۵۰٪ و ۲۰٪ تعیین شده است جنس شاخص‌ها بیشتر عینی و ملموس، پیشگیرانه، دارای مداخله بهبودی و با قابلیت اندازه گیری دوره ای است. به طوری که برای مجری (مدیریت شهری) قابلیت برنامه ریزی عملیاتی سالانه دارد. بر اساس یافته‌های این مطالعه که حاصل مرور تجربیات، تحلیل نظرات ذینفعان و خبرگان بوده است سلامت مردم در

شهرها حداقل به سه مولفه شهر، شهروند و مدیریت شهری وابسته است. شیوه نامه اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها با هدف افزایش رقابت و پاسخگویی شهرداران و کلیه دستگاه‌های مسئول در سلامت شهرها تدوین شده است. بر اساس مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور در سال ۱۳۹۴ شیوه نامه سلامت محوری شهرداران باید توسط وزارت بهداشت ابلاغ گردد. به منظور مشارکت حداکثری لازم است کمیته راهبری اجرای این شیوه نامه با مشارکت روسای دبیرخانه کمیسیون امور کلان شهرها در هیات دولت، رئیس دبیرخانه شورای عالی استان‌ها و رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و همچنین رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت تشکیل شود. با اجرای این شیوه نامه مفهوم شهر سالم عینی شده و وضعیت شهرها به سیاست گذاران برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد منعکس می‌شود و در نهایت انتظار می‌رود کاهش نابرابری‌ها اتفاق بیافتد.

شیوه نامه اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها

مقدمه

در مسیر تحقق آرمان‌ها و اصول ۳، ۲۹، ۴۳ و ۱۰۰ قانون اساسی و به منظور رسیدن به دورنما و ویژگی‌های جامعه ایرانی در سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، بر اساس بند ۶ سیاست‌های کلی جمعیت، بند ۲، ۱۰ و ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر ارتقاء امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت، تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم باهدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار و دستیابی به جایگاه اول شاخص‌های سلامت در منطقه آسیای جنوب غربی، و به استناد بند ۱۰ مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۳، شیوه نامه اعتباربخشی و رتبه‌بندی عملکرد سلامت محوری شهرداران ابلاغ می‌گردد.

ماده یک) اهداف شیوه نامه

اهداف اختصاصی این شیوه نامه عبارت است:

- افزایش تسهیلات پیشگیری‌کننده از بیماری‌ها (مولفه‌های شهر)
- افزایش رفتارهای سالم شهروندان (مولفه شهروندان)
- افزایش نمره پاسخگویی مدیریت شهری به کاهش نابرابری‌های در شهروندان (مولفه مدیریت شهری)

در نهایت با دستیابی به این اهداف میزان مرگ‌ها، بیماری‌ها و حوادث کاهش یافته و نمره سرمایه اجتماعی و نشاط شهر بهبود می‌یابد.

ماده دو: روش اجرا

- ۱) دوره ارزیابی در اولین سال و آخرین سال حضور یک دوره شورای شهر است.
- ۲) کمیته حامی ممیزی و اعتباربخشی برای هر شهرستان یک مورد تشکیل می‌شود که متشکل از رئیس شورای اسلامی شهرستان، نماینده شهرداران، رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان تحت پوشش و معاون فرماندار شهرستان خواهد بود.

- ۳) اعلام رتبه شهرها در درون چهار گروه کلان شهرها، شهرهای توسعه یافته، شهرهای با توسعه متوسط و شهرهای کم توسعه به صورت مستقل صورت می‌گیرد.
- ۴) کلان شهرها و شهرهایی که بالای ۸۰٪ استانداردهای لازم را کسب کرده باشند نشان شهرسالم از ریاست جمهوری دریافت می‌کنند.
- تبصره یک: این کمیته در کلان شهرها تهران، مشهد، اصفهان، کرج، تبریز، شیراز، اهواز و قم شامل معاون بهداشتی دانشگاه کلان شهر، نماینده شهردار، رئیس شورای اسلامی کلان شهر خواهد بود.
- تبصره دو: چنانکه این موضوع نیاز به قانون داشته باشد شورای عالی استان‌ها در اولین سال اجرا تمهیدات آن را فراهم می‌نماید.

ماده سه: الزامات

- ۱) تصویب این شیوه نامه بر عهده شورای عالی استان‌ها، شورای کمیسیون امور کلان شهرها در هیات دولت و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور است.
- ۲) مجری اعتبار بخشی موسسه ملی تحقیقات سلامت و نهادهای مجری تعیین شده از طرف موسسه ملی با نظارت سازمان ملی آمار و شورای عالی استان‌ها است.
- ۳) دبیرخانه اعتباربخشی سلامت شهرها در شورای عالی استان‌ها است و ساختار آن در اولین سال اجرا تدوین و تصویب می‌شود. دبیرخانه شورای عالی ساغ موظف است بانک اطلاعاتی و روش الکترونیکی برای ارسال گزارش فراهم آورد.
- ۴) منابع مالی این پروژه از بودجه شهرداری‌ها با تصویب شورای عالی استان‌ها خواهد بود. منبع مالی برای غیرکلان شهرها عوارض اخذ شده حاصل از اجرای ماده ۳۷ پیش بینی می‌شود.
- ۵) آموزش تیم‌های ارزیاب برای پیمایش تسهیلات، رفتارها و پاسخگویی بر عهده موسسه ملی تحقیقات سلامت است.
- ۶) در اولین سال اجرا نتایج اطلاع رسانی عمومی نخواهد شد.
- ۷) کلان شهرها و شهرهای با رتبه برتر از دومین دوره سنجش در چهار گروه بند سه ماده دو اعلان عمومی می‌شوند.
- ۸) موسسه ملی تحقیقات سلامت موظف است با محوریت وزارت کشور و سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌ها و همکاری/نظارت دبیرخانه شورای عالی ساغ آموزش شهرداران و شوراهای اسلامی شهرها را در هر دوره جدید انجام دهد.
- ۹) موسسه ملی تحقیقات موظف است در اولین سال ابلاغ این شیوه نامه ابزار پیمایشی و چارچوب جمع آوری و تولید شاخص‌های ثبتی مندرج در جدول پیوست این شیوه نامه را تعیین و با هماهنگی شورای عالی استان‌ها و وزارت کشور به کلیه شهرداری‌های کشور آموزش دهد.
- ۱۰) بازنگری شاخص‌ها و روش سنجش با پیشنهاد دبیرخانه و دریافت نظرات موسسه ملی تحقیقات در شورای عالی استان‌ها و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی انجام می‌شود

جدول شاخص‌های اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها		
معیارها	مثلت سلامت شهری	وزن
<p>تدارک غذای ایمن، مقبول و قابل دسترس، میزان تولید محلی غذا و توزیع آن</p> <p>تدارک خدمات مراقبت از سلامت جسمی و روانی برای همه (میزان بهره‌مندی)</p> <p>ایمنی خیابان‌ها و پیاده‌روها برای همه گروه‌های سنی و افراد با محدودیت حرکتی</p> <p>فضای سبز به تناسب جمعیت و با دسترسی عادلانه (سرانه فضای سبز/م²)</p> <p>اماکن مسکونی در مناطق ایمن</p> <p>آلودگی هوای شهر (متوسط غلظت SO₂ و NO₂ روزانه) و وضعیت صدای اضافه در شهر</p> <p>آب ایمن و فاضلاب مناسب</p> <p>حمل و نقل عمومی و به ویژه برای افراد دچار ناتوانی تسهیل و قابل دسترس شود، برنامه‌های تکامل دوران کودکی (نسبت مهد کودک به شاغلان زن، زمین‌های بازی و برنامه‌های تفریحی کودکان،...)</p> <p>زیباسازی شهری متناسب با نظر شهروندان و تصویب شورای شهر</p> <p>داشتن تقویم و تسهیلات تفریحات شهری</p> <p>میزان فضاهای عاری از دخانیات</p> <p>درصد مقاومت ساختمان‌های مسکونی و عمومی شهر در مقابل بلایای طبیعی</p> <p>دسترسی به فرصت‌های شغلی یا در صد بیکاری</p> <p>شاخص متوسط روزانه جرم</p> <p>تعداد بازماندگان تحصیلی</p> <p>درصد میزان نفوذ اینترنت</p> <p>تسهیلات ورزشی و فرهنگی (تعداد کتابخانه‌ها به ازای یک میلیون نفر)</p> <p>درصد خانوارهای زیر خط فقر</p> <p>وجود استانداردهای مدیریت پسماند</p> <p>ساماندهی عرضه کالا و خدمات</p> <p>ایجاد فضاهای شهری برای تعامل مردم در محلات و مرکز شهر</p>	<p>بهره‌مندی</p>	<p>۵۰٪</p>
<p>میزان تحرک مردم</p> <p>وضعیت تغذیه سالم</p> <p>میزان مصرف دخانیات، قلیان، مواد مخدر و الکل</p> <p>رعایت ایمنی و ارگونومی</p> <p>مشارکت اجتماعی (انتخابات ملی و شورای شهر، عضویت در محلات)</p> <p>میزان رعایت حقوق دیگران و قانون‌گرایی</p> <p>رعایت اصول اخلاقی مطابق آموزه‌های دینی و فرهنگی</p> <p>میزان مصرف انرژی</p> <p>میزان تفریحات</p> <p>روند رضایتمندی شهروندان از مدیریت شهری</p>	<p>مواظقت شهروندان</p>	<p>۳۰٪</p>

جدول شاخص های اعتباربخشی و رتبه بندی سلامت شهرها		
معیارها	مثلت سلامت شهری	وزن
<p>ایجاد فرصت های مشارکت مردم (تسهیم اطلاعات درباره برنامه ریزی شهری برای سلامت، تشویق گفتگوی عمومی و درگیر ساختن مردم در تصمیم گیری ها)</p> <p>میزان بودجه جذب شده داوطلبانه از شهروندان و بخش خصوصی</p> <p>نشان دادن همکاری بین بخشی با بخش های دولتی، خصوصی و غیردولتی</p> <p>اجرایی کردن پیوست توسعه پایدار (سیاست ها، برنامه ها و پروژه های شهری)</p> <p>آموزش سلامت محوری ویژه مدیران و کارکنان شهرداری و سایر دستگاه های مسئول</p> <p>اقدام مستمر مبتنی بر شواهد از جمله رصد رضایت، تعیین نیازها و اولویت ها، ارزشیابی، نظارت و استفاده از مشاوران و خبرگان</p> <p>اجرای برنامه های ارتقای سلامت در درون نهاد شهرداری</p> <p>داشتن برنامه ویژه برای ارتقای وضع سلامت مردم حاشیه شهر و اسکان غیررسمی</p> <p>میزان پوشش آموزش های شهروندی (مدیریت فردی، رفتارهای سالم اجتماعی از جمله پاسخگویی و مسئولیت پذیری،</p> <p>مهارت های زندگی، همسری و والدی مهارت های معنوی و اخلاقیات)</p> <p>بازاریابی اجتماعی استفاده از خدمات فرهنگی، تفریحی و مشارکت مردم در شهر</p>	<p>موقفه مدیریت شهری</p>	<p>۲۰٪</p>

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
فصل اول - مقدمه.....	۹
فصل دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده.....	۱۹
فصل سوم - روش پژوهش.....	۳۱
فصل چهارم - یافته‌های پژوهش.....	۳۳
بخش اول) مصاحبه‌ها.....	۳۳
بخش دوم) نتایج بحث گروهی.....	۴۱
فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات.....	۴۷
پیوست‌ها.....	۴۹
پیوست شماره ۱: متن ایمیل ارسالی برای خبرگان.....	۴۹
پیوست شماره ۲: مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ۹۴/۱۲/۰۳ (مصوبه شماره ۱۰).....	۵۰
منابع.....	۵۳

فصل اول – مقدمه

آنچه مسلم است این است که بشر زندگی اش را به عنوان یک مخلوق شهری شروع نکرده است. محل زیست هر آدمی بستگی زیادی به یافتن غذا و شکار و چوپانی داشت و همه این فعالیتها مختص روستاهاست. با این حساب، حول و حوش ۱۱ هزار سال پیش تازه انسانها در جایی زندگی می کردند که روستا نامیده می شد و حداقل شش میلیون سال طول کشید تا شهرهایی با جمعیت صد هزار نفر گسترش پیدا کنند. در سال ۱۸۰۰ تنها سه درصد از جمعیت کل دنیا در شهرها زندگی می کردند. در سال ۱۹۰۰ این رقم به ۱۳ درصد رسید و تنها ۱۰۷ سال طول کشید تا این عدد به مرز ۵۰ درصد نزدیک شود. به این ترتیب، خوشبختانه یا متأسفانه انسان روستایی تبدیل به انسان شهری شد. در حال حاضر، جمعیت شهری در ایالات متحده ۳/۲ میلیارد نفر است و پیش بینی می شود این رقم تا سال ۲۰۳۰ به رقمی معادل پنج میلیارد نفر برسد یعنی زمانی که از هر پنج نفر سه نفر در شهر زندگی خواهند کرد. در عرض ۱۰ سال جهان دارای ۵۰۰ شهر است که جمعیتی معادل یک میلیون نفر خواهند داشت. خیلی از تازه واردها جذب شهرهای بزرگ و به خصوص پایتختهایی با جمعیتی بالغ بر پنج میلیون نفر خواهند شد. تعدادی هم در کلان شهرهایی ساکن خواهند شد که جمعیتشان به ۱۰ میلیون نفر یا بیشتر خواهد رسید. در سال ۱۹۵۰ فقط می توانستیم به شهرهای نیویورک و توکیو لقب شهر بزرگ را بدهیم، اما بر اساس گزارش سازمان ملل متحد تا سال ۲۰۲۰، جمعیت ۹ شهر یعنی دهلی، داکا، جاکارتا، لاگوس، مکزیکوسیتی، بمبئی، نیویورک، سائوپولو و توکیو به بیش از ۲۰ میلیون نفر خواهد رسید، حتی شهری مثل توکیو جمعیتی بالغ بر ۳۵ میلیون نفر خواهد داشت که معادل کل جمعیت کشور کانادا است. در هر صورت، امروزه هر چقدر هم که گاه و بیگاه آدمها از مزایای روستایی بودن و روستایی نشینی سخن به میان آورند، اما گسترش شهرنشینی یکی از شاخصهای مهم و تاثیرگذاری است که با کمک آن میزان توسعه هر کشور را می سنجند.

درصد شهرنشینی در کشور از ۳۱/۴ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۷۱/۴ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده است. افزایش جمعیت شهرنشینی را می توان شاخصی برای پیشرفت و افزایش سطح رفاه جامعه تلقی کرد. اما رشد سریع شهرنشینی در جامعه ما همراه با رشد رفاه عمومی نبوده است. طی این دوره، جابه جایی گسترده جمعیت از روستاها و شهرهای کوچک به شهرهای بزرگ و به ویژه کلان شهرها شکل گرفته است. بی تردید از یکسو توسعه نسبی شهرها که با تزریق درآمدهای نفتی به اقتصاد کشور اتفاق می افتاد و از سوی دیگر مختل شدن اقتصاد روستاها در این جابه جایی گسترده موثر بوده است. به این ترتیب، بخش مهمی از جمعیت کشور در شهرهای بزرگ، به ویژه در مرکز متمرکز شده اند. برای تجسم ابعاد مشکل، فقط کافی است به این واقعیت توجه کنیم که اینک نزدیک به ۲۱ درصد جمعیت کشور فقط در دو استان تهران و البرز جمع شده اند.^۱

سیاست های ویرانگری که به نابودی تدریجی بخش کشاورزی و دور شدن کشور از اهداف خودکفایی در تولید محصولات کشاورزی منتهی شده، و در مقابل به رونق چشمگیر واردات می انجامید، موجب شد جامعه ما به جای تلاش برای بهره برداری بهینه از منابع طبیعی خود، بهبود شیوه های بهره برداری از

زمین‌های کشاورزی و به یک کلام تبدیل کشاورزی سنتی کم بازده به کشاورزی صنعتی و استقرار صنایع مرتبط، در مسیر غلط تجارت املاک و مستغلات پیش بتازد؛ به گونه‌ای که اینک به ازای هر ۲۹۵ خانوار ایرانی، یک بنگاه معاملات مسکن دایر شده است!^۲ از سوی دیگر سیاست‌هایی که در مقابله با افزایش ازدحام شهری به کار گرفته شده‌اند، نیز چندان اندیشیده و جامع نگر نبوده‌اند. به عنوان مثال، یکی از مهم‌ترین اقدامات، ساخت شهرهای جدید بوده است. این شهرها عمدتاً در نزدیکی کلان‌شهرها و با هدف جمع‌آوری سرریز جمعیتی آنها طراحی شده‌اند. این اقدام هرچند در کوتاه‌مدت می‌تواند بخشی از مشکل را حل کند، اما در بلندمدت، خود به مشکلی بزرگ‌تر تبدیل می‌شود. زیرا ساکنان شهرهای جدید، از این سکونتگاه‌ها فقط به عنوان خوابگاه استفاده می‌کنند، و روزهایشان را در کلان‌شهر خواهند گذراند. همان اتفاقی که سال‌ها است در تهران بزرگ شاهد آن هستیم.

بی‌توجهی به مطالعات آمایش سرزمین و فراموش کردن اصل استفاده بهینه از فرصت‌های طبیعی سرزمین، ما را در موقعیتی قرار داده است که جمعیت را به جای عامل تولید، تبدیل به عامل مصرف کرده‌ایم. جمعیت عظیمی که در بخشی بسیار اندک از خاک کشور متمرکز شده و اشتغال مولد و استفاده از ظرفیت‌های تولیدی کشور را به فراموشی سپرده است. به عنوان مثال، ساحل جنوبی کشور از خرمشهر تا چابهار با وجود تمام ظرفیت‌ها و قابلیت‌هایش، به زحمت توانسته است در حدود ۴ درصد جمعیت کشور را جذب خود کند. بی‌تردید تا زمانی که برنامه‌ای جامع و خردمندانه برای به گردش درآوردن چرخ اقتصاد درهم شکسته مناطق محروم کشور به اجرا درنیاید، نمی‌توانیم شاهد تغییری جدی در این شرایط باشیم.^۳ در سند چشم‌انداز بیست‌ساله ایران، مشخصات جامعه سالم ایرانی چنین توصیف شده: برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب. در این بخش از چشم‌انداز بیست‌ساله، بر ابعاد مختلف اقتصادی و اجتماعی که منجر به سلامت می‌شوند، تأکید گردیده است. اگرچه به مقوله سلامت در این سند مهم راهبردی به طور مستقیم نیز اشاره شده است، به جرأت می‌توان گفت بستگی به دست‌یابی به سایر اهداف و ویژگی‌هایی که جامعه تصویر شده در این سند خواهد داشت و بدون توجه به مقوله سلامت میسر نخواهد بود. بررسی و سنجش کیفیت زندگی به ویژه کیفیت زندگی شهری در ایران، با توجه به شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خاص ایران و نیز تأکید سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور بر این امر، از اهمیت خاصی برخوردار است. با توجه به جایگاه کیفیت زندگی در شهرها و مناطق و با توجه به این که هنوز در ایران سیستم جامعی در زمینه سنجش کیفیت زندگی ایجاد نشده، توجه به بررسی جنبه‌های مختلف این امر می‌تواند راه‌هایی برای دستیابی به نظام جامع سنجش کیفیت زندگی باشد.

مطابق با تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت عمومی^۱ عبارت است از همه اقدامات سازماندهی شده عمومی و خصوصی برای پیشگیری از بیماری، ارتقای سلامت و افزایش طول عمر کل جمعیت. بنابراین هدف فعالیت‌های آن ایجاد شرایطی است که مردم در آن سلامت زندگی کنند و تمرکز آن بر روی

^۱ Public health

بیماری‌ها یا بیماران خاصی نیست، بلکه بر روی تمامی افراد است.^۴ تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت شریای می‌باشند که مردم در آن متولد می‌شوند، بزرگ می‌شوند، کار و زندگی می‌کنند و پیر می‌شوند. بر اساس گزارش کمیسیون تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در سال ۲۰۰۸، دولت‌ها باید شرایط زندگی روزانه را ارتقای دهند: خوب زیستی زنان و دختران را فراهم و شریای که زنان در آن بچه دار می‌شوند را ارتقا ببخشند. بر تکامل دوران ابتدای کودکی و آموزش دختران و پسران تاکید ورزند. شرایط زندگی، شامل شریای که انسان‌ها در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، کار و زندگی می‌کنند و پیر می‌شوند را بهبود بخشیده و سیاست‌های حمایت اجتماعی که از همگان محافظت نماید را اتخاذ نمایند.^۵

برای بهبود این شرایط نیاز به توزیع عادلانه منابع مالی، قدرت و سایر منابع در سطوح جهانی، ملی و محلی است. تعیین کننده‌های ساختاری و وضعیت زندگی روزانه با همدیگر، تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت را تشکیل می‌دهند و مسئول بخش عظیمی از بی عدالتی در سلامت در بین و درون کشورها می‌باشند. تعادل بین سکنی‌گزینی در روستاها و شهرها در کشورهای مختلف بسیار متنوع است. مدل کنونی شهرنشینی، چالش‌های اساسی محیط زیستی بویژه تغییرات آب و هوایی را سبب می‌شود که تاثیر آن در کشورهای با درآمد پایین و در میان زیر گروه‌های جمعیتی آسیب پذیر بیشتر است. بی عدالتی در شرایط زندگی روزانه به وسیله فرآیندها و ساختارهای اجتماعی عمیق تری شکل می‌گیرد. بی عدالتی نظام مند بوده و از طریق هنجارها، سیاست‌ها و عملکرد اجتماعی ایجاد می‌شود که توزیع و دسترسی غیر منصفانه به قدرت، ثروت و سایر منابع ضروری اجتماعی را روانه دانسته یا در واقع آن را رواج می‌دهد.^۶

برنامه شهر سالم: شهر سالم از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت شهری است که با آفرینش و گسترش پیوسته شرایط فیزیکی و اجتماعی زیست محیطی، استفاده بهینه از منابع و امکانات موجود، محیطی فراهم شود که در اثر آن مردم جامعه ضمن حمایت یکدیگر و مشارکت گروهی در انجام کلیه امور زندگی، قابلیت‌های خود را به حداکثر ممکن برسانند. تاریخچه برنامه شهر سالم در کشور به شرح زیر است:

- ۱) در سال ۱۳۷۰ (دسامبر ۱۹۹۱) برگزاری سمپوزیوم شهر سالم و پذیرش شهر سالم در ایران
- ۲) در سال ۱۳۷۱ شروع برنامه با مسئولیت وزارت بهداشت و همکاری سایر بخشها در کوی سیزده آبان تهران
- ۳) در سال ۱۳۷۵ مصوبه هیئت دولت و تشکیل شورای هماهنگی شهرهای سالم
- ۴) در سال ۱۳۷۸ اصلاح مصوبه هیئت دولت و تصویب برنامه روستای سالم و تغییر نام « شورای هماهنگی شهرهای سالم » به « شورای هماهنگی شهرهای سالم و روستاهای سالم »
- ۵) در سال ۱۳۷۹ پذیرش رویکرد نیازهای اساسی توسعه و اجرای آن در ۱۰ روستای پایلوت در سه استان آذربایجان غربی - بوشهر - چهارمحال و بختیاری
- ۶) در سال ۱۳۸۴ ادغام برنامه روستای سالم با رویکرد نیازهای اساسی توسعه

چنانکه حداقل معیارهای سالم بودن یک شهر تدوین و به اجرا گذاشته شود شهرداری‌ها می‌توانند با مشارکت ارگان‌های دیگر از جمله استانداری‌ها و فرمانداری‌ها برای بهبود وضع سلامت شهر تلاش جدیدی را آغاز کنند انتشار دوره ای رتبه سلامت شهرها حساسیت مسئولان شهرها را نسبت به تامین








استانداردهای مورد نیاز افزایش می‌دهد. تجربیات برنامه ابتکارات جامعه محور وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در ایجاد شهرهای سالم و ضرورت نهادینه سازی این تجربه دلیل دیگری است مبنی بر اینکه این معیارها باید برای شهرها تدوین و استقرار یابد.

تعریف کلانشهر

در تعریف بین‌المللی کلانشهر که توسط سازمان ملل متحد آورده شده کلان‌شهر یا مادر شهر به شهرهایی گفته می‌شود که بیش از ۸ میلیون نفر جمعیت داشته باشند. از این رو از دیدگاه تعریف بین‌المللی در ایران تنها شهر تهران به عنوان کلان‌شهر شناخته می‌شود. درعین حال همانطور که تعریف مفهوم شهر در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد، تقسیم‌بندی انواع شهرها نیز برحسب سطح فعالیت‌ها، میزان جمعیت پذیری و حوضه نفوذ شهر در کشورهای گوناگون با یکدیگر یکسان نیست.^{۲۵} اما در ادبیات رایج کشور ایران اصطلاح کلان‌شهر معادل مادرشهر (متروپلیس) است و به شهرهایی اطلاق می‌شود که حداقل یک میلیون نفر جمعیت داشته و واجد مرکزیتی اقتصادی - سیاسی که در مقیاس ناحیه‌ای یا ملی از موقعیتی مرکزی برخوردار باشد.^{۲۶} تعریف کلانشهر در سال ۱۳۸۷ توسط محمد سعیدی کیا وزیر وقت مسکن و شهرسازی در شورای عالی شهرسازی و معماری اصلاح شد و طبق آن شهرهای با جمعیت بیش از ۵۰۰ هزار نفر کلان‌شهر محسوب می‌شوند.^{۲۷} به دلیل نداشتن تعریف حقوقی واحد از کلان‌شهر در ایران فقط شهرهای بالای یک میلیون نفر می‌توانند از مزایای قانون مالیات بر ارزش افزوده بهره بیشتری ببرند. با تصویب شورای عالی شهرسازی و معماری شهرهای زیر یک میلیون نفر می‌توانند به صورت قانونی و رسمی کلان‌شهر شوند اما نمی‌توانند از قانون مالیات بر ارزش افزوده بهره بیشتری ببرند. در حال حاضر شهرهای تهران، مشهد، اصفهان، کرج، تبریز، شیراز، اهواز و قم به صورت رسمی کلان‌شهر محسوب می‌شوند.

جدول شماره ۱: شهرهای با جمعیت بالای ۵۰۰ هزار نفر در کشور (بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰)

ردیف	نام شهر	استان	جمعیت
۱	تهران	تهران	۸,۱۵۴,۰۵۱ نفر
۲	مشهد	خراسان رضوی	۲,۷۶۶,۲۵۸ نفر
۳	اصفهان	اصفهان	۱,۹۰۸,۹۶۸ نفر
۴	کرج	البرز	۱,۶۱۴,۶۲۶ نفر
۵	تبریز	آذربایجان شرقی	۱,۴۹۴,۹۹۸ نفر
۶	شیراز	فارس	۱,۴۶۰,۶۶۵ نفر
۷	اهواز	خوزستان	۱,۱۱۲,۰۲۱ نفر

ردیف	نام شهر	استان	جمعیت	
۸	قم	قم	۱۰۰۷۴۰۰۳۶ نفر	
۹	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۸۱۰۴۰۵ نفر	
۱۰	ارومیه	آذربایجان غربی	۶۶۷۰۴۹۹ نفر	
۱۱	رشت	گیلان	۶۳۹۰۹۵۱ نفر	
۱۲	زاهدان	سیستان و بلوچستان	۵۶۰۰۷۲۵ نفر	
۱۳	کرمان	کرمان	۵۳۴۰۴۴۱ نفر	
۱۴	اراک	مرکزی	۵۲۶۰۱۸۲ نفر	

ردیف	نام شهر	استان	جمعیت
۱۵	همدان	همدان	۵۲۵،۷۲۹ نفر



همچنین استان‌های ایران در سال ۱۳۹۳ در طبقه‌بندی جدید توسط وزارت کشور جمهوری اسلامی ایران در قالب ۵ منطقه بر حسب عوامل همجواری، محل جغرافیایی و اشتراکات قرار گرفتند. هر منطقه یک دبیرخانه دائمی دارد که شهرهای تهران، اصفهان، تبریز، کرمانشاه و مشهد به ترتیب محل دبیرخانه مناطق ۱ تا ۵ هستند. این طبقه‌بندی، یک طبقه‌بندی داخلی مربوط به وزارت کشور است و نباید با تقسیمات کشوری در ایران که مصوب مجلس شورای اسلامی هستند اشتباه گرفته شود. یکی از اهداف اصلی این تقسیم‌بندی، این است که دولت به جای توسعه استان‌ها، منطقه‌ها را توسعه دهد. استان‌های یک منطقه، هر ۲ ماه یک بار و به صورت چرخشی در استان‌های منطقه با هم جلسه‌ای برای حل مسائل و مشکلات منطقه دارند.

جدول شماره ۲: مناطق ۵ گانه استان‌های ایران

منطقه	محل دبیرخانه	استان‌ها
۱	تهران	استان البرز، استان تهران، استان قزوین، استان مازندران، استان سمنان، استان گلستان، استان قم
۲	اصفهان	استان اصفهان، استان فارس، استان بوشهر، استان

چهارمحال و بختیاری، استان هرمزگان، استان کهگیلویه و بویراحمد،		
استان آذربایجان شرقی، استان آذربایجان غربی، استان اردبیل، استان زنجان، استان گیلان، استان کردستان،	تبریز	۳
استان کرمانشاه، استان ایلام، استان لرستان، استان همدان، استان مرکزی، استان خوزستان،	کرمانشاه	۴
استان خراسان رضوی، استان خراسان جنوبی، استان خراسان شمالی، استان کرمان، استان یزد، استان سیستان و بلوچستان،	مشهد	۵

تعریف اعتباربخشی

اعتباربخشی (Accreditation) عبارت است از اعطای مجوز یا تأیید صلاحیت یک مؤسسه که بر اساس قضاوت خبرگان حوزه مربوطه، ضوابط از پیش تعیین شده را رعایت کرده باشد.^۱ اعتباربخشی می‌تواند در مورد کلیت یک مؤسسه^۱ انجام گیرد، یا فقط در برگیرنده دوره‌های آموزشی^۲ تحت پوشش باشد. در صورتی که واحد مورد ارزشیابی در نظام اعتباربخشی، کلیت یک مؤسسه باشد، کیفیت سازمان و فعالیت‌های آن مؤسسه شامل امور اداری، بودجه، سایر منابع و امکانات، امور پژوهشی، امکانات آموزشی و مکانیسم‌های تضمین کیفیت در آن مؤسسه مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد. اما اگر واحد مورد ارزشیابی در نظام اعتباربخشی، دوره آموزشی باشد، در آن صورت، کیفیت دوره در یک حوزه مشخص مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد.^۳

ورثن (Worthen) اعتباربخشی را به عنوان شناخته‌شده‌ترین نوع از سیستم‌های ارزشیابی تخصصی رسمی^۳ معرفی می‌کند. در این چارچوب اعتباربخشی به عنوان یک سیستم ارزشیابی برنامه دارای عناصر اصلی زیر می‌باشد.^{۱۰}

- ۱) سازمان متولی انجام ارزشیابی‌های ادواری
 - ۲) استانداردها و ابزارهای مدون و مکتوب ارزشیابی
 - ۳) برنامه زمانی از پیش تعیین شده ارزشیابی (به عنوان مثال هر پنج سال یک بار)
 - ۴) استفاده از نظرات خبرگان به منظور قضاوت در مورد کیفیت واحد مورد ارزشیابی
 - ۵) تأثیر بر وضعیت واحد مورد ارزشیابی بر اساس نتایج حاصل از ارزشیابی انجام شده
- بنابراین اعتباربخشی فرایندی است که در جریان آن، یک سازمان مشخص با استفاده از نظر مجموعه‌ای از خبرگان یک حوزه تخصصی، بر اساس استانداردهای مدون و از پیش تعیین شده، نسبت به انجام

^۱ Institutional accreditation

^۲ Specialized accreditation

^۳ Formal professional review systems

ارزشیابی های ادواری منظم در حوزه مورد نظر اقدام نموده و در مورد اعطای صلاحیت به آنها تصمیم گیری می نماید. هر چند در ابتدا، اعتباربخشی منحصرأ در حوزه آموزش انجام می گرفت، در حال حاضر، اعتباربخشی علاوه بر آموزش، حوزه های دیگری نظیر پژوهش و ارائه خدمات را نیز در برمی گیرد.^{۱۱}

اگرچه اکثر ساختارهای اعتباربخشی بطور سنتی عمدتاً بر کافی بودن امکانات، صلاحیت های کارکنان و مناسب بودن فرایندها متمرکز بوده اند، در حال حاضر، برخی از آنها در حال بازنگری در ضوابط و روش های خود برای تکیه بیشتر بر پیامد (Outcome) و به خصوص ارتباط درونداد (Input) و فرایند (process) با پیامد هستند. در این زمینه، بسیاری از ساختارهای اعتباربخشی تلاش می کنند تا استانداردهایی در ارتباط با پیامد را در مجموعه استانداردهای خود بگنجانند.^{۴۱}

اگرچه اعتباربخشی در ابتدا به عنوان محملی برای توانمندسازی سازمانی تلقی می شد، ولی با مرور زمان، بطور فزاینده ای شاهد افزایش توجه عمومی، از جمله دولت ها به آن، به عنوان ابزاری برای نظارت و پیشبرد کیفیت هستیم.^{۱۲} به این ترتیب، حتی در آمریکا، میزان قابل توجهی از تأثیرپذیری فرایندهای اعتباربخشی از دولت را می توان مشاهده کرد، تا جایی که این تأثیرپذیری، مورد انتقاد برخی از حامیان غیر دولتی بودن اعتباربخشی در آمریکا قرار گرفته است.^{۳۷} از سوی دیگر، اعتباربخشی در بسیاری از کشورهای دیگر جهان نیز به صورت دولتی اداره می شود. این نظام های اعتباربخش به عنوان بخشی از دولت و به صورت غیر داوطلبانه (non-volunteer) و اجباری (mandatory) عمل می کنند. در واژه نامه آموزش پزشکی مربوط به مؤسسه آموزش پزشکی بین المللی (Institute for International Medical Education - IIME) اعتباربخشی به این شکل تعریف شده است: فرایند خود تنظیم شونده ای که در آن انجمن های دولتی، غیر دولتی و داوطلبانه، و هیأت های قانونی (Statutory bodies) دیگر مؤسسه ها یا برنامه های آموزشی که ملاک های اعلام شده کیفیت را داشته باشند، به رسمیت شناخته می شوند.^{۱۳} همچنین در گزارش گروه کاری اعتباربخشی آمده است: در کشورهای دیگر (غیر آمریکایی)، فعالیت های اعتباربخشی و تضمین کیفیت نوعاً به وسیله دولت انجام می شوند.^{۳۷}

نظر به ارتقای مستمر کیفیت، تدوین استانداردها و حداقل سطح قابل قبول کیفیت به ویژه در برنامه های سلامت لازم است. اولین قدم در راه انجام اعتباربخشی، تعریف استانداردهای مربوط به اجزای مجموعه ای است که به عنوان واحد مورد ارزشیابی تعیین شده است. استانداردها به دو دسته ضروری و غیر ضروری تقسیم می شوند. استانداردهای ضروری بدین معنا است که عدم رعایت حتی در یک مورد، منجر به رد صلاحیت می شود. استانداردهای غیر ضروری، مواردی هستند که بهتر است رعایت شوند. همان گونه که اشاره شد، در اغلب موارد، این استانداردها بر اساس توافق جمعی خبرگان، نهادهای حرفه ای، دولت و سایر گروه های ذی نفع تعیین می شود.^{۴۲} طبیعتاً هر یک از ساختارهای اعتباربخشی، بر اساس نیازها و اولویت های خود، تغییراتی در رویه کلی ایجاد می نماید. به عنوان مثال، در برخی از ساختارهای اعتباربخشی، بازدید از محل صرفاً به منظور تأیید صحت اطلاعات ارائه شده انجام می شود و بنابراین، ضرورتی به استفاده صرف از خبرگان رشته مربوطه برای بازدید وجود ندارد یا در بسیاری از

ساختارهای اعتباربخشی، ارزیابی درونی در فواصل بین ارزشیابی‌های بیرونی و نه قبل از هر ارزشیابی بیرونی انجام می‌گیرد. ۱۵۰۱۴۰۴۲

فصل دوم – زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

کشورهای جهان به منظور رتبه‌بندی سلامت از الگوهای متفاوتی در سطوح مختلف نظام سلامت خود استفاده کرده‌اند و مطالعات زیادی در این رابطه انجام گرفته است و از جمله مهمترین مطالعات انجام شده در این خصوص که در ایران و کشورهای چین، آمریکا، کانادا، استرالیا، انگلیس، هند و پاکستان انجام شده اشاره می‌گردد.

الف) مطالعات انجام شده در ایران

مطالعه‌ای که امینی و همکاران برای «رتبه‌بندی سلامت استانهای کشور» انجام دادند. با استفاده از روش تلفیقی تحلیل عاملی و آنالیز تاکسونومی، ضمن حذف همبستگی خطی بین متغیرها، با استفاده از ۳۵ شاخص دسترسی و کارایی خدمات بهداشتی و درمانی، بهداشت باروری، جمعیتی، میرایی و امنیت غذا و تغذیه، استانهای کشور را برحسب سلامت رتبه‌بندی نمودند. در این مطالعه برای وزن دهی شاخص‌های تعیین شده روش‌های ذیل پیشنهاد گردیده است:

۱- روش امتیاز استاندارد شده (Standardized): که یک روش بسیار ساده برای جمع بستن شاخص‌هاست و در این روش کلیه شاخص‌ها دارای واحدی یکسان شده و هم وزن فرض شده، هر کدام دارای ارزش یکسانی هستند و به اصطلاح استاندارد می‌گردند.

۲- روش آنالیز تاکسونومی عددی (Numerical Taxonomy Analysis): که از مهمترین روش‌های ارائه شده برای رتبه‌بندی مناطق مختلف می‌باشد که در این روش برخلاف الگوهای قبلی که از یک یا چند شاخص استفاده می‌کردند بطور تلفیقی از شاخص‌های مرتبط با موضوع بهره می‌برد.

۳- روش تحلیل عاملی (Factor Analysis): هدف از بکارگیری روش تحلیل عاملی بدست آوردن وزن و یا درجه اهمیت هر شاخص بصورت کمی و نیز استخراج شاخص‌های ترکیبی غیر هم بسته تحت عنوان فاکتورها یا عامل‌ها می‌باشند. بدین صورت که هر فاکتور تابعی خطی از چندین شاخص با وزن‌های متفاوت می‌باشد. یک فاکتور عبارتست از متغیر فرضی و غیر قابل مشاهده، فرض پایه‌ای در آنالیز فاکتور این است که ارتباط و همبستگی بین مجموعه‌ای از متغیرهای مشاهده شده را می‌توان با ابعاد و یا فاکتورهایی که مستقیماً قابل مشاهده نیستند ولی بصورت نهفته، واقعی و زیر بنایی وجود دارند، توضیح داد. در واقع همبستگی مشاهده شده بین چند متغیر ناشی از سهم مشترک این متغیرها با فاکتورهای معینی است که بطور واقعی و نهفته وجود دارند. هرچه شدت همبستگی بیشتر باشد بدین معناست که سهم مشترک متغیرها با این ابعاد و فاکتورهای معین بیشتر است. برای استخراج فاکتور یعنی برآورد فاکتور و مفهوم آن این است که کل واریانس مجموعه‌ای شامل p متغیر را با p فاکتور مستقل از یکدیگر بیان کنیم. این مجموعه جدید بوسیله ترکیب خطی از متغیرهای اولیه تشکیل می‌شود بطوریکه واریانس k امین فاکتور برآورد شده ماکزیمم گردد.^{۱۶}

در بررسی که توسط فرهادیان و همکاران با عنوان «رتبه‌بندی وضعیت سلامت کودکان در استانهای مختلف ایران و ارتباط آن با شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی» انجام شد، داده‌های مرتبط با شاخص‌های

سلامت بر اساس اطلاعات مرکز توسعه و ارتقاء سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمع آوری گردید و با استفاده از روش تحلیل عاملی، رتبه سلامت استانها تعیین شد و با استفاده از رگرسیون چند گانه با توجه به نمره استاندارد شده در اولین عامل تلخیص شده از تحلیل عاملی، ارتباط بین وضعیت سلامت کودکان با وضعیت اجتماعی اقتصادی استانها ارزیابی شد. بررسی ۴۶ شاخص سلامت و مرگ و میر کودکان در اولین فاکتور تحلیل عاملی نشان داد که به ترتیب استان‌های تهران، گیلان، سمنان، اصفهان از نظر این شاخص‌ها در وضعیت مطلوب تری قرار دارند و نیز استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان، خوزستان و لرستان به ترتیب در وضعیت نامطلوب تری قرار دارند. همچنین ارزیابی وضعیت سلامت با ۱۳ شاخص مرتبط با وضعیت اجتماعی اقتصادی نشان داد شاخص‌های جمعیت کودکان زیر ۵ سال و میزان بی سرپرستی کودکان در وضعیت سلامت اثر منفی داشته است. علاوه بر این استان‌هایی که مهاجرپذیر بوده اند از لحاظ وضعیت سلامت در شرایط مطلوب تری قرار داشته اند. محققین نتیجه می‌گیرند استان‌هایی که وضعیت اجتماعی اقتصادی بهتری داشته اند از لحاظ وضعیت سلامت و نیز میزان مرگ و میر کودکان در شرایط مطلوب تری قرار داشته اند، لذا توسعه اقتصادی و اجتماعی از عوامل مهم و تاثیرگذار در وضعیت سلامت کودکان در استان‌های مختلف کشور محسوب می‌گردد.^{۱۷}

مطالعه مریم یزدی و حسین محبوب تحت عنوان «رده بندی وضعیت بهداشت و سلامت مادران روستایی در استانهای مختلف ایران» با استفاده از روش های چند متغیره عاملی و خوشه ای به منظور رتبه بندی و شناسایی استانهای همگن از نظر وضعیت بهداشت و سلامت مادران روستایی در سال ۱۳۹۰ انجام گردید و با استفاده از زیج حیاتی سال ۱۳۸۵ که توسط وزارت بهداشت گزارش گردیده ۱۵ شاخص مرتبط با سلامت مادران انتخاب شده و از روش تحلیل عاملی این شاخص ها به تعداد محدود و عوامل معنا دار کاهش یافته و عاملی که می تواند معرف شاخص وضعیت بهداشت و سلامت مادران باشد انتخاب و رتبه بندی استانها براساس آن انجام شده است و برای شناسایی استانهای همگن از روش خوشه ای سلسله مراتبی بر مبنای یک ماتریس فاصله بدست آمده از همان ۱۵ شاخص ابتدایی استفاده شده است. (۵) بر اساس این رتبه بندی استان‌های گیلان، مازندران و تهران از وضعیت مناسبی و استان‌های خوزستان، کهگیلویه و بویراحمد و هرمزگان از وضعیت نامناسبی در حوزه سلامت مادران برخوردارند، در ضمن استان سیستان و بلوچستان در وضعیت وخیمی از این نظر قرار دارند. در تکمیل نتایج بدست آمده از تحلیل عاملی با استفاده از تحلیل خوشه ای استان‌های همگن نیز شناسایی شده است. محققین نتیجه گرفته اند که روش‌های تحلیل چندمتغیره ابزاری موثر در رده بندی و شناسایی استان‌های همگن به لحاظ شاخص‌های سلامت مادران است. نتایج حاصل از این تحقیق در برنامه ریزی در خصوص نحوه اجرا و تخصیص خدمات بهداشتی به مادران روستایی، برای دست اندرکاران امور بهداشتی و درمانی کشور مفید خواهد بود.^{۱۸}

در پژوهش محمدرضا علیرضایی و رضوان ستاری با عنوان «کاربرد مدل‌های تحلیل پوششی داده‌ها (envelopment analysis) (DEA: Data) در ارزیابی عملکرد نظام سلامت کشورهای آسیایی» بیان شده که این نوع ارزیابی، نظام سلامت کشورها در فضای کاملاً واقعی و رقابتی رتبه بندی می‌گردند.

داده‌های مطالعه با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی (AHP: Analytical hierarchy process) وزن دهی شده و در نهایت به یک شاخص خروجی مطلوب و یک شاخص خروجی نامطلوب و یک شاخص ورودی تقلیل یافت سپس کارایی تکنیکی نظام سلامت این کشورها با استفاده از مدل استاندارد برنامه ریزی خطی و ورودی محور محاسبه گردید و در نتیجه نظام سلامت کشورها بر اساس استفاده بهینه از منابع اولیه برای ارائه خدمات درمانی رتبه بندی می شوند و ارتقاء کارایی نظام سلامت هر کشور را در گرو پایین آوردن هزینه‌های سلامت آن کشور است.^{۱۹}

در مطالعه انجام شده توسط شیخ بگلو و همکاران با هدف ارزیابی سطح توسعه شهرستان‌های کشور و شناسایی مناطق محروم با استفاده از تکنیک تصمیم گیری چند شاخصه، ۵۴ شاخص مختلف توسعه تعریف و تنظیم گردید و وزن آنها با بهره گیری از روش‌های آنالیز و AHP و تلفیق نتایج آنها تعیین شد. سپس، سطح توسعه شهرستان‌ها با روش مجموع ساده وزین - SAW^۱ مشخص شد. بر اساس امتیازات حاصل از این روش، شهرستان‌ها در هفت گروه توسعه یافته، بسیار توسعه یافته، توسعه یافته، نسبتاً توسعه یافته، متوسط، نسبتاً محروم، محروم و بسیار محروم طبقه بندی شدند. تحلیل شاخص‌های مختلف در این مطالعه، نابرابری آشکاری را میان شهرستان‌ها از نظر سطح توسعه یافتگی نشان می دهد. سطح توسعه بیشتر شهرستان‌های کشور (تعداد ۲۱۶ شهرستان، معادل ۶۴ درصد کل شهرستان‌ها) پایین تر از حد متوسط است؛ به طوری که ۹۵ شهرستان در گروه نسبتاً محروم، ۸۵ شهرستان در گروه محروم و ۳۶ شهرستان در گروه بسیار محروم قرار می گیرند. این شهرستان‌ها نیازمند اتخاذ سیاست‌ها و انجام اقدامات مناسب و سریع هستند تا بتوانند بر محرومیت‌های فعلی فائق آیند و زمینه توسعه متعادل ملی و منطقه ای فراهم آید.^{۲۰}

ملکی و همکاران در پژوهش^{۲۱} تحلیل و طبقه بندی شاخص‌ها و تعیین اولویت‌های توسعه در استان‌های کشور با استفاده از روش تحلیل عاملی و تحلیل خوشه ای^{۲۲}، استان‌های مختلف کشور از نظر شاخص‌های اقتصادی، فرهنگی، بهداشتی و درمانی، خدماتی، رفاهی و کالبدی - شهرسازی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته و از نظر سطح توسعه یافتگی رتبه بندی شده اند. فرایند تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش، بر اساس روش «تحلیل عاملی» و «تحلیل خوشه ای» است. نتایج و یافته‌های حاصل از رتبه بندی استان‌ها از نظر سطوح توسعه یافتگی از شاخص‌های مورد بررسی، بیانگر آن است که رتبه اول به استان تهران تعلق دارد و استان‌های خراسان رضوی، اصفهان، فارس، آذربایجان شرقی، مازندران، خوزستان، کرمان و گیلان در مراتب بعدی هستند. استان‌های آذربایجان غربی، یزد، مرکزی، همدان و کرمانشاه دارای رتبه‌های نسبتاً پایین و سایر استان‌ها در رتبه‌های بسیار پایین قرار می گیرند. با تعیین سطح توسعه یافتگی و میزان آن برای هر منطقه، بهبود وضعیت برخورداری استان‌های توسعه نیافته از منابع، امکانات و تسهیلات در اولویت قرار می گیرد. بنابراین، درک و شناخت بهتر میزان توسعه یافتگی استان‌های کشور، موجب شناخت نقاط قوت و ضعف، توان‌ها و کمبودهای آنها و در نهایت توفیق برنامه ریزی منطقه ای می گردد.^{۲۱}

^۱ Simple Additive Weighted

موذنی و عزیزاده به مطالعه ای با هدف تعیین شاخص‌های نظری سنجش کیفیت زندگی عینی، ضمن ارایه مدلی برای سنجش کیفیت زندگی شهری در ایران بر طبق تحلیل آمارهای موجود (تحلیل ثانوی داده‌ها) و نیز با استفاده از تحلیل خوشه‌ای، به رتبه‌بندی استان‌های ایران از لحاظ برخورداری از میزان کیفیت زندگی پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، استان اصفهان با نمره کیفیت زندگی ۴/۵۲ بالاتر از حد میانگین، بالاترین رتبه (رتبه ۱) را در میان استان‌های ایران به خود اختصاص داده است. استان‌های یزد با نمره ۳/۸۵، فارس با نمره ۳/۱۶ و تهران با نمره ۳/۱۲ در رتبه‌های بعدی قرار دارند. استان ایلام نیز با نمره ۳/۵۸- زیر حد میانگین در کیفیت زندگی پایین‌ترین رتبه را (رتبه ۳۰) در این خصوص داشته است.^{۲۲}

در مطالعه دیگری که با هدف اولویت بندی مناطق ۱۳ گانه کلان شهر مشهد از نگاه مخاطرات محیط زیستی موثر جهت توسعه ی دومین کلان شهر کشور صورت گرفته است، در ابتدا، چهار معیار اصلی مخاطره آمیز شامل تراکم جمعیت، سرانه ی فضای سبز، آلودگی هوا و آلودگی منابع آب (درجه نیتراته شدن) بر پایه منابع موجود و نظرات خبرگان، انتخاب شد. سپس با کمک الگوریتم انتروپی، درجه اهمیت مخاطره یا به عبارتی ضریب وزنی هر کدام از معیارهای مذکور برآورد گردید. در گام بعد، با بهره گیری از فرایند تحلیل سلسله مراتبی، مقایسات زوجی مناطق و معیارهای مورد مطالعه انجام و در نهایت مناطق شهری بر حسب درجه آسیب پذیری به مخاطره، اولویت بندی شدند. نتایج پژوهش نشان داد که مناطق دوازده و نه شهری به ترتیب در رتبه نخست سلامت محیط زیستی جهت توسعه ی شهری بر اساس معیارهای مطالعاتی می‌باشند. همچنین مناطق یک، سه و منطقه ثامن (حرم رضوی) که از تراکم جمعیت و شرایط آلودگی منابع آبی و خاکی بالایی برخوردار می‌باشند، در اولویت‌های نخست آسیب پذیری قرار دارند.^{۲۳}

در پژوهش توصیفی که با هدف سطح بندی شهرستانهای استان کرمانشاه در بهره مندی از شاخصهای ساختاری سلامت با استفاده از الگوی اسکالوگرام انجام گرفته است، به بررسی وضعیت شاخصهای ساختاری سلامت در شهرستان‌های استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۸ پرداخته شده است. داده‌های مورد نیاز در سه گروه شاخصهای نهادی، نیروی انسانی و بهداشت روستایی با استفاده از یک فرم جمع آوری اطلاعات محقق ساخته و از طریق مطالعه سالنامه آماری استان جمع آوری گردید. تحلیل داده‌ها بر اساس الگوی اسکالوگرام و به کمک نرم افزار ۲۰۱۰ Excel و SPSS نسخه ۱۸ انجام گرفت. شکاف زیادی از نظر بهره مندی از شاخصهای ساختاری بهداشت و درمان در بین شهرستانهای استان کرمانشاه مشاهده شد. شهرستان کرمانشاه و جوانرود با ۸۱ امتیاز، بیشترین و شهرستان سرپل ذهاب با ۳۹ امتیاز، کمترین میزان بهره مندی از این شاخصها را به خود اختصاص دادند. در مجموع ۵۰ درصد از شهرستانهای استان در سطح توسعه نیافته و کمتر توسعه یافته و ۳۵/۷۲ درصد از آن‌ها در سطح توسعه یافته قرار داشتند. محققین نتیجه گرفتند بیشترین توسعه یافتگی مربوط به شاخص‌های نیروی انسانی و کمترین توسعه یافتگی مربوط به شاخصهای بهداشت روستایی و نهادی بود. در راستای بهبود وضعیت شاخصهای کمتر توسعه یافته و نیز تعدیل تفاوت‌ها در سطوح برخورداری شهرستان‌های استان، پیشنهاد

میشود برنامه‌ریزی‌های توسعه محور متناسب با سطوح توسعه یافتگی این شهرستانها به مرحله اجرا گذاشته شود.^{۲۴}

میرغفوری و همکاران در مطالعه خود به بررسی درجه توسعه‌یافتگی استانهای کشور از لحاظ دسترسی به شاخصهای بخش کتابخانه‌ای پرداختند. برای انجام این کار، با انتخاب ۱۲ شاخص کتابخانه‌ای، ابتدا با استفاده از روش تاکسونومی عددی وضعیت توسعه یافتگی استانهای کشور در این بخش شناسایی شد و استانهای کشور در ۳ طبقه «توسعه یافته»، «نسبتاً توسعه یافته» و «توسعه نیافته» قرار گرفتند. در مرحله بعد، با استفاده از روشهای آنتروپی شانون و SAW، استانهای کشور از لحاظ میزان برخورداری از این شاخصها رتبه بندی شدند. نتایج تحقیق نشان داد در زمینه شاخصهای کتابخانه‌ای، ۲۷٪ از استانهای کشور توسعه یافته، ۵۰٪ نسبتاً توسعه یافته و ۲۳٪ توسعه نیافته تلقی می‌شوند. همچنین، نتایج رتبه‌بندی استانهای کشور نشان داد استانهای تهران، یزد و آذربایجان شرقی دارای بهترین وضعیت و استانهای کردستان، قم و سیستان و بلوچستان دارای بیشترین محرومیت در این بخش هستند.^{۲۵}

در مطالعه انجام شده توسط قرخلو و حبیبی با هدف تحلیل مهاجرت در ارتباط با سطح توسعه یافتگی استان‌های کشور با استفاده از تکنیک‌های برنامه‌ریزی، سعی شده است با استفاده از مدل‌ها و تحلیل‌های برنامه‌ریزی یک رابطه منطقی بین استان‌های کشور برقرار نماید تا سطوح توسعه یافتگی یا عدم توسعه یافتگی را به ویژه در ارتباط با مهاجرت‌ها مشخص نماید. برای نیل به این هدف، در سنجش و تعیین درجه توسعه یافتگی متغیرهای زیادی در بخش‌های مختلف مطالعاتی در زمینه‌های فرهنگی-جهانگردی، مسکن و ساختمان، نیروی انسانی و اشتغال، بهداشت و درمان، ارتباطات و مخابرات و غیره طبقه بندی شده و ضریب توسعه یافتگی هر استان در بخش‌های مربوطه تعیین گردیده است. براساس یافته‌های این تحقیق رابطه‌ای معنادار میان توسعه یافتگی و مهاجرت برقرار می‌باشد.^{۲۶}

یکی از شاخص‌های اصلی توسعه، شاخص سلامت و به نوعی میزان بهره‌مندی جامعه از خدمات و امکانات بهداشتی و درمانی است. در مطالعه‌ای که به منظور سطح بندی شهرستان‌های استان آذربایجان غربی در بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان انجام شد. اطلاعات شاخص‌های مورد بررسی (نهادی، نیروی انسانی و بهداشت روستایی) از سالنامه آماری ۱۳۸۷ استان و اطلاعات جمعیتی شهرستان‌ها از مستندات مرکز آمار کشور جمع‌آوری شدند. داده‌ها با استفاده از مدل اسکالوگرام و نرم افزار اکسل تحلیل شدند و نقشه با کمک نرم افزار Arc GIS ترسیم شد. شهرستان مهاباد با ۹۷ امتیاز، بیش‌ترین و شهرستان پیرانشهر با ۳۹ امتیاز، کم‌ترین میزان بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان را به خود اختصاص دادند. در مجموع ۴۲٪ شهرستان‌های استان در سطح توسعه نیافته و کم‌تر توسعه یافته و تنها ۲۱٪ آن‌ها در سطح توسعه یافته قرار داشتند. از بین شاخص‌های مورد بررسی، بیش‌ترین توسعه یافتگی مربوط به شاخص‌های بهداشت روستایی و کم‌ترین توسعه یافتگی مربوط به شاخص‌های نیروی انسانی و نهادی بود. لذا پیشنهاد شد برنامه‌ریزی‌های توسعه محور متناسب با سطوح توسعه یافتگی این شهرستان‌ها اجرا شود.^{۲۷}

پژوهش انجام شده توسط تقدیسی و همکاران با بهره گیری از دو تکنیک تحلیل عاملی و تحلیل خوشه ای و استفاده از ۲۶ شاخص بهداشتی به تحلیل و سطح بندی شاخص های بهداشتی - درمانی شهرستان های استان گیلان می پردازد. رویکرد حاکم بر این پژوهش توصیفی - تحلیلی و از نوع کاربردی می باشد. یافته های پژوهش نشان می دهد شاخص های بهداشت و درمان در استان گیلان به صورت متوازن توزیع نشده و اختلاف فاحشی بین شهرستان های استان از نظر توسعه خدمات بهداشتی ملاحظه می شود. نتیجه به کارگیری تکنیک تحلیل عاملی، شهرستان ها را در ۵ سطح بسیار برخوردار، برخوردار، متوسط، محروم و بسیار محروم قرار داده که شهرستان های لاهیجان و لنگرود به ترتیب در بالاترین و پایین ترین سطح قرار گرفته اند. با استفاده از تکنیک تحلیل خوشه ای و ترسیم نمودار دندروگرام، شهرستان های استان در ۵ گروه همگن طبقه بندی شده اند. در پایان نیز پیشنهادهای جهت بهبود وضعیت نواحی محروم ارائه گردیده است.^{۲۸}

در مطالعه انجام شده توسط تقوایی و بای با عنوان سنجش میزان بهره مندی شهرستان های استان گلستان با استفاده از روش تحلیل سلسله مراتبی (AHP) (۱۳۹۱)، معیارهای کشاورزی و دامپروری، حمل و نقل، خدمات، صنعت و معدن، ساختمانی و عمرانی و جمعیت جهت سنجش میزان بهره مندی شهرستان های استان گلستان، انتخاب شدند که بر اساس نتایج بدست آمده شهرستان گرگان با ضریب بهره مندی ۱۰،۸۹ رتبه اول و شهرستان بندرگز با ضریب بهره مندی ۲،۲۸ رتبه یازدهم را بدست آورد. با درجه بندی این ضرایب، پنج منطقه با بهره مندی بسیار زیاد، بهره مندی زیاد، بهره مندی متوسط، بهره مندی کم و بهره مندی بسیار کم مشخص گردید. در انتها با تعمیم این ضرایب به نقشه شهرستان های متناظر نقشه میزان بهره مندی شهرستان ها و مناطق استان گلستان حاصل شد و با توجه به پتانسیل ها و نقاط ضعف هر کدام از این مناطق اهدافی در چهار سطح برای بهره مندی بیشتر شهرستان های استان گلستان تعیین گردید.^{۲۹}

پژوهش انجام گرفته توسط ضرابی و همکاران به بررسی و تحلیل فضایی توسعه شاخص های خدمات بهداشت و درمان در سطح شهرستان های استان اصفهان می پردازد. روش تحقیق حاضر «توصیفی - تحلیلی» است که با استفاده از ۴۷ شاخص و با بهره گیری از شاخص توسعه بهداشت و درمان انجام شده است. یافته های پژوهش نشان می دهد شاخص های بهداشت و درمان در استان اصفهان به صورت متوازن توزیع نشده و اختلاف فاحشی بین شهرستان های استان از نظر توسعه خدمات بهداشتی ملاحظه می شود. شهرستان های خوانسار و برخوار و میمه به ترتیب در بالاترین و پایین ترین سطح قرار گرفته اند. «رگرسیون چند متغیره» سهم شاخص «نیروهای انسانی متخصص» را در توسعه بهداشت و درمان شهرستان های استان بیش از سایر شاخص های پژوهش پیش گویی می نماید و شاخص های «نیروی انسانی غیر متخصص»، «نهادی» و «بهداشت روستایی» به ترتیب سهم کمتری در پیش گویی توسعه بهداشت و درمان استان دارند.^{۳۰}

مطالعه قبیری به رتبه بندی، تعیین سطوح توسعه و پیش بینی اولویت برنامه ریزی و توسعه نقاط شهری استان های ایران در سال ۱۳۸۵ با استفاده از ۵۴ شاخص در بخش های بهداشتی و درمانی، فرهنگی و

آموزشی، اقتصادی، زیربنایی و مسکن، ورزشی و تفریحی از شاخص‌های مورد مطالعه پرداخته است. روش پژوهش «توصیفی-تحلیلی» است. ابتدا با استفاده از روش تحلیل عاملی و شاخص ترکیبی توسعه انسانی، درجه توسعه یافتگی نواحی محاسبه و رتبه هر یک از نواحی در شاخص‌های بخش‌های مورد مطالعه مشخص شد. سپس با استفاده از روش تحلیل خوشه‌ای، نقاط شهری استان‌های ایران در سه سطح توسعه یافته، نیمه توسعه یافته و محروم طبقه بندی شده‌اند. در نهایت به ارزیابی رابطه رگرسیونی جهت پیش بینی سهم عوامل تاثیرگذار بر توسعه نواحی و اولویت بندی نواحی جهت سرمایه گذاری و تعدیل نابرابری‌های ناحیه ای پرداخته شده است. نتایج حاصل از روش تحلیل عاملی و شاخص ترکیبی توسعه انسانی نشان می‌دهد که در میان نقاط شهری استان‌های ایران، عدم تعادل و شکاف وجود دارد و این واگرایی ناحیه ای تا حدودی از مدل مرکز-پیرامون پیروی می‌کند. بنابراین با توجه به مدل رگرسیونی، شاخص‌های اقتصادی و بهداشتی و درمانی در اولویت اول به ترتیب برای نواحی محروم، نیمه توسعه یافته و توسعه یافته پیشنهاد می‌شود. شاخص‌های زیربنایی و مسکن و ورزشی در اولویت دوم به ترتیب از نواحی محروم به توسعه یافته جهت کاستن از نابرابری‌های ناحیه ای توصیه می‌شود.^{۳۱}

در پژوهش توصیفی تحلیلی انجام شده توسط انجم‌ک شعاع و همکاران با عنوان تحلیل نابرابری توزیع خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های استان یزد (۱۳۹۲)، جامعه آماری پژوهش را شهرستان‌های استان یزد تشکیل داده و از تکنیک تصمیم‌گیری چندمعیاره (MADM)^۱ استفاده شده است. شاخص‌های مورد مطالعه با استفاده از مدل آنتروپی شانون وزندهی شده و سپس با بهره‌گیری از تکنیک تاپسیس، به ارزیابی هر یک از شهرستان‌ها پرداخته شد. نتایج حاکی از آن است که امکانات و خدمات سلامت در استان یزد به صورت متوازن توزیع نشده و اختلاف زیادی بین شهرستان‌ها از نظر توسعه خدمات سلامت وجود داشت. صاحب‌نظران اخلاق نیز می‌بایست در زمینه رعایت عدالت و برابری و توجه به همه اقشار و گروه‌های مستقر در نواحی مختلف جغرافیایی، برای رفع مشکلات گره‌گشایی کنند و دید وسیع تری به سیاست گذار ارائه دهند.^{۳۲}

در مطالعه انجام گرفته توسط زیاری با عنوان سنجش درجه توسعه یافتگی فرهنگی در استان‌های ایران، ۲۳ شاخص انتخابی فرهنگی با استفاده از الگوی تاکسونومی عددی ضرایب توسعه یافتگی فرهنگی محاسبه شده است. نتایج پژوهش گویای آن است که استان تهران در میان استان‌های کشور، به دلیل شدت توسعه یافتگی فرهنگی، نسبت به سایر استان‌ها ناهمگن است. استان‌های تهران، سمنان، یزد، کرمان، اصفهان، مازنداران، آذربایجان شرقی، گیلان در گروه دارای امکانات فرهنگی و استان‌های خراسان، زنجان، چهارمحال و بختیاری، اردبیل، مرکزی، فارس، همدان و آذربایجان غربی در گروه استان‌های نیمه برخوردار فرهنگی و استان‌های کهگیلویه و بویراحمد، خوزستان، بوشهر، هرمزگان، کردستان، کرمانشاه، لرستان، ایلام و سیستان بلوچستان جزو استان‌های محروم از امکانات فرهنگی قرار دارند. از عوامل مؤثر در نابرابری‌های فرهنگی استان‌ها، نبود فرصت‌های برابر در منابع، وجود نظام برنامه ریزی مرکزگرا و بهره‌گیری از الگوی توسعه «مرکز-پیرامون» بوده است. تخصیص بهینه منابع

^۱ Multi-attribute decision-making

فرهنگی از پایین ترین استانها در نظام سلسله مراتب توسعه و سپس ارائه در فرصتهای برابر منابع به عنوان دو راهبرد اساسی توسعه فرهنگی توصیه می‌شود.^{۳۳}

مشرقی و همکاران به ظرفیت سنجی شهرداری تهران در سه بعد همکاری برون سازمانی، بهبود مولفه‌های کالبدی و زیست محیطی مرتبط با سلامت شهری و بعد همکاری درون سازمانی در وضعیت موجود و ممکن پرداختند تا از بررسی فاصله بین وضعیت موجود با ظرفیت‌های بالقوه، ظرفیت شهرداری تهران جهت ارتقای سلامت شهری به دست آید. در این پژوهش توصیفی-پیمایشی، جهت گرد آوری داده‌ها از روش مطالعات کتابخانه‌ای و میدانی استفاده شده است. در مطالعه میدانی حجم نمونه مورد استفاده ۱۱۴ مورد و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی بوده است.

بر اساس نتایج تحقیق میانگین کلی امتیازات مربوط به هر سه بعد تقریباً یکسان و در حد متوسط بوده است که با توجه به بسترهای موجود در کشور، عملکرد شهرداری تهران جهت ارتقای سلامت شهری چندان مطلوب نبوده و نیازمند بهبود و ظرفیت‌سازی لازم می‌باشد. از عمده چالش‌ها و موانع ارتقای سلامت شهری به ترتیب می‌توان به عدم وجود مدیریت یکپارچه سلامت شهری، ضعف در قوانین و مقررات حمایت‌گر سلامت شهری در سطح ملی و محلی، نبود برنامه جامع سلامت شهری و عدم وضوح و صراحت لازم در وظایف شهرداری تهران در حوزه سلامت شهری اشاره نمود. از میان اقدامات لازم برای ظرفیت‌سازی دخالت شهرداری تهران در حوزه‌های سلامت شهری، می‌توان به مدیریت یکپارچه سلامت شهری و همکاری سایر شرکا، دگرگونی چارچوب‌های حقوقی و قانونی حمایت‌گر سلامت شهری، توسعه فرهنگ مشارکت اجتماعی و تدوین "برنامه جامع سلامت شهری" با ضمانت قانونی و اجرایی لازم اشاره نمود.

ب) مطالعات انجام شده در سایر کشورها

یک بررسی در سال ۲۰۰۶ که توسط King و همکارانش در استرالیا در مورد وزن و تعیین رتبه آن که بصورت مقطعی در سطح نواحی که اوضاع اجتماعی نامساعد و اضافه وزن یا چاقی دارند انجام گرفت. آنها همه مراکز جمع‌آوری آمار در ۲۰ منطقه دولتی در شهر ملبورن استرالیا را شناسایی و آنها را بر اساس درصد خانوارهای کم درآمد (کمتر از ۴۰۰ دلار در هفته) رتبه‌بندی نمودند و از بین تمام این مراکز ۵۰ مرکز را بطور تصادفی از کمترین، متوسط و بیشترین اوضاع نامساعد اجتماعی در لیست رتبه‌بندی داشتند و حدود ۴۹۱۳ خانوار (۶۱/۴ درصد میزان شرکت‌کننده‌ها) یکی از دو بررسی را تکمیل کردند. و برای رتبه‌بندی از رگرسیون خطی چندگانه برای برآورد واریانس BMI و اهمیت شرایط اجتماعی نامساعد در پیش‌بینی BMI استفاده شد.^{۳۴}

در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت برای دستیابی و عملکرد نظام سلامت، این سازمان تمام کشور های عضو را بر حسب ۸ شاخص: امید به زندگی تعدیل شده برحسب ناتوانی (DALE)، نابرابری سلامت برحسب میزان بقای کودکان، سطح پاسخ‌دهی، توزیع پاسخ‌دهی، عادلانه بودن مشارکت در

تامین مالی، دستیابی کلی به اهداف، عملکرد در ارتباط با سطح سلامت و همچنین عملکرد کلی نظام سلامت رتبه بندی نموده است.^{۳۵}

یک مطالعه اکتشافی را Karen با عنوان رتبه بندی تعیین کننده های سلامت جمعیت در MC Dowell County در غرب ویرجینیا انجام داد. ایشان در این مطالعه از مدل مفهومی (Health Field Model) که بر اساس تعریف سلامت و تعیین کننده های سلامت و بوسیله موسسه پزشکی تعریف شده بود استفاده کرد. از نظر این مدل، سلامت یک طبیعت پیچیده و چندگانه داشته و یک مفهومی برای هماهنگی تلاش های جامعه همراه با داده های جمع آوری شده برای بهبود پیامدهای سلامت ارائه می دهد و این بررسی به پژوهشگر اجازه می دهد تا نقاط عمده و اصلی سلامت را که قبلاً نمی شد با یک ابزار به آن دست یافت شناسایی و اندازه گیری نماید. حوزه سلامت انتخاب شده برای مطالعه شامل محیط اجتماعی، شیوه زندگی و دسترسی به خدمات و مراقبت سلامت بود.^{۳۶}

در مطالعه Bedirhan با عنوان منابع چندگانه خبری رتبه بندی تاثیرات ناتوانی شرایط مختلف سلامت در ۱۴ کشور، از ۲۴۱ منبع خبری مثل متخصصین سلامت، سیاست گذاران، افراد دارای ناتوانی و مراقبین آنها از ۱۴ کشور برای رتبه بندی شرایط مختلف از ناتوانی خیلی زیاد تا ناتوانی کم سوال شده و از روش های آماری Kruskal- wallis ANOVA برای تست اختلاف بین رتبه بندی بین کشورها یا گروه های خبری و از همبستگی Kendall T-B برای اندازه گیری ارتباط بین ترتیب رتبه بندی ها استفاده شده است.^{۳۷}

در مطالعه ای که AISHA در پاکستان انجام داده است، این بررسی از ۱۱ شاخص مربوط به بخش های آموزش، سلامت و تامین آب، برای رتبه بندی مناطق پاکستان در سطح توسعه اجتماعی، همچنین برای توضیح تفاوت های موجود در زیر ساخت های توسعه اجتماعی در این مناطق استفاده کرده است. رتبه بندی، ارتباط کامل بین سطوح توسعه اجتماعی و اقتصادی را در مناطق نشان می دهد و دیگر تعیین کننده های مهم تفاوت بین سطوح اجتماعی و اقتصادی، گسترش شهرنشینی، مدیریت توسعه مناطق، اهمیت اقتصادی و جغرافیایی می باشند که پنجاب در بالاترین سطح می باشد. در این مطالعه از اندازه گیری سه شاخص میانه، واریانس و ضریب انحرافات برای توصیف و مقایسه توزیع شاخص ها استفاده شده است که تفاوت های توسعه اجتماعی مناطق را مشخص می کند و همچنین از تکنیک Z-Sum که جمع نمرات خالص شاخص های هر منطقه می باشد استفاده شده است.^{۳۸}

مطالعه ای که در هند انجام شده نشان می دهد که دسترسی به داده های قابل اعتماد در سطح منطقه ای و بلوک مرتبط به شاخص های کلیدی اجتماعی، اقتصادی و جمعیتی برای اولویت بندی در برنامه ریزی و پایش سیاست ها و اهداف خاص توسعه منطقه برای هر دولتی بسیار مهم می باشد. شناسایی و انتخاب متغیرهای مناسب در محاسبه شاخص های ترکیبی به توسعه تمامی مناطق و بلوک کمک می کند. دو نیاز اساسی در انتخاب و محاسبه متغیرهای ترکیبی وجود دارد. ابتدا متغیر بایستی مستقیماً مربوط به توسعه و دیگری مربوط به اندازه گیری خطا باشد. در سطح منطقه تعدادی از شاخص ها تحت تاثیر عواملی مثل توسعه کم مناطق، موقعیت جغرافیایی و نزدیکی به شهر های بزرگ قرار خواهند گرفت. در

این مطالعه تلاش شده است تا با ایجاد یک پایگاه داده‌ها برای آمارهای اجتماعی و جنسیت در سطح منطقه ایجاد گردد. این پایگاه داده‌ها دارای شاخص‌های مهم و مختلف توسعه است که شامل جمعیت، باروری، سلامت کودکان، آموزش، مشارکت در کار و غیره می‌باشد. و این پایگاه داده‌ها می‌تواند سرانجام اطلاعات موجود در سطح شهرستان را استخراج نماید.^{۳۹}

مطالعه ای که Ellen برای رتبه‌بندی کشورها بر اساس تحلیل مرگ‌های مربوط به مراقبت سلامت (به استثنای بیماری‌های ایسکمیک قلب) در ۱۹ کشور عضو OECD انجام داد، کشورها را مجدداً رتبه‌بندی نمود. در این رتبه‌بندی تفاوت قابل ملاحظه‌ای در بین کشورها نسبت به گزارش بهداشت جهانی سال ۲۰۰۰ ارائه می‌دهد. هیچ کشوری موقعیت خود را که در گزارش WHO داشت حفظ نکرد. رتبه‌بندی کشورهای جنوب اروپا و ژاپن که آنهایی که جزء کشورهای اسکاندیناوی بودند ارتقاء یافته بود و بعضی از کشورها که در میانه طیف رتبه‌بندی بودند مثل انگلستان و هلند پایین تر افتاده بودند. رتبه‌بندی وقتی تغییر پیدا کرد که بیماری‌های ایسکمیک قلب شامل مراقبت‌های سلامت گردید. سطح بالای سلامت در کشورهایی که رتبه عملکرد خوبی داشتند ممکن است بر اساس داشتن شانس خوب در موقعیت جغرافیایی، عادات غذایی و موفقیت در سیاست‌های موثر در سلامت که بطور مشخص به مراقبت سلامت مرتبط می‌شود باشد.^{۴۰}

بنیاد رتبه‌بندی سلامت امریکا داده‌های رتبه‌بندی ایالات متحده را از حداقل سالم تا سالم‌ترین بطور گسترده دریافت می‌کند. مؤسسه جمعیت و سلامت دانشگاه ویسکانسین با استفاده از الگوی بنیاد سلامت متحده برای توسعه شهرستان ویسکانسین رتبه‌بندی‌های سلامت را از داده‌هایی در سطح شهرستان وجود دارد انجام می‌دهد. این مؤسسه اولین رتبه‌بندی خود را در سال ۲۰۰۴ منتشر کرد. بررسی مقامات سلامت ویسکانسین نشان می‌دهد آنها قصد دارند رتبه‌بندی را برای نیازهای ارزیابی، برنامه ریزی و بحث با هیات سلامت شهرستان استفاده کنند. این مؤسسه بسیاری از پیشنهادات مقامات سلامت را برای بهبود رتبه‌بندی در نسخه‌های بعدی اجراء می‌کند. این روش‌های بکار گرفته شده برای رتبه‌بندی باید در ایالات کاربرد داشته باشد. در این پژوهش برای رتبه‌بندی شهرستان‌ها از دو شاخص خلاصه شده رتبه‌بندی استفاده شده است: ۱- پیامدهای سلامت ۲- تعیین کننده‌های سلامت. متوسط وزن تعیین شده برای هر چهار جزء تعیین کننده سلامت عبارتست از: ۱- مراقبت سلامت (۱۰٪) ۲- اقتصادی (۴۰٪) ۳- اجتماعی (۴۰٪) ۴- محیط فیزیکی (۱۰٪) هر شاخص بر اساس سیاست قابل دسترس بودن داده‌ها که بصورت ثابت در سراسر ایالت در سطح شهرستان جمع‌آوری می‌شود و وزن داده شده به چهار جزء تعیین کننده سلامت، بر اساس نظر کارشناسان و بررسی متون با توجه به چگونگی ترکیب این شاخص‌ها صورت گرفته است. در طراحی رتبه‌بندی سلامت، مؤسسه با سیاست‌گذاران و دیگر ذینفعان سلامت مشورت نموده و این رتبه‌بندی سلامت را درست کرده‌اند. در رتبه‌بندی‌های سلامت ما بر روی دو دسته از شاخص‌های سلامت تمرکز کردیم: تعیین کننده‌های سلامت و پیامدهای سلامت. پیامدها وضعیت فعلی سلامت شهرستان را اندازه می‌گیرند. اگر چه تعیین کننده‌های سلامت پیش‌بینی کننده‌های پیامدهای آینده سلامت هستند، ما از دو زیر گروه گسترده برای ارائه پیامدهای سلامت، مرگ و

جنبه‌های سلامت افراد زنده استفاده کردیم و برای هر کدام از اندازه گیری سال‌های بالقوه زندگی از دست رفته بخاطر مرگ و خود گزارشی جنبه‌های سلامت برای وضعیت سلامت استفاده کردیم. ما اولویت‌های سلامت ایالت ویسکانسین برای اندازه گیری تعیین کننده‌های سلامت انتخاب کردیم و ۱۸ شاخص تعیین کننده سلامت را به چهار زیر گروه تقسیم کردیم که عبارتند از: دسترسی به مراقبت سلامت، عوامل اقتصادی، عوامل اجتماعی و محیط فیزیکی. هر دسته و زیر گروه‌ها شامل یک یا بیشتر معیارهای اندازه گیری است. معیار برای این اقدامات شامل اندازه گیری مستقیم یا تقریباً نزدیک جنبه‌های بهداشت عمومی و بروز رسانی دوره ای در سطح شهرستان جمع آوری می‌شود. و به مقدار کافی و نسبتاً پایدار در سطح شهرستان تخمین می‌زنند. رتبه‌بندی برای گروه‌ها و زیر گروه‌های سلامت رتبه بندی میانگین وزن استاندارد نمرات Z برای اندازه گیری سلامت و زیر شاخه‌های آن ساخته شده است. "موسسه سلامت جمعیت دانشگاه ویسکانسین" برای رتبه بندی سلامت بر اساس مدل ویسکانسین به شرح زیر به شاخص‌ها وزن داده شده است: ۱- مراقبت سلامت (۱۰٪) ۲- عوامل اقتصادی (۴۰٪) ۳- اجتماعی (۴۰٪) ۴- محیط فیزیکی (۱۰٪) و برای رتبه‌بندی سلامت ایالت (نیو مکزیکو) بر اساس مدل ویسکانسین با یک اصلاح اندکی که در وزن شاخص‌های تعیین شده صورت گرفته است که عبارتست از: ۱- رفتارهای بهداشتی (۴۰٪) ۲- بهداشت و درمان (۱۵٪) ۳- عوامل اقتصادی و اجتماعی (۴۰٪) ۴- محیط فیزیکی (۵٪) همچنین در گزارش ۲۰۰۹ بهداشت امریکا (AHR) برای رتبه‌بندی سلامت برای چهار دسته از شاخص‌های تعیین شده وزن‌های داده شده عبارتند از: ۱- رفتارهای بهداشتی (سیگار کشیدن، چاقی، نوشیدن شراب) ۳۷٪ ۲- مراقبت‌های درمانی (بیمه بهداشت و درمان، پزشکان مراقبت‌های اولیه، بستری شدن در بیمارستان) ۲۷٪ ۳- عوامل اجتماعی و اقتصادی (فارغ التحصیلی از مدرسه، کودکان در فقر، جرم و جنایت خشونت آمیز) ۲۷٪ ۴- محیط فیزیکی (آلودگی هوا) ۹٪^{۴۱}

طبق مطالعه Ham و همکاران، نشان دادند که رتبه‌بندی شهرها بر اساس میزان سلامت نقش مهمی در افزایش میزان آگاهی مردم و سیاستگذاران از چالش‌های پیش رو در زمینه سلامت دارد و سیاستگذاران می‌توانند با استفاده از مطالعات رتبه‌بندی شهرها به عنوان یک نقشه راه برنامه ریزی صحیحی انجام دهند.^{۴۲}

فصل سوم – روش پژوهش

این مطالعه از نوع طراحی یک سیستم بوده و با رویکرد کیفی انجام گرفت. اطلاعات از سه منبع گردآوری شدند:

- (۱) بررسی متون
- (۲) مصاحبه با خبرگان و ذینفعان
- (۳) جلسات بحث گروهی متمرکز اعضای کمیته راهبری فنی

بخش اول) بررسی متون

ابتدا جهت بررسی مستندات موجود با استفاده از کلیدواژه‌های مناسب، یک جستجو در موتورهای جستجوگر www.eric.ed.gov و scholar.google.com و google.com و پایگاه‌های داده www.who.int و www.irandoc.ac.ir و medlib.ir و magiran.com و www.cochrane.org و iranmedex.com و sid.ir و pubmed.org و sciencedirect.com انجام شده و کلیه مستندات و مقالات مربوطه استخراج گردید. مقالات جمع‌آوری شده از نظر ارتباط (Relevancy) با موضوع بررسی شده و مقالات بدون ارتباط کنار گذاشته شدند. بر اساس متون پرسشنامه ای تهیه گردید و روایی آن در دوجلسه بحث گروهی توسط اساتید تایید گردید.

سوالات پرسشنامه به شرح زیر هستند:

- (۱) به نظر شما نظام اعتبار بخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرهای کشور چقدر به ارتقای سلامت کمک می‌کند؟
- (۲) به نظر شما به منظور اعتبار بخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرهای کشور از چه شاخص‌هایی باید استفاده شود؟
- (۳) به نظر شما برای رتبه‌بندی بهتر شهرها، دسته بندی شهرهای کشور بر چه مبنایی باشد؟ (جمعیتی، تقسیمات کشوری و...)
- (۴) به نظر شما بهتر است مرجع یا مراجع تصویب و اجرای این نظام نامه کدام سازمان یا سازمان‌ها باشند؟
- (۵) به نظر شما مراحل اجرا و پیاده سازی این ارزیابی باید چگونه باشد؟ و پیش نیازهای اجرای چنین ارزیابی‌هایی چیست؟
- (۶) به نظر شما منابع مالی اجرای این پروژه از چه محلی باید تامین شود؟
- (۷) به نظر شما شیوه تشویق و جریمه شهرهای رتبه‌بندی شده باید چگونه باشد؟

بخش دوم) مصاحبه‌ها

روش نمونه‌گیری در این مطالعه از نوع نمونه‌گیری هدفمند و عمدی (Intentional) به صورت شناسایی خبرگان و انجام مصاحبه ساختاریافته با آنها بود. علت انتخاب این شرکت کنندگان فرض احاطه آنان به موضوع مورد نظر بود. روش انجام کار به این صورت بود که ابتدا فایل پرسشنامه برای صاحب نظران توسط ایمیل فرستاده شد (پیوست شماره ۱). سپس تیم تحقیق با وقت قبلی جهت مصاحبه حضوری مراجعه نمودند. تمام مصاحبه‌های انجام شده با کسب رضایتنامه آگاهانه از شرکت کنندگان ضبط و در اولین فرصت پس از اتمام هر مصاحبه، کلمه به کلمه بر روی کاغذ نوشته شد. پاسخها به روش تحلیل درون مایه ای (Thematic Analysis) مورد تحلیل قرار گرفتند؛ بدین صورت که تم‌ها یا درونمایه‌ها به عنوان کوچک‌ترین واحدهای معنی‌دار استخراج، کدبندی و طبقه‌بندی شدند.

بخش سوم) جلسات بحث گروهی

در مجموع دو جلسه بحث گروهی انجام گرفت. زمان هر زمان جلسه بحث گروهی حدود دو ساعت بود. جلسه FGD توسط یک هماهنگ‌کننده بحث (moderator or facilitator) هدایت شد (مجری طرح). مطابق استاندارد FGD، یک نفر همکار وظیفه یادداشت برداری از مباحثات جلسه (note taking) را بر عهده داشت. همچنین در جلسه بحث گروهی متمرکز، علاوه بر یادداشت برداری، ضبط صوتی نیز انجام شد. در این جلسات ابتدا سه موضوع مورد اجماع قرار گرفت:

۱) الگوی مفهومی و اصول طراحی

۲) شیوه نامه اعتبار بخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها

۳) جدول شاخص‌های سلامت شهرها

نتایج بحث گروهی با روش‌های رایج آنالیز محتوی صورت گرفته و سپس بر اساس تحلیل نتایج جلسه بحث گروهی پیش‌نویس شیوه نامه تهیه شد و این پیش‌نویس در جلسه کمیته راهبری فنی نهایی گردید. محصول نهایی این طرح شیوه نامه اعتبار بخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها می‌باشد. چارچوب شیوه نامه شامل سه جزء اصلی اهداف، روش اجرا و الزامات تنظیم شدند.

فصل چهارم – یافته‌های پژوهش

بخش اول) مصاحبه‌ها

در این طرح مجموع ۱۲ مصاحبه انجام گرفت:

جدول شماره ۳: مشخصات مصاحبه شونده‌گان

ردیف	سمت
۱	استاد محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران
۲	دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۳	دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۴	مدیرکل سلامت شهرداری تهران
۵	معاون محترم شورای عالی استان‌ها
۶	معاون امور شهرداریهای سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور
۷	مدیرکل دفتر برنامه ریزی اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور
۸	هیات علمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۹	معاون پیشگیری اداره کل سلامت شهرداری تهران
۱۰	دبیرخانه شهر سالم، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۱۱	استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران رییس مرکز تحقیقات آلودگی هوا
۱۲	دکترای جغرافیا و برنامه ریزی شهری هیات علمی دانشگاه علامه طباطبایی

جمع بندی سوالات مصاحبه‌ها به تفکیک سوال

به نظر شما نظام اعتبار بخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرهای کشور چقدر به ارتقای سلامت کمک می‌کند؟

خبرگان معتقد بودند که نظام اعتبار بخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها تبعات مثبت زیادی به همراه خواهد داشت از جمله:

- ۱) ایجاد رقابت که باعث ارتقای شهرها از نظر سلامت محوری خواهد شد: اگر سلامت را به عنوان یکی از معیارهای زیست پذیری شهری در نظر بگیریم سپس این شافص می‌تواند در حوزه رقابت پذیری شهرها موثر باشد و به شکل گیری برتر شهر و رقابت شهرها با یکدیگر کمک کند.
 - ۲) باعث عینی شدن مفهوم "شهر سالم" خواهد شد.
 - ۳) رسالت دانشگاه و نقش پژوهش را مشخص می‌کند و مسئولیت اجتماعی آنها را شفاف می‌کند.
 - ۴) وضعیت را برای سیاستگذاران مشخص کرده و به عنوان نقشه راهی محورهای را که باید روی آن کار کنند را تعیین می‌کند.
- اما گروهی از خبرگان نیز معتقد بودند که این نظام رتبه‌بندی در صورت عدم اجرای صحیح می‌تواند تبعات منفی به بار داشته باشد. "نظام رتبه‌بندی سلامت شهرهای کشور می‌تواند مانند تیغ دو لبه عمل کند. به همین جهت باید بسیار دقت شود تا باعث سرفورکی و انگیزش منفی نشود."

به نظر شما در اعتبار بخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرهای کشور از چه شاخص‌هایی باید استفاده شود؟

به عقیده خبرگان شاخص‌ها باید دارای شاخص‌های زیر باشند:

- ۱) جامعیت داشته باشند و همه ابعاد سلامت را دربر بگیرد. "کنته فیلی مهم اینک شافص‌ها از چند مربع علمی و اجرایی گرفته شود سپس در بای پیلوت گردد و آنگاه بعد از مشفص شدن نقاط ضعف و قوت به تصویب برسد" و "شاید در نظر گرفتن یک شافص به تنهایی فیلی مناسب نباشد و باید ترکیبی از شافص‌های مختلف در نظر گرفته شوند." و "مناسبت است که چند شافص کلان در هم ادغام شده و از آنها بهره گرفته شود"
- ۲) نکته بسیار مهم جامعیت شاخص‌ها است.
- ۳) قابل اندازه گیری و عینی (Objective) باشند
- ۴) شاخص‌ها باید طوری انتخاب شوند که قابلیت مداخله داشته باشند. "باید از شافص‌هایی استفاده نمود که علاوه بر قابلیت وصول و گردآوری بتوانیم بعدا بر روی آنها کار نماییم و مدافله نماییم."
- ۵) حتی الامکان از تدوین شاخص جدید خودداری شود و از شاخص‌های تعریف شده استفاده گردد. "نیازی به شافص سازی جدید نیست. زیرا تروین شافص‌های جدید زمان بر بوده و بهتر است از

شافص‌های تعریف شده موجود استفاده شود " و " بهتر است در فاز اول از داده‌های ثانویه استفاده شود و در صورت نیاز در فاز دوم شافص‌های جدید تعریف و اندازه‌گیری شوند."

شاخص‌هایی که خبرگان بر آن تاکید داشتند به قرار زیر هستند:

- (۱) شاخص‌های ۵۲ گانه عدالت در سلامت
- (۲) پوشش همگانی سلامت (Universal health coverage)
- (۳) سایر شاخص‌های پیشنهادی به قرار زیر می‌باشند: تغذیه - دسترسی به خدمات - محیط زیست - سلامت اجتماعی - سلامت روان - رعایت اصول اخلاقی و حقوق شهروندی - مشارکت مردم در توسعه شهری و نحوه اندازه‌گیری آن شامل تعداد شوراهای محله - سمن‌ها - مشارکت خیرین - همکاری بین بخشی - مشارکت بخش خصوصی و جامعه مدنی (جامعه ای که در آن مردم بدون وجود یک ساختار رسمی، به حقوق یکدیگر احترام می‌گذارند) - شاخص‌های زیست پذیری و رقابت پذیری شهرها و شاخص توسعه انسانی به عنوان بهترین شاخص است.

به نظر شما برای رتبه‌بندی بهتر شهرها، دسته بندی شهرهای کشور بر چه مبنایی باشد؟ (جمعیتی، تقسیمات کشوری و...)

نکته ای که تقریباً تمامی خبرگان بر آن متفق القول بودند این بود که در دسته بندی شهرها بهتر است از روش‌های تشخیص مناطق همگن (همگن بودن در حوزه سلامت) استفاده نمود به طوری که هموزن بودن مناطق مورد ارزیابی و رتبه‌بندی لحاظ شود. "طبیعی هست که ما نمی‌توانیم همه شهرها را در یک رتبه‌بندی ببینیم. هم جمعیت و هم شافص توسعه یا فتگی هست و باید شهرهایی که از نظر توسعه یافتگی همسان هستند با هم‌رتبه مقایسه بشوند بنابراین تقسیمات کشوری و جغرافیایی خیلی مبنای خوبی نمی‌باشند." و "الان متأسفانه به دلیل توزیع ناعادلانه منابع، هر کس قدرت بیشتری دارد می‌تواند منابع (هم بودجه و هم نیروی انسانی) بیشتری را جذب نماید، بنابراین باید این مسئله در هنگام مقایسه شهرها تماماً لحاظ کرد." دسته بندی‌های پیشنهادی به قرار زیر بودند:

- (۱) توجه به اقلیم شهرها
- (۲) وضعیت الگو و ترکیب فعالیت‌های اقتصادی شهرها
- (۳) وضعیت توسعه یافتگی " می‌توان شهرها را به سه دسته توسعه یافته، توسعه یافته متوسط و کم تر توسعه یافته تقسیم بندی نمود و رقابت را بین هم ترازا اتمام داد."

به نظر شما بهتر است مرجع یا مراجع تصویب و اجرای این نظام نامه کدام سازمان یا سازمان‌ها باشند؟

نکاتی که خبرگان بر آن تاکید داشتند:

- ۱) الزامات استقرار نظام نامه: "اول باید پیش شرطها و الزامات را مشخص کنیم و سپس اختیارات هر مربع برای مول نمودن این مسئولیت مشخص گردد."
- ۲) ضمانت اجرایی: به نظر برخی از آنان، آنچه که از مرجع تصویب نظام نامه نیز مهمتر است، ضمانت اجرایی آن است. "باید دید که تصویب نظام نامه در هر مربعی تا چه عری ضمانت اجرایی به همراه دارد."

مراجع پیشنهادی برای تصویب نظام نامه از دیدگاه خبرگان به قرار زیر بودند:

- ۱) شهرداریها: "در برنامه چهارم توسعه بیشتر مسئولیتها به شهرداریها واگذار شده است."
- ۲) وزارت کشور: "وزارت کشور مدیریت استانداریها را بعنوان حکمرانان محلی بر عهده دارد."
- ۳) وزارت بهداشت: "از آنجا که این رتبه بندی در عیطه سلامت انجام می شود، بهترین متولی تصویب و اجرای این نظام نامه وزارت بهداشت و سازمانهای وابسته به آن و دانشگاههای علوم پزشکی می باشند."
- ۴) شورای عالی سلامت و امنیت غذایی: "چون این موضوع تخصصی است، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی می تواند برای تصویب و قانع کردن سایر سازمانها موثر باشد."
- ۵) کمیسیون امور کلان شهرها در هیات دولت: "بهتر است این موضوع از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مطرح نگردد. بهترین جا، کمیسیون امور کلان شهرها (که در این دولت ایجاد شده است) می باشد. چرا وقتی از این طریق برود آنها شاید بیش تر احساس کنند که برنامه خودشان است و شانس اجرای آن بالاتر می رود. حال پس از تصویب آن در این کمیسیون، در هیات دولت مطرح و مصوب گردد. چون این زمینه ذهنی در کمیسیون مذکور وجود دارد."
- ۶) شورای عالی استانها: "شوراها نقش هماهنگی و سیاستگزاری دارند بنابراین شورای عالی استانها می تواند این مسئولیت را بر عهده گیرد"
- ۷) بخش خصوصی: به عقیده عده ای از خبرگان مشارکت بخش خصوصی ضروری است. "ارزیابی باید بر عهده یک نهاد مستقل غیر دولتی باشد مانند nice. یعنی ارزیابی شفافها را انجام دانه و وضعیت شفافهای هر استان را فارغ از تعارض منافع بیان کند." و "بهتر است بدلیل تغییرات مدیریتی زیاد در دستگاههای دولتی، کار ارزیابی برون سپاری شده و مثلاً به بخش غیر دولتی سپرده شود (با نظارت دولت یک بور فرید خدمت انجام شود)."

به نظر شما مراحل اجرا و پیاده سازی این ارزیابی باید چگونه باشد؟ و پیش نیازهای اجرای چنین ارزیابی‌هایی چیست؟

در مورد مراحل اجرا و پیاده سازی، تقریباً تمام مصاحبه شوندگان بر این عقیده بودند که بهتر است این نظام نامه ابتدا به صورت پایلوت اجرا شود و پس از مشخص شدن مشکلات اجرایی به تمام کشور تعمیم داده شود.

با این حال در مورد اهمیت و چگونگی انجام پایلوت عقاید مختلفی وجود داشت:

- (۱) " در ابتدا بهتر است گروه‌ها و شهرهای پایلوت از دسته‌های مقتلف برای اجرای آزمایشی انتخاب شوند. روابی و اعتبار مدل تست شود و به تدریج به شهرهای دیگر نیز گسترش پیدا کند. نمونه گیری می‌تواند هم از شهرهای فیلی کوچک و هم از کلان شهرها شروع شود. ولی باید از دسته‌های مقتلف انتخاب شود."
- (۲) "یکی از ابهامات در رتبه‌بندی سلامت مموری شهرها که باید در مطالعه پایلوت مشخص شود این است که آیا شاخص‌های ارزیابی باید برای تمام شهرها یکسان در نظر گرفته شود؟ یا بر اساس شرایط جمعیتی، جغرافیایی، اقتصادی و یا... هر شهر وزن دهی شود؟"
- (۳) "اگر چه عنوان طرح رتبه‌بندی شهرهاست اما برقی از شاخص‌های سطح پیامد مانند GDP و امید به زندگی در سطح استان قابل اندازه گیری است. بنابراین بهتر است پایلوت را از سطح استان و یا حداقل شهرستان شروع کنیم تا شاخص کافی برای مقایسه داشته باشیم." و "نظر می‌رسد که ابرمدل مفهومی باید تبیین شود که اول ۱۳۱ استان سالم باهم مقایسه شوند و سپس سطوح پایین تر مقایسه گردند."
- (۴) "در پایلوت باید دو موضوع مشخص شود: اول قابلیت اعتماد اعتباربخشی از نظر آنچه که باید اندازه گیری شود و برون‌داد آن، دوم قابلیت اجرایی مدل برای زینفعان و مهربان"
- (۵) "اجماع و بومی سازی شاخص‌ها نیز پس از انجام پایلوت انجام می‌پذیرد."
- (۶) "بهتر است طبق همان تقسیم بندی توسعه یافتگی شهرها، نقاطی را مشخص نمود و چند شهر پایلوت را انتخاب و سپس شاخص‌ها را در آنها مورد آزمون و ارزیابی قرار داد و سپس به کلیه شهرهای کشور آن را تعمیم داد. برای ارزیابی این پایلوت نیز باید دقیقاً متدولوژی ارزیابی مشخص شود و گایدلاینی برای آن تهیه شود."
- (۷) "بهتر است ارزیابی پایلوت نیز توسط سمن‌های آموزش دیده و یا بخش غیر دولتی انجام شود."

پیشنیازهای اجرای نظام نامه به عقیده خبرگان به قرار زیر بودند:

- (۱) آموزش: "یکی از پیش نیازهای اجرایی آموزش چری کسانی است که می‌خواهند این رتبه‌بندی را انجام دهند. همچنین ایثار ظرفیت لازم در مهربان نیز بسیار مهم می‌باشد و سازمانهایی برای اجرا انتخاب شوند که دارای ظرفیت‌های اجرایی لازم باشند." و "زیر سافت آموزش در اینجا فیلی مهم است و باید استانداران و شهرداران دوره‌های آموزشی ببینند و نشریات خاصی برایشان فراهم کرد"
- (۲) تشکیل ساختار: "تشکیل کارگروهی که توانایی تملیل و کاربرد این ابزار و تطبیق آن برای شهرهای مقتلف را داشته باشند ضروری به نظر می‌رسد." و "بهتر است یک یک دبیرخانه شهر سالم تعریف شود که شامل کارگروهی از زینفعان باشد."

به نظر شما منابع مالی اجرای این پروژه از چه محلی باید تامین شود؟

در مورد منابع مالی دو دیدگاه کلی وجود داشت. ۱) اغلب خبرگان معتقد بودند که برای پایداری برنامه باید ردیف بودجه ای خاص و ادامه دار برای آن تعریف شود. ۲) از سوی دیگر برخی معتقد بودند که اگر در این نظام نامه از همین ابتدا به دنبال منابع مالی باشیم ممکن است اجرای آن با اشکال مواجه شود. "این الگو نباید بحث مالی جبریدی را (بجز همین مباحث زیر سافت که بیش تر هم از نوع نرم افزاری می باشد و فیلی هزینه های بالایی ندارد و شاید بتوان آنها را از بودجه های جاری دستگاه ها و شهرداری ها استفاده نمود) به دولت تمویل نماید." و "این نظام نامه اصلاً نباید به منابع دولت فشاری وارد نماید حتی پرا باید مثلاً برای اینکه بفواهیم یک شافص را بالا ببریم، دولت بودجه مجزایی را در نظر بگیرد؟ بلکه باید ارتقای شافص از طریق بهبود سیستم های مدیریتی این اتفاق بیفتد."

عده ای که معتقد بودند که این نظام نامه باید منابع مالی داشته باشد، در مورد منبع بودجه موارد زیر را بیان کرده بودند:

۱) وزارت بهداشت

۲) وزارت کشور (استانداری ها): تامین منابع مالی برعهده استاندار است. بودجه باید توسط سازمان برنامه و بودجه پیش بینی و در اختیار وزارت کشور قرار داده شود. ردیفی با عنوان اعتباری فنی سلامت شهرها چرکانه از بودجه عمرانی کشور برای توانمندسازی شهرها، اجرای پروژه و تشویق ها در نظر گرفته شود.

۳) شهرداری ها

۴) شوراهای شهر

به نظر شما شیوه تشویق و جریمه شهرهای رتبه بندی شده باید چگونه باشد؟

نکته هایی که خبرگان در مورد تشویق تنبیه بیان کرده بودند را می توان به این صورت دسته بندی نمود:

۱) شیوه های جریمه نباید به قصد مچ گیری و یا تخریب صورت بگیرد بلکه باید راهی برای افزایش انگیزه در جهت ارتقا باشد.

۲) در مرحله اول نباید بحث جریمه و تنبیه مطرح گردد و باید بر تشویق شهرها تاکید گردد.

۳) "من کلاً با این بصورت مطرح شده تشویق و تنبیه موافق نیستم زیرا ما باید برنبال رفع علت باشیم نه مقصر، اینکار اجرای نظام نامه رتبه بندی شهرها باید در جهت کاهش نابرابری باشد."

۴) به عقیده اکثر خبرگان، بهترین روش تشویق همین انتشار رتبه بندی است. "ابتدا می توان فقط رتبه بندی را منتشر نمود حال زمانی که بصورت قانون در آمد و مدتی نیز از آن گذشت و سافتارش فراهم شد آن وقت می توان شهری را که متوقف شده یا تنزل کرده است را جریمه هم نمود." و "فرد انتشار رتبه بندی شهرها و مشارکت دادن فرد متولیان شهرها، هم بهترین تشویق و هم بهترین جریمه برای مسئولان شهری هست. چرا که می توانند عملکردشان را در این آئینه ببینند." و "مورد مشابه این را وزارت آموزش و پرورش با اعلام رتبه استان ها در کنگور سراسری انجام می دهد، که باعث رقابت بین استان ها گردیده است. بدون اینکه تشویق و تنبیهی در کار باشد همین اعلام آن باعث تفرک بین

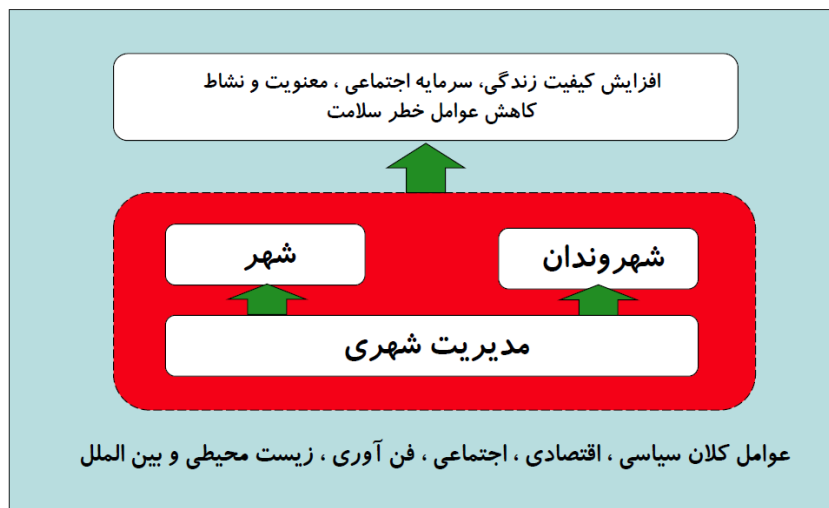
استان‌ها شده است. " و "اگر شافعی باشد که مورد اقبال همگان باشد، صرف اعلام آن، انگیزه ترک را بالا می‌برد." و "بهترین تشویق و جریمه رسانه ای نمودن است و باید بازفورد این ارزیابی‌ها به عرصه عمومی کشیده شود."
(۵) "می‌توان براساس وضعیت سلامت مموری هر شهر بوجه آنرا تقسیم کرد اما اجرای این روش تشویق بسیار پیچیده خواهد بود"

بخش دوم) نتایج بحث گروهی

الگوی مفهومی و اصول طراحی

پس از تهیه مدل مفهومی (شکل شماره ۱)، اصول زیر در طراحی شیوه نامه و انتخاب شاخص‌های اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها مورد اجماع قرار گرفت:

- ۱) شاخص‌های جدیدی تعریف نشود و از شاخص‌های موجود برای این کار استفاده شود.
- ۲) از شاخص‌هایی استفاده شود که قابلیت اندازه‌گیری بیرونی داشته باشند (Objective باشند).
- ۳) هر چهار بعد سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) را پوشش دهد و به پیشگیری و عوامل خطر توجه بیشتری شود.
- ۴) مبتنی بر عدالت بودن شاخص‌های نیز لحاظ شود.
- ۵) برای مدیریت شهری ملموس باشد. (هر سه مولفه شهر، شهروند و مدیریت شهری را پوشش دهد).
- ۶) منطبق بر اسناد بالادستی باشد.
- ۷) مشارکت مردم و همکاری بین بخشی (دو بازوی مدل فندق شکن) در آن لحاظ شود.
- ۸) شاخص‌های میانی را که ملموس تر است شامل شود.
- ۹) تشویقی و رقابتی باشد.
- ۱۰) شواهد معتبری برای شاخص و مداخله پیشنهادی وجود داشته باشد.



شکل شماره ۱: مدل مفهومی سلامت محوی شهر

شیوه نامه اعتبار بخشی و رتبه بندی سلامت شهرها

مقدمه

در مسیر تحقق آرمان‌ها و اصول ۳، ۲۹، ۴۳ و ۱۰۰ قانون اساسی و به منظور رسیدن به دورنما و ویژگی‌های جامعه ایرانی در سند چشم انداز ۱۴۰۴، براساس بند ۶ سیاست‌های کلی جمعیت، بند ۲، ۱۰ و ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر ارتقاء امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت، تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم باهدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار و دستیابی به جایگاه اول شاخص‌های سلامت در منطقه آسیای جنوب غربی، و به استناد بند ۱۰ مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۳، شیوه نامه اعتباربخشی و رتبه بندی عملکرد سلامت محوری شهرداران ابلاغ می‌گردد.

ماده یک) اهداف شیوه نامه

اهداف اختصاصی این شیوه نامه عبارت است:

- افزایش تسهیلات پیشگیری کننده از بیماری‌ها (مولفه‌های شهر)
- افزایش رفتارهای سالم شهروندان (مولفه شهروندان)
- افزایش نمره پاسخگویی مدیریت شهری به کاهش نابرابری‌های در شهروندان (مولفه مدیریت شهری)

در نهایت با دستیابی به این اهداف میزان مرگ‌ها، بیماری‌ها و حوادث کاهش یافته و نمره سرمایه اجتماعی و نشاط شهر بهبود می‌یابد.

ماده دو: روش اجرا

- ۵) دوره ارزیابی در اولین سال و آخرین سال حضور یک دوره شورای شهر است.
- ۶) کمیته حامی ممیزی و اعتباربخشی برای هر شهرستان یک مورد تشکیل می‌شود که متشکل از رئیس شورای اسلامی شهرستان، نماینده شهرداران، رئیس شبکه بهداشت و درمان شهرستان تحت پوشش و معاون فرماندار شهرستان خواهد بود.
- ۷) اعلام رتبه شهرها در درون چهار گروه کلان شهرها، شهرهای توسعه یافته، شهرهای با توسعه متوسط و شهرهای کم توسعه به صورت مستقل صورت می‌گیرد.
- ۸) کلان شهرها و شهرهایی که بالای ۸۰٪ استانداردهای لازم را کسب کرده باشند نشان شهر سالم از ریاست جمهوری دریافت می‌کنند.

تبصره یک: این کمیته در کلان شهرها تهران، مشهد، اصفهان، کرج، تبریز، شیراز، اهواز و قم شامل معاون بهداشتی دانشگاه کلان شهر، نماینده شهردار، رئیس شورای اسلامی کلان شهر خواهد بود. تبصره دو: چنانکه این موضوع نیاز به قانون داشته باشد شورای عالی استان‌ها در اولین سال اجرا تمهیدات آن را فراهم می‌نماید.

ماده سه: الزامات

- ۱۱) تصویب این شیوه نامه بر عهده شورای عالی استان‌ها، شورای کمیسیون امور کلان شهرها در هیات دولت و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور است.
- ۱۲) مجری اعتباربخشی موسسه ملی تحقیقات سلامت و نهادهای مجری تعیین شده از طرف موسسه ملی با نظارت سازمان ملی آمار و شورای عالی استان‌ها است.
- ۱۳) دبیرخانه اعتباربخشی سلامت شهرها در شورای عالی استان‌ها است و ساختار آن در اولین سال اجرا تدوین و تصویب می‌شود. دبیرخانه شورای عالی ساغ موظف است بانک اطلاعاتی و روش الکترونیکی برای ارسال گزارش فراهم آورد.
- ۱۴) منابع مالی این پروژه از بودجه شهرداری‌ها با تصویب شورای عالی استان‌ها خواهد بود. منبع مالی برای غیرکلان شهرها عوارض اخذ شده حاصل از اجرای ماده ۳۷ پیش بینی می‌شود.
- ۱۵) آموزش تیم‌های ارزیاب برای پیمایش تسهیلات، رفتارها و پاسخگویی بر عهده موسسه ملی تحقیقات سلامت است.
- ۱۶) در اولین سال اجرا نتایج اطلاع رسانی عمومی نخواهد شد.
- ۱۷) کلان شهرها و شهرهای با رتبه برتر از دومین دوره سنجش در چهار گروه بند سه ماده دو اعلان عمومی می‌شوند.
- ۱۸) موسسه ملی تحقیقات سلامت موظف است با محوریت وزارت کشور و سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌ها و همکاری/نظارت دبیرخانه شورای عالی ساغ آموزش شهرداران و شوراهای اسلامی شهرها را در هر دوره جدید انجام دهد.
- ۱۹) موسسه ملی تحقیقات موظف است در اولین سال ابلاغ این شیوه نامه ابزار پیمایشی و چارچوب جمع آوری و تولید شاخص‌های ثبتی مندرج در جدول پیوست این شیوه نامه را تعیین و با هماهنگی شورای عالی استان‌ها و وزارت کشور به کلیه شهرداری‌های کشور آموزش دهد.
- ۲۰) بازنگری شاخص‌ها و روش سنجش با پیشنهاد دبیرخانه و دریافت نظرات موسسه ملی تحقیقات در شورای عالی استان‌ها و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی انجام می‌شود

شاخص‌های اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها		
معیارها	مثلث سلامت شهری	وزن
<p>تدارک غذای ایمن، مقبول و قابل دسترس، میزان تولید محلی غذا و توزیع آن</p> <p>تدارک خدمات مراقبت از سلامت جسمی و روانی برای همه (میزان بهره مندی)</p> <p>ایمنی خیابان‌ها و پیاده روها برای همه گروه‌های سنی و افراد با محدودیت حرکتی</p> <p>فضای سبز به تناسب جمعیت و با دسترسی عادلانه (سرانه فضای سبز/م²)</p> <p>اماکن مسکونی در مناطق ایمن</p> <p>آلودگی هوای شهر (متوسط غلظت SO₂ و NO₂ روزانه) و وضعیت صدای اضافه در شهر</p> <p>آب ایمن و فاضلاب مناسب</p> <p>حمل و نقل عمومی و به ویژه برای افراد دچار ناتوانی تسهیل و قابل دسترس شود، برنامه‌های تکامل دوران کودکی (نسبت مهد کودک به شاغلان زن، زمین‌های بازی و برنامه‌های تفریحی کودکان،...)</p> <p>زیباسازی شهری متناسب با نظر شهروندان و تصویب شورای شهر</p> <p>داشتن تقویم و تسهیلات تفریحات شهری</p> <p>میزان فضاهای عاری از دخانیات</p> <p>درصد مقاومت ساختمان‌های مسکونی و عمومی شهر در مقابل بلایای طبیعی</p> <p>دسترسی به فرصت‌های شغلی یا در صد بیکاری</p> <p>شاخص متوسط روزانه جرم</p> <p>تعداد بازماندگان تحصیلی</p> <p>درصد میزان نفوذ اینترنت</p> <p>تسهیلات ورزشی و فرهنگی (تعداد کتابخانه‌ها به ازای یک میلیون نفر)</p> <p>درصد خانوارهای زیر خط فقر</p> <p>وجود استانداردهای مدیریت پسماند</p> <p>ساماندهی عرضه کالا و خدمات</p> <p>ایجاد فضاهای شهری برای تعامل مردم در محلات و مرکز شهر</p>	<p>۵۰٪</p>	<p>۵۰٪</p>
<p>میزان تحرک مردم</p> <p>وضعیت تغذیه سالم</p> <p>میزان مصرف دخانیات، قلیان، مواد مخدر و الکل</p> <p>رعایت ایمنی و ارگونومی</p> <p>مشارکت اجتماعی (انتخابات ملی و شورای شهر، عضویت در محلات)</p> <p>میزان رعایت حقوق دیگران و قانون‌گرایی</p> <p>رعایت اصول اخلاقی مطابق آموزه‌های دینی و فرهنگی</p> <p>میزان مصرف انرژی</p> <p>میزان تفریحات</p> <p>روند رضایتمندی شهروندان از مدیریت شهری</p>	<p>۳۰٪</p>	<p>۳۰٪</p>

شاخص های اعتباربخشی و رتبه بندی سلامت شهرها		
معیارها	مثلت سلامت شهری	وزن
<p>ایجاد فرصت های مشارکت مردم (تسهیم اطلاعات درباره برنامه ریزی شهری برای سلامت، تشویق گفتگوی عمومی و درگیر ساختن مردم در تصمیم گیری ها)</p> <p>میزان بودجه جذب شده داوطلبانه از شهروندان و بخش خصوصی</p> <p>نشان دادن همکاری بین بخشی با بخش های دولتی، خصوصی و غیردولتی</p> <p>اجرای کردن پیوست توسعه پایدار (سیاست ها، برنامه ها و پروژه های شهری)</p> <p>آموزش سلامت محوری ویژه مدیران و کارکنان شهرداری و سایر دستگاه های مسئول</p> <p>اقدام مستمر مبتنی بر شواهد از جمله رصد رضایت، تعیین نیازها و اولویت ها، ارزشیابی، نظارت و استفاده از مشاوران و خبرگان</p> <p>اجرای برنامه های ارتقای سلامت در درون نهاد شهرداری</p> <p>داشتن برنامه ویژه برای ارتقای وضع سلامت مردم حاشیه شهر و اسکان غیررسمی</p> <p>میزان پوشش آموزش های شهروندی (مدیریت فردی، رفتارهای سالم اجتماعی از جمله پاسخگویی و مسئولیت پذیری،</p> <p>مهارت های زندگی، همسری و والدی مهارت های معنوی و اخلاقیات)</p> <p>بازاریابی اجتماعی استفاده از خدمات فرهنگی، تفریحی و مشارکت مردم در شهر</p>	<p>موقف مدیریت شهری</p>	<p>۴۰٪</p>

فصل پنجم – بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات

به طور خلاصه بر اساس یافته‌های این مطالعه که حاصل مرور تجربیات، تحلیل نظرات ذینفعان و خبرگان بوده است سلامت مردم در شهرها حداقل به سه مولفه شهر، شهروند و مدیریت شهری وابسته است. در همین راستا اهداف قابل سنجش ناشی از اجرای این شیوه نامه عبارت است از:

- افزایش تسهیلات پیشگیری کننده از بیماری‌ها و حوادث (مولفه شهر)
 - افزایش رفتارهای سالم شهروندان (مولفه شهروند)
 - افزایش نمره پاسخگویی مدیریت شهری در کاهش نابرابری‌های در شهروندان (مولفه مدیریت شهری)
- که در نهایت با دستیابی به این اهداف انتظار می‌رود میزان مرگ‌ها، بیماری‌ها و حوادث کاهش یافته و نمره سرمایه اجتماعی و نشاط شهر بهبود می‌یابد. در مجموع حدود ۴۸ شاخص در سه مولفه شهروند، شهر و مدیریت شهری با وزن به ترتیب ۳۰٪، ۵۰٪ و ۲۰٪ تعیین شده است جنس شاخص‌ها بیشتر عینی و ملموس، پیشگیرانه، دارای مداخله بهبودی و با قابلیت اندازه گیری دوره ای است. به طوریکه برای مجری (مدیریت شهری) قابلیت برنامه ریزی عملیاتی سالانه دارد. دوره ارزیابی در اولین سال و آخرین سال حضور یک دوره از شورای اسلامی شهر است. اعلان عمومی رتبه شهرها در درون چهار گروه کلان شهرها، شهرهای توسعه یافته، شهرهای با توسعه متوسط و شهرهای کم توسعه به صورت مستقل و از دومین دوره صورت می‌گیرد. کلان شهرها و شهرهایی که بالای ۸۰٪ استانداردهای لازم را کسب کرده باشند نشان شهرسالم از ریاست جمهوری دریافت می‌کنند.

بر اساس گزارش ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت توصیه‌های پنج گانه این سازمان به دولت‌ها این است که برای بهبود سلامت شهری پنج راهبرد را در پیش بگیرند:^{۴۳}

- ۱) مداخلات و تسهیلات در راستای رفتارهای سالم و ایمن فراهم کنند
- ۲) بهبود شرایط زندگی شهری را بهبود دهند
- ۳) از حکمرانی مشارکتی در شهر اطمینان پیدا کنند.
- ۴) شهرهایی دوستدار همه گروه‌های سنی (به ویژه کودکان، سالمندان و معلولان) پایه‌گذاری کنند
- ۵) تاب‌آوری مناطق شهری به بلایا و فوریت‌ها را افزایش دهند.

مرور شاخص‌های تدوین شده تطبیق بالای تنوع و توزیع این شاخص‌ها را با پنج راهبرد پیشنهادی نشان می‌دهد. با توجه به وزن‌های تعلق گرفته به هر یک از مولفه‌ها، شاهد هستیم که مولفه شهر به دلیل تعامل کلیه گروه‌ها در ایجاد شهر سالم وزن بالاتری دارد. مولفه شهروند بدون مولفه مشوق شهر و تلاش مدیران شهری احتمال تغییر کمتری دارد لذا وزن پائین تری دارد. با اینکه مولفه مدیریت شهری وزن پائین تری دارد ولی سهمی از مولفه مدیریت شهر (تعامل با بخش خصوصی، مردم و بخش‌های دولتی دیگر) نتیجه اش در مولفه شهر نمایان است. به طور کلی شاخص‌های تدوین شده در این مطالعه بر خلاف مصوبه دولت در مورد شاخص‌های ۵۲ گانه نتیجه محور و پیشگیرانه دیده شده است.^{۴۴} حدود ۸۰٪ وزن به دو حیطة شهر و شهروند متعلق است که این موضوع موجب می‌شود شهردار بتواند هدف گذاری سالانه برای هر شهر داشته باشد.

روند اسناد بالادستی به سمت ایجاد حاکمیت واحد شهری است،^{۴۵،۴۶} اما در دو برنامه توسعه پنج ساله چهارم و پنجم به کندی پیش رفته است، رتبه‌بندی سلامت شهرها روند اجرایی کردن این قانون را سرعت می‌بخشد. شیوه نامه اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها با هدف افزایش رقابت و

پاسخگویی شهرداران و کلیه دستگاه‌های مسئول در سلامت شهرها تدوین شده است. با اجرای این شیوه نامه مفهوم شهر سالم عینی شده و وضعیت شهرها به سیاست گذاران برای تصمیم گیری مبتنی بر شواهد منعکس می‌شود و در نهایت انتظار می‌رود کاهش نابرابری‌ها اتفاق بیافتد.

نتیجه گیری و پیشنهاد

بر اساس مصوبه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور در سال ۱۳۹۴ شیوه نامه سلامت محوری شهرداران باید توسط وزارت بهداشت ابلاغ گردد. (پیوست شماره ۲) به منظور مشارکت حداکثری لازم است کمیته راهبری اجرای این شیوه نامه با مشارکت روسای دبیرخانه کمیسیون امور کلان شهرها در هیات دولت، رئیس دبیرخانه شورای عالی استان‌ها و رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و همچنین رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت تشکیل شود. با توجه به اینکه حداقل ۲۰ سال تجربه در ایجاد رویکرد شهر و روستای سالم در کشور وجود دارد حضور رئیس مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت در کمیته راهبری انتقال تجربیات را در بر خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

تیم پژوهش بر خود واجب می‌داند تا از همکاری عزیزانی که با راهنمایی‌های ارزنده، حوصله علمی و دقت خاص خویش در قالب مصاحبه و کمیته راهبری فنی، پژوهش حاضر را پربار ساختند قدردانی نماید:

جناب آقای دکتر حسین ملک افضلی، استاد محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران

جناب آقای دکتر حسین سالاریان زاده، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

سرکار خانم حسینی، دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای دکتر گلکانی، مدیرکل سلامت شهرداری تهران

جناب آقای منصور روشناسی، معاون محترم شورای عالی استان‌ها

جناب آقای مهندس علی نوذر پور، معاون امور شهرداری‌های سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور

سرکار خانم دکتر فروزان اکرمی، دبیرخانه شهر سالم، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای دکتر حمید پوراصغری، مدیرکل دفتر برنامه ریزی اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

سرکار خانم مهندس نسرين مشرقی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران

جناب آقای دکتر عباس وثوق مقدم، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

سرکار خانم دکتر مریم حاجیان، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

جناب آقای مهندس قهرمانی، معاون پیشگیری اداره کل سلامت شهرداری تهران

جناب آقای مهندس مهران خائفی، دبیرخانه شهر سالم، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

جناب آقای دکتر کاظم ندافی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، رییس مرکز تحقیقات آلودگی هوا

جناب آقای دکتر غلامرضا کاظمیان، دکترای جغرافیا و برنامه ریزی شهری، هیات علمی دانشگاه علامه طباطبایی

پیوست‌ها

پیوست شماره ۱: متن ایمیل ارسالی برای خبرگان

به نام خدا

استاد گرانقدر جناب آقای دکتر / سرکار خانم دکتر.....

سلام و عرض ادب

احتراماً به استحضار میرساند طرحی با عنوان طراحی نظام اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرهای کشور به سفارش معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی زیر نظر گروه تحقیقاتی مولفه‌های اجتماعی سلامت در موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در حال انجام است. هدف از طرح فوق اولویت بندی و انتخاب شاخص‌های اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرها می‌باشد که پس از تأیید کمیته فنی راهبری پیش نویس آئین نامه اعتباربخشی و رتبه‌بندی سلامت شهرهای کشور نوشته خواهد شد که در نهایت معیارهای یک شهر سالم در قالب نظام اعتباربخشی و رتبه‌بندی دوره ای در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و سایر مراجع مرتبط تصویب و ابلاغ می‌گردد. نظر به تجربیات، تخصص و تحقیقات جنابعالی قصد بر مصاحبه حضوری جهت بهره مندی از محضر جنابعالی می‌باشد و گروه تحقیق با تعیین وقت قبلی مصدع اوقات خواهند شد. پرسشنامه جهت آشنایی شما با سوالات و روند پژوهش ارسال می‌گردد.

مالکیت مادی و معنوی شما در این پروژه محفوظ می‌باشد؛ تقدیرنامه به همراه همکاران محقق سرکار خانم دکتر مریم حاجیان و آقای دکتر سهنند ریاضی ارسال شده است. از جناب عالی / سرکار عالی در این طرح به عنوان گروه خبره مشارکت کننده یاد خواهد شد و یک نسخه از گزارش نهایی پروژه نیز برای شما ارسال خواهد گردید. پیشاپیش از همکاری صمیمانه شما تشکر و قدردانی می‌گردد.

دکتر بهزاد دمازی

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

پیوست شماره ۲: مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ۹۴/۱۲/۰۳ (مصوبه شماره ۱۰)

به نام خدا	
 <p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی</p>	<p>مصوبات چهاردهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (برگزار شده در روز دوشنبه مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۰۳)</p>
اسفند ماه ۱۳۹۴	<p>دومین جلسه در دولت تدبیر و امید</p>
<ol style="list-style-type: none"> ۱. به منظور کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران، «سند برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر (۱۴۰۴-۱۳۹۴)»، ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب شد. ۲. وزارت جهاد کشاورزی موظف است سهم واردات انواع روغن پالم خام و بسته‌بندی شده (به ویژه روغن هسته پالم، پالم استارین، پالم کرنل و پالم کرنل- استارین) را به میزان حداکثر ۳۰٪ کل روغن وارداتی رعایت کند و بر جلوگیری از افزایش واردات آن نظارت نماید. ۳. به منظور پیشگیری از عرضه آفت‌کش‌های غیرمجاز و استفاده نامناسب از سموم دفع آفات، سازمان حفظ نباتات مکلف است ظرف مدت یک سال از ابلاغ این مصوبه، نسبت به طراحی، تصویب و استقرار نظام تولید، واردات و توزیع سم به مراکز فروش مجاز اقدام کند، به نحوی که فروش و عرضه انواع سموم دفع آفات نباتی فقط در این شبکه و تحت نظر محققین انجام شود. ۴. سازمان ملی استاندارد مکلف است ضمن بازنگری استانداردهای آرد و نان و اجباری نمودن استاندارد نان، استاندارد نمک در کلیه نان‌های سنتی را در حد ۱٪ مصوب نماید. مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است بر حسن اجرای استانداردهای اجباری نان سنتی نظارت نماید. ۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است اجرا و پایش «برنامه غنی‌سازی آرد با آهن و اسیدفولیک» را طبق روال گذشته ادامه دهد و گزارش فصلی آن را به تفکیک استان به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال کند. ۶. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف مدت سه ماه از ابلاغ این مصوبه نسبت به طبقه بندی کلیه آب‌های معدنی و آشامیدنی از نظر مرغوبیت اقدام و به منظور آگاهی عموم مردم از رتبه سلامت آب‌های معدنی و آشامیدنی، در این زمینه اطلاع‌رسانی کند. 	

۷. به منظور افزایش آمادگی مردم برای اتخاذ تدابیر خودمراقبتی درمواقع تشدید آلودگی هوا و تعیین و ارزیابی وضعیت آلاینده‌های هوا، سازمان حفاظت محیط زیست مکلف است در کلیه شهرهای بالای ۳۰۰ هزار نفر و شهرهای درگیر با ریزگردها، طی یک برنامه واحد و منسجم، و با همکاری و استفاده از منابع، امکانات و ظرفیت‌های وزارت کشور، سازمان هواشناسی کشور، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی کشور، شهرداری‌ها و شورای عالی استان‌ها، نسبت به یکپارچه‌سازی و بهره‌برداری صحیح از ایستگاه‌های سنجش آلودگی هوای موجود و استقرار ایستگاه‌های جدید، از زمان ابلاغ این مصوبه اقدام نماید.

تبصره: سازمان حفاظت محیط زیست و کلیه دستگاه‌های اجرایی، دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی و پژوهشی و شرکت‌های دانش‌بنیان که از بودجه دولتی برای سنجش و پایش آلاینده‌های هوا استفاده می‌کنند، مکلفند یافته‌ها، داده‌ها و اطلاعات سنجش و میزان غلظت آلاینده‌های سنجش شده در هوای شهرها و روستاها را به منظور ورود در سامانه جامع اطلاعات بهداشت محیط کشور در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دهند.

۸. در راستای تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم و با هدف ارتقا سلامت جسمی و روانی از طریق ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزه‌های اخلاقی و معنوی، توسعه مهارت‌های زندگی، فرزندپروری و خدمات مشاوره، موضوع بندهای ۳ و ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت و بند ۴ سیاست‌های کلی جمعیت:

الف. کلیه دستگاه‌های اجرایی مکلفند نسبت به تدوین و اجرای «برنامه عملیاتی بهبود وضعیت سلامت کارکنان» خود بر اساس «بسته پایه خدمات سلامت کارکنان دولت»، تهیه شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام و هر شش ماه یکبار گزارش عملکرد خود را به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال کنند.

تبصره- کلیه دستگاه‌های اجرایی مکلف‌اند، زمینه مشارکت حداکثری کارکنان خود را در فعالیت‌های ورزشی با هماهنگی وزارت ورزش و جوانان فراهم آورند.

ب. وزارتین آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی مکلفند به منظور ارتقای سلامت روانی و اجتماعی جامعه بر مبنای آموزه‌های دینی و قرآنی و توسعه فرهنگ اسلامی-ایرانی، «برنامه معتبر مشاوره معلمان، دانش‌آموزان و خانواده‌های ایشان» برای سال تحصیلی ۹۵-۹۶ و سال‌های آتی را تهیه و بستر لازم برای عملیاتی نمودن آن را فراهم کنند.

۹. در راستای سیاست‌های کلی سلامت و با هدف کاهش موارد جدید ابتلا به ایدز (HIV) و کاهش ۲۰٪ مرگ منتسب به این بیماری در مبتلایان تا پایان سال ۱۳۹۸، «چهارمین برنامه استراتژیک ملی کنترل اچ آی وی (۱۳۹۴-۱۳۹۸)»، ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصویب شد.

تبصره ۱: اعضای کارگروه کشوری کنترل گسترش عفونت اچ آی وی/ ایدز، موظفند ظرف سه ماه برنامه‌های عملیاتی سازمان متبوع خود را در چارچوب اهداف و راهبردهای چهارمین برنامه‌ی استراتژیک کشوری کنترل ایدز (۱۳۹۴-۱۳۹۸) تدوین و نسبت به اجرای آن اقدام نمایند. نظارت و ارزشیابی بر اجرای برنامه‌های عملیاتی مذکور بر عهده کارگروه یادشده می‌باشد.

تبصره ۲: به منظور کاهش خطر انتقال ویروس ایدز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری وزارتخانه‌ها و سازمان‌های عضو کارگروه کشوری کنترل گسترش ایدز کلیه وسایل پیشگیری از انتقال عفونت از راه تماس جنسی و سایر راه‌های انتقال را با قیمت ارزان در اختیار عموم افراد قرار داده و دسترسی رایگان به این وسایل را برای افراد در معرض خطر فراهم کند.

۱۰. وزارت کشور مکلف است عملکرد سلامت‌محوری را در ارزشیابی استانداران، فرمانداران، بخشداران و شهرداران بر اساس شیوه‌نامه‌ای که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حداکثر ظرف یک ماه پس از ابلاغ این مصوبه اعلام می‌کند، ملحوظ و گزارش آن را هر شش ماه یکبار به دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال کند.

<p>آقای دکتر حسن هاشمی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>امضاء</p>	<p>حجت‌الاسلام و المسلمین آقای دکتر حسن روحانی ریاست محترم جمهور</p> <p>امضاء</p>
<p>آقای مهندس قنات رئیس کمیته امداد امام خمینی (ره)</p> <p>امضاء</p>	<p>آقای دکتر نوبخت معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور</p> <p>امضاء</p>
<p>آقای مهندس حجتی وزیر جهاد کشاورزی</p> <p>امضاء</p>	<p>آقای مهندس نعمت‌زاده وزیر صنعت، معدن و تجارت</p> <p>امضاء</p>
<p>آقای دکتر گودرزی وزیر ورزش و جوانان</p> <p>امضاء</p>	<p>آقای دکتر بیگی وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی</p> <p>امضاء</p>
<p>خانم دکتر ابتکار معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان حفاظت محیط زیست</p> <p>امضاء</p>	<p>خانم مولاوردی معاون رئیس جمهور در امور زنان و خانواده</p> <p>امضاء</p>
	<p>خانم مهندس پیروز بخت رئیس سازمان ملی استاندارد ایران</p> <p>امضاء</p>

منابع

- ۱ - نسبت روستانشینی و شهرنشینی در کشورهای مختلف جهان. شماره ۳۹، ۲۶، ۱۳۹۰، ۹، وبگاه توسعه <http://www.towse-e.com/showcontent.aspx?ZVWGCghR/C8>
- ۲ - چکیده یافته‌های طرح آمارگیری از بنگاه‌های معاملات ملکی». دفتر آمارهای صنعت، معدن و زیربنایی، اسفند ماه ۱۳۹۱ www.amar.org.ir/.../abstract/1391/ch_bongah_91.pdf
- ۳ - ناصر ذاکری. شهرنشینی و اقتصاد ما، روزنامه دنیای اقتصاد - شماره ۳۰۹۹: تاریخ چاپ: ۱۳۹۲/۱۰/۰۷، کد خبر: DEN-۷۷۵۶۸۹ <http://tnews.ir/news/D1F720234227.html>
- ۴ - Drager N, Fidler DP. Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy. Bulletin of the World Health Organization. ۲۰۰۷;۸۵(۳):۱۶۲
- ۵ - World Health Organisation. Trade, foreign policy, diplomacy and health: Public Health Available from: http://www.who.int/trade/glossary/story_076/en/
- ۶ - Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. ۲۰۰۸ Nov ۸;۳۷۲(۹۶۵۰):۱۶۶۱-۹.
- ۷ - پوینده جو مروارید. اولیایی منش علیرضا. فیاض بخش احمد. فروزان ستاره. رفع بی عدالتی در طی یک نسل. شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. چاپ اول ۱۳۸۹ صص ۱-۱۵
- ۸ - Catton PA, Tallett SE, Sugar L, Rothman AI. A guide to internal program evaluation for program directors. Annals RCPSC, ۱۹۹۹; ۸: ۴۴۱-۴۷.
- ۹ - Task Force on Accreditation of Health Professions Education: Working Papers. San Francisco: Center for the Health Professions, University of California at San Francisco, ۱۹۹۸
- ۱۰ - Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL: Program Evaluation: Alternative Approaches and Practical Guidelines. ۲nd Ed. New York: Longman Co. ۱۹۹۷.
- ۱۱- World Federation for Medical Education; Executive council WFME. International standards in medical education assessment and accreditation of medical schools - educational programs. A WMFE position paper. Med Edu. ۱۹۸۸;۳۲:۵۴۹-۵۸.
- ۱۲ - Scrivens E. Recent developments in accreditation. Int J Qual Health Care. ۱۹۹۵ Dec;۷(۴):۴۲۷-۳۳.
- ۱۳ - Wojtczak A. Glossary of Medical Education Terms: Part ۱. Med Teach ۲۰۰۲; ۲۴(۲), ۲۱۶-۱۹.
- ۱۴ - Accreditation Council for Graduate Medical Education. Manual of Policies & Procedures for Graduate Medical Education Review Committees. Chicago: ACGME ۱۹۹۹.

- ۱۵ - عظیم میرزازاده، سامان توکلی، کامران یزدانی، مهشید تاج. "اعتباربخشی: راهکاری برای تضمین و ارتقای کیفیت آموزش پزشکی." *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی* ۴ (۲۰۰۴): ۱-۲.
- ۱۶ - امینی نجات، یدالهی حسین، اینانلو صدیقه. رتبه بندی سلامت استانهای کشور. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۳۸۵، سال پنجم، شماره ۲۰
- ۱۷ - فرهادیان مریم. محبوب حسین. صدی غلامحسین. علی آبادی محسن. رتبه بندی وضعیت سلامت کودکان در استانهای مختلف ایران و ارتباط آن با شاخص های اقتصادی - اجتماعی. *مجله پژوهشی حکیم*. تابستان ۳۸۹. دوره سیزدهم، شماره دوم، صفحات: ۱۱۴-۱۰۸
- ۱۸ - یزدی مریم، محبوب حسین. رده بندی وضعیت بهداشت و سلامت مادران روستایی در استان های مختلف ایران با استفاده از روش های چند متغیره عاملی و خوشه ای. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۱۳۹۰، دوره ۷، شماره ۱، صفحات ۷-۱۴
- ۱۹ - علیرضایی محمدرضا، ستاری رضوان. کاربرد مدل های تحلیل پوششی داده ها در ارزیابی عملکرد نظام سلامت کشورهای آسیایی. مدیریت اطلاعات سلامت دوره ی هفتم، شماره اول بهار ۱۳۸۹
- ۲۰ - شیخ بیگلو رعنا، تقوایی مسعود. ارزیابی سطح توسعه یافتگی شهرستان های کشور با استفاده از روش های تصمیم گیری چند شاخصه. *جغرافیا زمستان* ۱۳۹۲؛ ۱۱ (دوره جدید) (۳۹): ۱۳۸-۱۵۷.
- ۲۱ - ملکی سعید، شیخی حجت. تحلیل و طبقه بندی شاخص ها و تعیین اولویت های توسعه در استان های کشور با استفاده از روش تحلیل عاملی و تحلیل خوشه ای. *جغرافیا و برنامه ریزی* ۱۳۸۸. ۱۴ (۲۹): ۶۱-۸۵
- ۲۲ - موذنی احمد، علیزاده اقدم محمدباقر. بررسی کیفیت زندگی شهری: مدلی برای سنجش و رتبه بندی استان های ایران با استفاده از تحلیل خوشه ای. *جامعه شناسی ایران پاییز* ۱۳۹۱؛ ۱۳ (۳): ۱۴۹-۱۷۴.
- ۲۳ - کویان آهنگر راحیل، سپهر عادل. رتبه بندی مناطق شهری کلانشهر مشهد بر پایه شاخص های محیط زیستی و الگوریتم Entropy-AHP. *سومین کنفرانس برنامه ریزی و مدیریت محیط زیست*. ۱۳۹۱: دانشگاه تهران
- ۲۴ - Mousavi S, Seyedin S, Aryankhesal A, Sadeghifar J, Armoun B, Safari Y, et al. Stratification of Kermanshah Province Districts in Terms of Health Structural Indicators Using Scalogram Model. *Journal of Health Promotion Management*. ۲۰۱۳; ۲(۲): ۷-۱۵
- ۲۵ - میرغفوری سیدحبیب اله، طحاری مهرجردی محمدحسین، بابایی حمید. شناسایی وضعیت توسعه یافتگی و رتبه بندی استان های کشور از لحاظ دسترسی به شاخص های بخش کتابخانه ای. *کتابداری و اطلاع رسانی پاییز* ۱۳۸۹؛ ۱۳ (۵۱): ۲۴۳-۲۷۰
- ۲۶ - قرخلو مهدی، حبیبی کیومرث. تحلیل مهاجرت در ارتباط با سطح توسعه یافتگی استان های کشور با استفاده از تکنیک های برنامه ریزی. *تحقیقات جغرافیایی تابستان* ۱۳۸۵؛ ۲۱ (۲) (پیاپی ۸۱): ۵۹-۸۳.
- ۲۷ - حموزاده پژمان، مرادی هوسین نصرت، صادقی فر جمیل، توفیقی شهرام. سطح بندی شهرستان های استان آذربایجان غربی در بهره مندی از شاخص های ساختاری بهداشت و درمان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین خرداد و تیر* ۱۳۹۲؛ ۱۷ (۲) (پی در پی ۶۷): ۴۲-۴۹.
- ۲۸ - تقدیسی احمد، پیری سیامک، بهاری عیسی. تحلیل فضایی و سطح بندی شاخص های توسعه خدمات بهداشتی- درمانی با استفاده از تحلیل عاملی و تکنیک خوشه ای (مطالعه موردی: شهرستان های استان گیلان). *آمایش محیط پاییز* ۱۳۹۱؛ ۵ (۱۸): ۱۴۵-۱۷۶.
- ۲۹ - تقوایی مسعود، بای ناصر. سنجش میزان بهره مندی شهرستان های استان گلستان با استفاده از روش تحلیل سلسله مراتبی (AHP). *تحقیقات جغرافیایی پاییز* ۱۳۹۱؛ ۲۷ (۳): ۱-۲۰.

- ۳۰ - ضرابی اصغر، محمدی جمال، رخشانی نسب حمیدرضا. تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشت و درمان. رفاه اجتماعی زمستان ۱۳۸۶(۲۷):۲۱۳-۲۳۴.
- ۳۱ - قنبری ابوالفضل. تعیین درجه توسعه یافتگی و پیش بینی اولویت برنامه ریزی و توسعه نقاط شهری استان‌های ایران. جغرافیا تابستان ۱۳۹۰؛ ۹(۲۹):۱۶۵-۱۷۹.
- ۳۲ - انجم شعاع مینا، سیدین سیدحسام، موسوی سیدمیثم، عباسی محمود. تحلیل نابرابری توزیع خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های استان یزد. اخلاق زیستی پاییز ۱۳۹۲؛ ۳(۹):۸۴-۵۹.
- ۳۳ - زیاری کرامت الله. سنجش درجه توسعه یافتگی فرهنگی استان‌های ایران. نامه علوم اجتماعی پاییز و زمستان ۱۳۷۹؛ ۸(۱۶):۹۱-۱۰۴.
- ۳۴ - T King ET AL. Weight and place: a multilevel cross-sectional survey of area-level social disadvantage and overweight/obesity in Australia. *International Journal of Obesity* (۲۰۰۶) ۳۰، ۲۸۱-۲۸۷
- ۳۵ - گزارش جهانی سلامت ۲۰۰۰ نظام‌های سلامت: ارتقاء عملکرد. ترجمه: احمدوند علیرضا و همکاران. تهران: موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ چاپ اول تابستان ۱۳۸۲. ص ۲۰۰
- ۳۶ - Karen A. Ranking a Rural Population's Health Outcome and Health Determinants. UMI Number: ۱۴۶۲۰۸۵. Copyright ۲۰۰۹.
- ۳۷ - Bedirhan Ustun T et al. Multiple- informant ranking of the disabling effect of different health conditions in ۱۴ countries. *The Lancet*. Jul ۱۰، ۱۹۹۹، ۳۵۴، ۹۱۷۳. proQuest. Pg. ۱۱۱
- ۳۸ - AISHA GHAUS A. F. HAFIZ A. PASHA and RAFIA GHAUS. Social Development Ranking of Districts of Pakistan. *The Pakistan Development Review*. ۳۵: ۴ Part II (Winter ۱۹۹۶) pp. ۵۹۳-۶۱۴.
- ۳۹ - Development of Demographic Database for Micro (District) Level Planning in India: Exploration of Alternative Data Sources. Concluding Workshop RETA ۶۰۰۷: Enhancing Social and Gender Statistics ۲۴-۲۷ June ۲۰۰۳ Bangkok, Thailand.
- ۴۰ - Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ*. ۲۰۰۳ Nov ۱۵؛ ۳۲۷(۷۴۲۴):۱۱۲۹. Erratum in: *BMJ*. ۲۰۰۴ Feb ۲۸؛ ۳۲۸(۷۴۳۸):۴۹۴.
- ۴۱ - Paul E. Peppard, David. A. Kindig, Elizabeth Dranger. et al. Ranking Community Health Status to Stimulate Discussion of Local Public Health Issues: The Wisconsin County Health Rankings. *American Journal of Public Health*. February ۲۰۰۸، Vol ۹۸، No. ۲
- ۴۲ - Ham SA, Levin S, Zlot AI, Andrews RR, Miles R. Ranking of cities according to public health criteria: pitfalls and opportunities. *Am J Public Health*. ۲۰۰۴ Apr؛ ۹۴(۴):۵۴۶-۹.
- ۴۳ - World Health Organization. *Why Urban Health Matters* Geneva: WHO; ۲۰۱۰.

۴۴ - Council of Ministers of Iran. Indicators of Health Equity, Approval of the Council of Ministers of Iran ۲۰۱۱; Available at: http://sdh.behdasht.gov.ir/uploads/۳۳۱_۱۶۵۰_Legislation.pdf.

۴۵ - قالیباف محمدباقر، حافظ نیا محمدرضا، محمدپور علی. تبیین نقش تقسیمات سیاسی- اداری شهر در مدیریت یکپارچه شهری مطالعه موردی شهر تهران. فصلنامه علمی پژوهشی جغرافیا. ۱۳۸۸.

۴۶ - سعید نیا احمد. مدیریت شهری. انتشارات سازمان شهرداریهای کشور. تهران: ۱۳۷۹.