



واکاوی ارتباط متغیرهای کالبدی سکونتگاه‌های شهری و اختلالات روانی مبتنی بر شاخص GSI

(مورد پژوهی: کلان‌شهر اصفهان)

سیدرضا آزاده¹، جمال محمدی^{2*} و حمید طاهر نشاط دوست³

تاریخ دریافت: 1401/03/07

تاریخ پذیرش: 1401/07/17

چکیده:

مقدمه: به عنوان یک مسأله مهم در مطالعات شهری، موضوعی که تاکنون در کشور ایران کمتر به آن پرداخته شده، رابطه میان کیفیت کالبدی محیط سکونت شهروندان و اختلالات روانی است. هدف اصلی از این مطالعه، بررسی ارتباط بین شاخص‌های کیفیت کالبدی محلات شهری و اختلالات روانی در کلان‌شهر اصفهان بود. این پژوهش بر روی 434 نفر از شهروندان اصفهان انجام شد. ارزیابی وضعیت اختلالات روانی با پرسشنامه 90 سوألی SCL-90 انجام شد.

روش تحقیق: کیفیت محیط مسکونی افراد در پنج بعد (شرایط طبیعی، کیفیت فضاهای باز عمومی، شرایط خیابان‌ها، آلودگی‌های محیطی و کاربری و خدمات محلی) با پرسشنامه محقق ساخته ارزیابی گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون لجستیک رتبه‌ای انجام شد.

نتایج و بحث: براساس نتایج، نمره میانگین ضریب کلی علائم مرضی در بین نمونه آماری پژوهش برابر با 1.29 شد. در تحلیل همبستگی میان اختلالات روانی و شاخص‌های کالبدی محلات مسکونی رابطه معنی‌داری دیده شد. نتایج رگرسیون لجستیک رتبه‌ای نشان داد که 15 شاخص به ترتیب شامل پارک‌های محلی، کیفیت پیاده‌روها، قابلیت پیاده‌روی، تنوع پوشش گیاهی، امنیت خیابان، فضاهای نشستن و مکث، روشنایی خیابان در شب، پاکیزگی محیط، عدم وجود آلودگی صوتی، ترافیک روان در سطح محله، فضاهای آبی، تنوع گیاهان، درختان و گل‌ها، **نتیجه‌گیری:** دسترسی به امکانات تفریحی، دسترسی به حمل‌ونقل عمومی و دسترسی به مراکز خرید محلی، بیشترین تأثیرگذاری را بر اختلالات روانی دارند. ارتباط و همبستگی میان اختلالات روانی و کیفیت کالبدی محلات شهری به معنای ادغام ملاحظات بهداشتی و اصول برنامه‌ریزی شهری است تا اثرات منفی محیط‌های مسکونی بر اختلالات روانی کاهش یابد.

واژگان کلیدی: متغیر کالبدی، محلات شهری، سکونتگاه‌های شهری، اختلالات روانی، شاخص GSI.

¹ استادیار، گروه مهندسی شهرسازی، دانشکده فنی و مهندسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

² دانشیار، گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده علوم جغرافیایی و برنامه‌ریزی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)
j.mohammadi@geo.ui.ac.ir

³ استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

1- مقدمه

در دنیای امروز، افزایش بی‌رویه و کنترل نشده جمعیت در شهرها، تبعات و پیامدهای منفی همچون کمبود خدمات در شهرها، کاهش فرصت‌های شغلی، گرانی زمین و مسکن، آلودگی هوا، ترافیک، حاشیه‌نشینی و مسائلی از این قبیل را به همراه دارد. (Azadeh et al., 2020) در این میان مسأله‌ای که تاکنون کمتر به آن توجه شده است تأثیر منفی رشد شهرنشینی بر اختلالات روانی است (Srivastava, 2009). به بیان دیگر آنکه، امروزه در مجامع بین‌المللی، نگرانی‌های فزاینده‌ای در مورد اثرات منفی زندگی شهری بر اختلالات روانی شهروندان به وجود آمده است. (Li and Liu, 2018). در این چارچوب، بالغ بر 450 میلیون نفر در دنیای چهار اختلالات روانی¹ هستند (Izuan et al., 2018). اختلالات روانی حدود 12 درصد از بیماری‌های جهان را شامل می‌شوند (Annerstedt et al., 2012) هزینه جهانی اختلالات روانی در سال 2010 به حدود 2.5 تریلیون دلار رسید و این هزینه‌ها می‌تواند تا سال 2030 به 6 تریلیون دلار افزایش یابد (WHO, 2013).

در بروز اختلالات روانی، عوامل بسیاری همچون شرایط اجتماعی و اقتصادی، سن، شرایط شغلی، سلامت جسمانی و همچنین رشد و گسترش کالبدی شهرها، نقش دارند. (Moore et al., 2018). شهرنشینی می‌تواند از طریق ایجاد دسترسی به خدمات مختلف برای رفاه مردم مفید باشد. با این حال برخی از جنبه‌های زندگی شهری مانند آلودگی هوا، سر و صدا، محدودیت فضا، افزایش تراکم و مسکن غیر رسمی باعث افزایش اختلالات روانی می‌شوند (Gascon et al., 2015). در واقع، رشد شهرنشینی با افزایش اختلالات روانی همراه است. دلیل آن این است که حرکت مردم به مناطق شهری نیازمند امکانات بیشتری است که باید در دسترس قرار گیرد و زیرساخت‌ها رشد کنند، اما این مهم در مقایسه با افزایش جمعیت اتفاق نمی‌افتد (Srivastava, 2018; Li and Liu, 2009). مسأله‌ای که تاکنون مورد غفلت بوده و در کشور ایران کمتر به آن پرداخته شده، رابطه میان کیفیت کالبدی محیط سکونت شهروندان، با اختلالات روانی است. محیط‌های ساخته شده به طور

بالقوه محرک‌های اضافی ایجاد می‌کنند. (Mubi Brighenti and Pavoni, 2017). به عبارتی محیط‌های ساخته شده تأثیر بسیار زیادی در سلامتی و رفاه شهروندان دارند. (Beil and Hanes, 2013). یکی از ابعاد اصلی در محیط ساخته شده، که با اختلالات روانی ارتباط مستقیمی دارد، کیفیت کالبدی محلات مسکونی است. (Francis, 2012; Shah et al., 2018).

کلان‌شهر اصفهان به تبع سایر شهرهای بزرگ کشور در سال‌های اخیر رشد شتابان و لگام گسیخته‌ای داشته و به علت داشتن رشد طبیعی جمعیت، مهاجرپذیری، گسترش خدمات، واگذاری زمین توسط ارگان‌های مختلف دولتی تغییرات اجتماعی، اقتصادی و کالبدی قابل توجهی را به خود دیده است. روند رشد جمعیتی این شهر در دوران پس از انقلاب اسلامی با عدم کنترل زاد و ولد و افزایش مهاجرت تشدید شد، به طوری که بر اساس اطلاعات طرح جامع شهر اصفهان، مساحت شهر از 1752 هکتار در سال 1335 به 21138 هکتار در سال 1395 افزایش یافت و یک شهر و چند روستا به طور کامل در محدوده شهر ادغام شدند. این عوامل موجب کمبود زمین و مسکن، گسستگی بافت شهری، رشد شهری پراکنده، نابسامانی سیمای شهر، ازدحام رفت و آمد شهری، تبدیل زمین‌های کشاورزی مطلوب به فضاهای مسکونی و صنعتی و نابودی امکانات و قابلیت‌های طبیعی شده است و ناپایداری شهر را به دنبال داشت. همانگونه که در تشریح مسأله پژوهش اشاره شد، رشد و گسترش کالبدی نقاط شهری، سلامت روانی شهروندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، از این رو، این پژوهش به یک تحلیل آماری از رابطه میان کیفیت کالبدی محله‌ها و محیط‌های مسکونی و اختلالات روانی در بین 434 نفر از شهروندان کلان‌شهر اصفهان اختصاص داشته و در راستای پاسخ به دو سؤال اصلی زیر انجام شده است.

- کدامیک از متغیرهای کالبدی محلات شهری، با ضریب کلی علائم مرضی² شهروندان ارتباط معنادار دارد.
- کدامیک از متغیرهای کالبدی محلات شهری، بر روی ضریب کلی علائم مرضی شهروندان تأثیرگذار است.



1-1- مروری بر پیشینه پژوهشی

پیشینه و تاریخچه موضوع تحقیق به دوران قرن نوزدهم می‌رسد. ارتباطات بین برنامه‌ریزی شهری و سلامت، در تفکرات برنامه‌ریزان پیشسازی همچون هوسمان (1809-1891) و باومایستر (1833-1917) دیده می‌شود. هوسمان در برنامه‌های خود در پاریس، اصولی داشت که از اصلی‌ترین آن می‌توان به «بهبود وضعیت بهداشتی شهر با از میان بردن و تخریب روشمند کوچه پس کوچه‌های بافت ارگانیک و سنتی پاریس که آلوده و خاستگاه بیماری‌های واگیردار بسیاری شده بود» اشاره کرد. صفاری‌نیا تأثیر محیط‌های مسکونی مختلف بر سلامت‌روان، شادکامی و بهزیستی شخصی دختران نوجوان را مورد بررسی قرار داد. نتایج این پژوهش نشان داد که دختران ساکن در آپارتمان‌های بدون طراحی در همگی شاخص‌ها به جز زیر مقیاس اختلال کارکرد اجتماعی از میانگین کمتری در سلامت‌روان، شادکامی و بهزیستی شخصی نسبت به ساکنین خانه‌های ویلایی و آپارتمان‌های دارای طراحی محیط داخلی برخوردارند (Saffarinia, 2011). میرغلامی و همکاران در پژوهش خود در محله رشیدیه تبریز به این نتیجه رسیدند که به ترتیب ساکنین گونه‌های سکونتی تراکم پایین، متوسط و بالا با تفاوت معنی‌داری، کمتر دچار پریشان‌روانی می‌شوند (Mirgholami et al., 2017).

کالمیر و همکاران (2001) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که شاخص‌های کیفیت محیط مسکونی همچون نوع ساخت‌وساز مسکن، هوای پاک، عدم وجود آلودگی صوتی و روابط با همسایگان ارتباط قوی با بهبود سلامتی و رفاه شهروندان دارند (Kahlmeier et al., 2001). نتایج مطالعات لافورتزا و همکاران (2009) در ایتالیا و بریتانیا نشان داد که بازدیدهای مکرر و طولانی از فضاهای سبز، تا حد بسیاری زیادی رفاه شهروندان را افزایش داده و در مقابل فشارهای روانی را کاهش می‌دهد (Lafortezza et al., 2009). برووینگ و همکاران این موضوع را به اثبات رساندند که بین کیفیت محیط‌های مسکونی با گرایش به پرخاشگری در محلات شهری رابطه معکوس و خطی وجود دارد. در واقع نویسندگان این موضوع را مطرح کردند که با کاهش کیفیت محیط سکونت، میزان

خشونت در بین افراد افزایش پیدا می‌کند (Browning et al., 2010). بیل و هانس (2013) در پژوهش خود میزان استرس درک شده توسط شهروندان را در دو محیط طبیعی و مصنوعی مورد بررسی قرار دادند. نویسندگان به این نتیجه رسیدند که محیط‌های ساخته شده تأثیر بسیار زیادی در سلامتی و رفاه شهروندان دارند. همچنین نتایج نشان داد که قرارگیری در محیط‌های طبیعی و فضاهای سبز تا حد زیادی استرس را کاهش می‌دهد (Beil and Hanes, 2013). آیزوان و همکاران تأثیر محیط فیزیکی بر سلامت روانی کودکان و نوجوانان را در شهر کوالالمپور مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد در این شهر حدود 4.4 درصد از کودکان و نوجوانان از اختلالات روانی رنج می‌برند. همچنین این رقم در محلات با کیفیت پایین بسیار بیشتر مشاهده شد (Izuan et al., 2018).

نتایج تحقیقات اخیر مؤید این نکته است که "سهم بالایی از ارتقای سلامت روان از طریق بهبود و ارتقای محیط‌های فیزیکی شهری ایجاد می‌شود" (Pilkington et al., 2008). دسترسی به حمل‌ونقل عمومی، جذابیت محله و کیفیت میلمان شهری، عوامل کلیدی در بهبود اختلالات روانی است (Stathi et al., 2012). عوامل شکل دهنده به ساختار شهری همچون دسترسی به حمل‌ونقل عمومی و همچنین تراکم‌های شهری تأثیر بسیار قوی بر سلامت روان دارند (Melis et al., 2015). همچنین مجموعه‌ای از عوامل محیطی مانند تراکم ساختمانی، کیفیت مسکن، دسترسی به حمل‌ونقل عمومی، امنیت محیطی، فضاهای آبی و سبز با شاخص‌های اختلالات روانی ارتباط دارد (Roux & Mair, 2010). بنابراین تأثیر کیفیت محلات مسکونی بر روی اختلالات روانی در پژوهش‌ها و مطالعات دانشگاهی باید بیش از قبل مورد ارزیابی قرار گیرد (Hood, 2005; Helbich, 2018).

1-2- چارچوب نظری

در این پژوهش کیفیت کالبدی محلات مسکونی مورد مطالعه قرار گرفت. برای ارزیابی کیفیت کالبدی محلات مسکونی، پژوهش‌های پیشین شاخص‌های مختلفی را پیشنهاد دادند. در این باره می‌توان به شاخص‌هایی

همچون خدمات زیرساختی، حمل و نقل عمومی، درختان و پوشش گیاهی، کیفیت هوا، پاکیزگی محیط محله، امکان پیاده‌روی، امکان دوچرخه‌سواری، زیبایی محله، تنوع فعالیت، امکانات رفاهی، دسترسی به مراکز خرید، جذابیت پیاده‌روها، نورپردازی، آلودگی صوتی و امنیت محله اشاره کرد. (Ochodo et al., 2014; Poortinga et al., 2017; Rollings et al., 2017). یکی از متغیرهای اصلی در محلات مسکونی، شرایط طبیعی و محیطی محله است. فردریک لائو اولمستد از معماران منظر در قرن نوزدهم، حضور در طبیعت بکر و دیدن مناظر طبیعی را برای کاهش فشارهای روانی زندگی روزانه شهروندان مطرح کرد. نتایج پژوهش‌های اخیر نیز نشان داد که تماس شهروندان با فضاهای سبز و پارک‌ها، تأثیر بسیار بالایی در کاهش اختلالات روانی و بهبود سلامت روانی دارد. (Triguero-Mas et al., 2017). همچنین تحقیقات اپیدمیولوژیک نشان داد، افرادی که در نزدیکی فضاهای سبز سکونت دارند، با بیماری‌های روانی و جسمی کمتری مواجهند (Maas et al., 2009). فضاهای سبز از طریق افزایش فعالیت‌های بدنی و انسجام اجتماعی سبب کاهش اختلالات روانی می‌شود (Groenewegen et al., 2012). بنابراین کمیت و کیفیت فضاهای سبز در محلات مسکونی ارتباط مستقیمی با اختلالات روانی دارد (Van Dillen et al., 2012; Wolch et al., 2014). از سایر شاخص‌های محیطی و طبیعی می‌توان به پاکیزگی محلات شهری، عدم آلودگی هوا و آلودگی صوتی اشاره کرد که تأثیر بسیار قوی بر آرامش روحی و روانی افراد دارد.

شرایط خیابان‌ها نیز در محلات مسکونی، بر اختلالات روانی افراد تأثیرگذار است. یکی از این شرایط، امنیت عمومی در خیابان‌هاست. در واقع پژوهش‌ها نشان داد که خشونت در جوامع شهری و محلات مسکونی، سلامت روان را تهدید می‌کند و تأثیرات عمیقی بر عملکرد و رفتار روان‌شناختی دارد (Clark et al., 2008). برای افزایش امنیت، نورپردازی در خیابان‌ها اهمیت بالایی دارد. از دیگر شرایط حائز اهمیت در خیابان‌ها، می‌توان به ترافیک موجود در خیابان‌ها اشاره کرد. افزایش ترافیک موجب صرف هزینه و زمان بیشتر برای

شهروندان می‌شود. این مسأله، باعث افزایش فشارهای روانی در بین افراد می‌شود. قابلیت پیاده‌روی و مناسب بودن مسیرهای عابران پیاده نیز در خیابان‌های محلی می‌تواند باعث حضور بیشتر افراد در جامعه شود. افزایش حضور افراد باعث گسترش تعاملات اجتماعی و کاهش اختلالات روانی می‌شود.

از شاخص‌های دیگر در محلات مسکونی که بر وضعیت سلامت روانی شهروندان تأثیرگذار است، کیفیت فضاهای عمومی است. در واقع شواهد علمی در دهه اخیر نشان دادند که فضاهای عمومی، اثرات عمیقی بر سلامت جسمی و روانی شهروندان دارد. فقدان فضاهای عمومی همچون مسیرهای پیاده و مسیرهای دوچرخه سواری مناسب، کمبود مناطق سبز و تفریحی و کمبود امکانات رفاهی، سلامتی انسان‌ها را کاهش می‌دهد (Hood, 2005). نتایج تحقیقات پیشین نشان داد فضاهای عمومی به طور مستقیم و غیر مستقیم سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. (Francis, 2012) پارک‌های محلی به عنوان یکی از فضاهای عمومی از طریق برقراری ارتباط با طبیعت به طور مستقیم اختلالات روانی را کاهش می‌دهند. همچنین فضاهای عمومی به طور غیر مستقیم از طریق فراهم آوردن مکان‌هایی برای دیدار و معاشرت مردم به طور غیر مستقیم اختلالات روانی را کاهش می‌دهند. بنابراین فضاهای عمومی فرصت تعاملات اجتماعی را فراهم می‌کند. افزایش تعاملات اجتماعی و هم‌صحبتی شهروندان، اعتماد به نفس آن‌ها را بالا برده و در نهایت باعث می‌شود، شهروندان در مواجهه با تغییرات روزانه، واکنش‌های فیزیولوژیکی بهتری بروز دهند. واکنش‌های فیزیولوژیکی مناسب باعث کاهش اختلالات روانی می‌شود. از مهم‌ترین فضاهای عمومی در محلات شهری می‌توان به مسیرهای پیاده‌روی و دوچرخه سواری اشاره کرد. دسترسی به مسیرهای پیاده و قابلیت دوچرخه‌سواری رابطه و همبستگی بسیار بالایی با سلامت روانی شهروندان دارد (Nieuwenhuijsen et al., 2001; Frank, 2016). بنابراین در صورتی که شرایط فضاهای عمومی بهبود یابد، فعالیت‌های اجتماعی افراد افزایش یافته و نهایتاً افزایش فعالیت‌های اجتماعی و



شاخص از فرم 90 سوآلی فهرست واریس علائم (SCL-90) استفاده می شود.

2- روش تحقیق

1-2- طراحی مطالعه

به منظور بررسی رابطه میان کیفیت کالبدی محلات شهری و اختلالات روانی، پژوهش به روش توصیفی - تحلیلی و مقطعی طراحی و با شناسه اخلاق IR.UI.REC.1398.024 در کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان تصویب شد. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته و همچنین پرسشنامه استاندارد استفاده شد. در این پژوهش 434 نفر از ساکنان منطقه 6 کلان شهر اصفهان شرکت کردند. شرط ورود به مطالعه داشتن سن بالای 20 سال، سابقه سکونت حداقل 3 سال در محله خویش و مبتلا نبودن به اختلالات حاد روانی بود. برای توصیف یافته‌های پژوهش از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از مقایسه نمرات میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون لجستیک رتبه‌ای انجام شد.

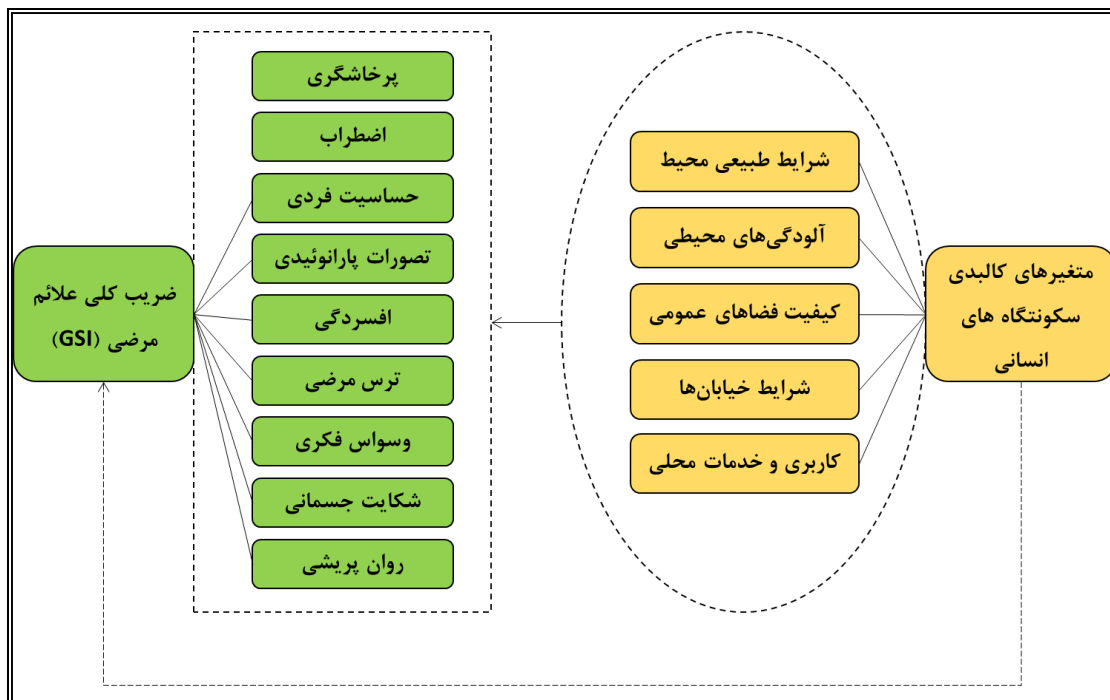
2-2- متغیرها و شاخص‌های مستقل

در این مطالعه برای سنجش کیفیت کالبدی محلات سکونت افراد شرکت کننده، شرایط خیابان‌ها، آلودگی محیط، شرایط طبیعی، مشخصات فضاهای باز عمومی و خدمات و کاربری‌های محلی به عنوان شاخص‌های مستقل برای سنجش کیفیت کالبدی محیط‌های سکونتی افراد انتخاب شد (جدول 1). در این پرسشنامه، از مشارکت کنندگان خواسته شد تا کیفیت محله سکونت خویش را با توجه به شاخص‌های مذکور در قالب طیف لیکرت و در 5 سطح (بسیار نامناسب = 0، نامناسب = 1، نسبتاً مناسب = 2، مناسب = 3 و بسیار مناسب = 4) ارزیابی نمایند. روایی این پرسشنامه توسط 12 نفر از استادان و متخصصین حوزه برنامه‌ریزی شهری تأیید شد و ضریب آلفای کرونباخ نیز به میزان مناسب 0.9 به دست آمد.

حضور بیشتر افراد در فضاهای عمومی، باعث کاهش انزوای اجتماعی و اختلالات روانی خواهد شد.

از نظر ایوانز عوامل محیطی مؤثر بر سلامت روانی را می‌توان در دو بخش عوامل مستقیم و غیرمستقیم بیان کرد. فاکتورهایی همچون تراکم‌های ساختمانی، کیفیت مسکن، روشنایی و میزان نور، آلودگی هوا و آلودگی صوتی و همچنین نوع مبلمان شهری تأثیر مستقیم بر سلامت روانی دارند. همچنین افزایش تراکم در محیط‌های مسکونی باعث تقلیل حمایت‌های اجتماعی افراد می‌شود. تقلیل حمایت‌های اجتماعی باعث افزایش درماندگی روان‌شناختی می‌شود (Evans, 2003). در مجموع می‌توان گفت رابطه بین کیفیت محیط کالبدی محلات شهری و شاخص‌های سلامت روان در قالب رویکرد برنامه‌ریزی شهر سالم اتفاق می‌افتد. این رویکرد در سازمان جهانی بهداشت در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است. هدف کلی این رویکرد، ادغام ملاحظات بهداشتی در فرایندهای برنامه‌ریزی شهری است. در واقع برنامه‌ریزان شهری می‌توانند شرایط محلات شهری را که افراد در آن زندگی می‌کنند و اوقات فراغت خود را سپری می‌کنند، تغییر دهند. این تغییرات باید با تأکید بر شاخص‌های سلامت روانی شهروندان باشد.

مدل ارزیابی پژوهش که در شکل شماره 1، نشان داده شده است، رابطه متغیرهای کالبدی محلات شهری و اختلالات روانی را بیان می‌کند. در این مدل، شرایط طبیعی محیط، آلودگی‌های محیطی، کیفیت فضاهای عمومی، شرایط خیابان‌ها و کاربری و خدمات محلی در محلات شهری به‌عنوان متغیرهای مستقل بیانگر کیفیت کالبدی محیط سکونت شهروندان است. در بعد سلامت روان نیز 9 اختلال روانی انتخاب شد. شاخص GSI برآیند 9 اختلال روانی (پرخاشگری³، اضطراب⁴، حساسیت فردی⁵، تصورات پارانوئیدی⁶، افسردگی⁷، ترس مرضی⁸، وسواس فکری⁹، شکایت جسمانی¹⁰ و روان پریشی¹¹) است. این شاخص بهترین نشان‌دهنده سطح و یا عمق اختلال است و اطلاعاتی را راجع به تعداد علائم و شدت ناراحتی بیان می‌کند. برای اندازه‌گیری این



شکل 1- مدل ارزیابی پژوهش

Fig.1- Research Evaluation Framework

جدول 1- شاخص‌های مستقل پژوهش

Tab.1-research independent indicators

شرایط طبیعی	آلودگی‌های محیطی	شرایط خیابان‌ها	کیفیت فضاهای عمومی	کاربری و خدمات محلی
- تنوع گیاهان، درختان و گل‌ها	- پاکیزگی محیط	- ترافیک روان در سطح محله	- پارک‌های محلی	- سازگاری کاربری اراضی با کاربری‌های مسکونی
- تنوع پوشش گیاهی	- عدم وجود آلودگی هوا	- تمهیدات آرام‌سازی ترافیک	- فضاهای نشستن و مکث	- دسترسی به مراکز خرید محلی
- فضاهای آبی	- عدم وجود آلودگی صوتی	- امنیت خیابان	- قرارگاه‌های رفتاری	- دسترسی به خدمات فرهنگی
- نماهای باز	- سیستم جمع‌آوری زباله	- روشنایی خیابان در شب	- قابلیت پیاده روی	- دسترسی به خدمات ورزشی
- آفتاب‌گیری فضا در سرما	- محافظت در برابر تغییرات جوی	- قابلیت دوچرخه سواری	- کیفیت پیاده روها	- دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی
		- کیفیت آسفالت و پوشش معابر		- دسترسی به خدمات آموزشی
				- دسترسی به امکانات رفاهی و تفریحی
				- دسترسی به حمل و نقل عمومی

3-2- متغیرها و شاخص‌های وابسته

متغیرهای وابسته در این پژوهش، انواع اختلالات روانی بود. یکی از پرسشنامه‌های مناسب برای ارزیابی اختلالات روانی که در ایران بیشتر به کار برده می‌شود و اعتبارسنجی نیز شده است (Derogatis et al., 1976) فرم 90 سوآلی فهرست واریس علائم (SCL-90) است. لذا پرسشنامه دوم پژوهش، 9 مقیاس مربوط به میزان اختلالات روانی، یعنی پرخاشگری، اضطراب، وسواس،

حساسیت فردی، شکایت جسمانی، روان پریشی، تصورات پارانوئیدی، افسردگی و ترس مرضی را به صورت طیف لیکرت در 5 سطح (هیچ=0؛ کمی=1، تا حدی=2، زیاد=3 و خیلی زیاد=4) ارزیابی کرد. بنابراین نمره قابل کسب برای هر سؤال بین صفر تا 4 بود. علاوه بر این 9 شاخص، ضریب کلی علائم مرضی (GSI) نیز برای هر فرد محاسبه شد. این شاخص بهترین نشان‌دهنده سطح و یا عمق اختلال است و اطلاعاتی را راجع به تعداد علائم و شدت



2-3- توصیف وضعیت شاخص‌های مستقل و وابسته پژوهش

پرسشنامه اول این پژوهش در رابطه با ارزیابی کیفیت محیط سکونت نمونه آماری پژوهش طراحی شد. در این زمینه از پاسخ‌گویان خواسته شد تا کیفیت محیط سکونت خویش را در در قالب طیف لیکرت و در 5 سطح (بسیار نامناسب، نامناسب، نسبتاً مناسب، مناسب و بسیار مناسب) ارزیابی نمایند. نتایج در این زمینه نشان داد که شاخص پارک‌های محلی با نمره میانگین 2.59 بهترین وضعیت را در بین نمونه آماری پژوهش دارد. در واقع وضعیت پارک‌ها و بوستان‌های محلی از دیدگاه شهروندان نسبت به سایر ابعاد محیطی وضعیت بهتری داشت. شاخص‌های تمهیدات آرام‌سازی ترافیک، کیفیت پیاده‌روها و سیستم گردآوری زباله نیز به ترتیب در رتبه های دوم تا چهارم قرار داشتند. شاخص‌های دسترسی به خدمات فرهنگی، دسترسی به امکانات رفاهی و تفریحی، دسترسی به خدمات آموزشی و محافظت از پیاده‌ها در برابر تغییرات جوی نیز کمترین نمره میانگین را کسب کردند. در پرسشنامه دوم پژوهش (SCL-90) وضعیت اختلالات روانی افراد در 9 بعد مورد بررسی قرار گرفت. در بین شاخص‌های وابسته و اختلالات روانی، بیشترین و کمترین نمره میانگین به ترتیب به اختلالات افسردگی و وسواس فکری اختصاص داشت. (جدول شماره 3). مهمترین شاخص وابسته این پژوهش، شاخص GSI و یا ضریب کلی علائم مرضی است. این شاخص در مواردی که نیاز به یک سنجش خلاصه باشد، استفاده می‌شود. نمره میانگین شاخص مذکور برابر با 1.29 شد. برای بررسی دقیقتر این شاخص، علاوه بر نمره میانگین، نمرات برش 1 (خفیف)، 2 (متوسط) و 3 (شدید) در نظر گرفته شدند. به طور کلی براساس یافته‌های پژوهش، 163 نفر (37.6 درصد) از نمونه آماری پژوهش فاقد اختلال روانی، 194 نفر (44.7 درصد) دارای اختلال روانی خفیف و 77 نفر (17.7 درصد) دارای اختلال روانی نسبی بودند. هیچ کدام از شرکت‌کنندگان در پژوهش اختلال روانی شدید نداشتند.

ناراحتی بیان می‌کند. پرسشنامه اختلالات روانی بی نام بود. اطلاعات ساکنان محلات شهری، پس از ارائه توضیحات لازم در مورد این مطالعه و اطمینان از محرمانه بودن و رضایت کامل آنها وارد این پژوهش شد.

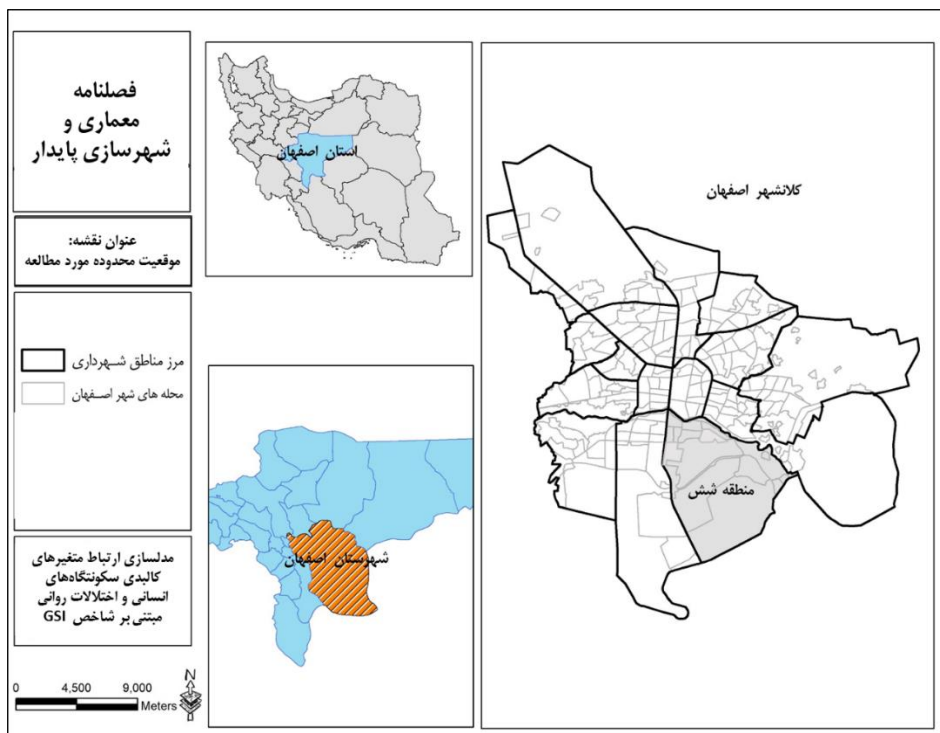
4-2- محدوده مورد مطالعه

محدوده مورد مطالعه در این پژوهش منطقه شش از کلانشهر اصفهان است. منطقه شش شهرداری اصفهان با مساحت 6600 هکتار، از شمال به پل سی و سه پل در مسیر زاینده رود تا پل بزرگمهر، از جنوب به پل اشکاوند در مسیر ریل راه‌آهن تا پل راه‌آهن، از شرق به پل بزرگمهر در مسیر رودخانه تا پل اشکاوند و از غرب به پل راه‌آهن در مسیر بزرگراه شهید دستجردی تا سی‌وسه پل محدود می‌شود. این منطقه از این جهت به عنوان مطالعه موردی انتخاب شد، که در دهه‌های اخیر به عنوان یک منطقه حاشیه‌ای، با رشد کالبدی بسیاری مواجه بوده و همچنین دارای بافت کالبدی گوناگون و متضادی است. در این منطقه محلات حاشیه‌نشینی همچون مفت آباد، تخت پولاد و کوله پارچه پیرامون مکان‌های خاصی نظیر گورستان قدیمی و فرودگاه سابق شهر از دهه 1350 شکل گرفته‌اند. اما در مجاورت این محلات حاشیه‌نشین، به یکباره قیمت زمین و مسکن بالا رفته، چهره فیزیکی شهر دگرگون شده و محلات با ویژگی‌های کالبدی مطلوب همچون چهار باغ بالا و هزار جریب شکل گرفته است.

3-نتایج و بحث

1-3- آمار توصیفی مشخصات پاسخ‌گویان

در بخش اول از یافته‌های پژوهش خصوصیات اجتماعی و اقتصادی پاسخ‌دهندگان توصیف شده است. در واقع این ویژگی‌ها به‌عنوان متغیرهای کنترلگر در پژوهش نقش دارند. این متغیرها شامل جنسیت، سن، تحصیلات، مدت اقامت در محله، نوع شغل و سطح درآمد خانوار است. در جدول شماره 2، مشخصات پاسخ‌گویان ارائه شده است.



شکل 2- موقعیت جغرافیایی منطقه مورد مطالعه در اصفهان
 Fig. 2- Geographical location of case study in Isfahan

جدول 2- آمار توصیفی مشارکت کنندگان

Tab. 2- descriptive statistic of participants

نام شاخص	فراوانی	فراوانی نسبی
جنسیت	مرد	204 / 47/1
	زن	230 / 52/9
سن	20-29	102 / 23/5
	30-39	108 / 24/88
	40-49	109 / 25/12
	+50	115 / 26/5
تحصیلات	زیر دیپلم	86 / 19/82
	دیپلم	105 / 24/19
	لیسانس	180 / 41/47
	فوق لیسانس و بالاتر	63 / 14/52
مدت اقامت در محله	کم (0-5 سال)	160 / 36/87
	متوسط (5-10 سال)	115 / 26/5
	زیاد (بیشتر از 10 سال)	159 / 36/64
سطح اقتصادی	پایین	140 / 32/26
	متوسط	122 / 28/11
	بالا	172 / 39/63
شغل	بیکار	27 / 6/2
	خانه‌دار	144 / 33/2
	کارگر	61 / 14/1
	دانشجو	31 / 7/1
	بازنشسته	51 / 11/8
	آزاد	84 / 19/4
	کارمند دولتی	36 / 8/3



جدول 3- آمار توصیفی شاخص‌های مستقل و وابسته

Tab. 3- descriptive statistic of independent and dependent indicators

متغیر	شاخص	میانگین	انحراف معیار	واریانس	ضریب کشیدگی	ضریب چولگی	
شرایط طبیعی	تنوع گیاهان، درختان و گل‌ها	2.19	1.323	1.750	-0.185	-1.135	
	تنوع پوشش گیاهی	1.96	1.358	1.843	-0.009	-1.155	
	فضاهای آبی	1.96	1.263	1.594	0.143	-1.023	
	نماهای باز	2.16	1.394	1.943	-0.248	-1.186	
آلودگی‌های محیطی	آفتاب‌گیری فضا در سرما	2.35	1.278	1.632	-0.344	-0.874	
	محافظت در برابر تغییرات جوی	1.77	1.444	2.084	0.205	-1.360	
	پاکیزگی محیط	2.24	1.351	1.826	-0.308	-1.095	
	عدم وجود آلودگی هوا	1.96	1.263	1.594	0.131	-1.079	
شرایط خیابان‌ها	عدم وجود آلودگی صوتی	2.30	1.379	1.903	-0.341	-1.098	
	سیستم جمع‌آوری زباله	2.49	1.226	1.502	-0.567	-0.538	
	پارک‌های محلی	2.59	1.345	1.809	-0.557	-0.915	
	فضاهای نشستن و مکث	2.31	1.326	1.758	-0.353	-0.988	
کیفیت فضاهای عمومی	قرارگاه‌های رفتاری	2.12	1.310	1.717	-0.108	-1.084	
	امنیت خیابان	2	1.141	1.303	0.131	-0.785	
	روشنایی خیابان در شب	2.06	1.432	2.052	-0.252	-1.299	
	ترافیک روان در سطح محله	2.40	1.306	1.704	-0.374	-1.044	
	تمهیدات آرام‌سازی ترافیک	2.58	1.242	1.542	-0.654	-0.519	
	کیفیت پیاده‌روها	2.53	1.295	1.677	-0.589	-0.701	
	قابلیت پیاده‌روی	2.37	1.184	1.402	-0.046	-0.889	
	قابلیت دوچرخه‌سواری	2.45	1.186	1.407	-0.361	-0.759	
	عدم تداخل سواره و پیاده	2.35	1.158	1.341	-0.196	-0.843	
	کیفیت آسفالت و پوشش معابر	2.24	1.092	1.192	0.038	-0.847	
	دسترسی به حمل و نقل عمومی	1.95	1.217	1.480	0.113	-0.967	
	کاربری و خدمات محلی	دسترسی به مراکز خرید محلی	2	1.182	1.397	0.156	-0.941
دسترسی به خدمات فرهنگی		1.93	1.195	1.427	0.199	-0.930	
دسترسی به خدمات ورزشی		1.96	1.191	1.418	0.241	-0.951	
دسترسی به امکانات رفاهی و تفریحی		1.84	1.116	1.246	0.162	-0.716	
دسترسی به خدمات آموزشی		1.84	1.016	1.032	0.5	-0.447	
دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی		2.06	1.097	1.202	0.059	-0.648	
سازگاری کاربری اراضی		2.29	1.112	1.237	-0.076	-0.849	
شکایت جسمانی		1.33	0.77	0.59	0.28	-0.72	
اختلالات روانی	وسواس فکری	1.31	0.79	0.62	0.22	-0.90	
	حسایت فردی	1.47	0.72	0.52	0.16	-0.54	
	افسردگی	1.49	0.65	0.42	0.10	-0.91	
	اضطراب	1.47	0.70	0.50	0.22	-0.04	
	پرخاشگری	1.40	0.77	0.59	0.53	-0.10	
	ترس مرضی	1.41	0.73	0.53	0.32	-0.65	
	تصورات پارانوئیدی	1.33	0.70	0.49	0.22	-1.01	
	روان‌پریشی	1.37	0.70	0.51	0.21	-1.02	
	ضریب کلی علائم مرضی (GSI)	فاقد اختلال روانی	163				
		خفیف	194				
متوسط		77					
شدید	0						
		(37.6 درصد)	(44.7 درصد)	(17.7 درصد)			

3-3- تحلیل یافته‌های تحقیق

در این مرحله با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نوع رابطه و شدت همبستگی میان شاخص‌های محیط کالبدی و همچنین عمق اختلالات روانی و یا همان شاخص GSI، بررسی شد. نتایج برای نمونه آماری پژوهش با 434 نفر مشارکت‌کننده نشان داد که از بین شاخص‌های شرایط طبیعی، تنوع پوشش گیاهی، با ضریب 0.843- بیشترین شدت همبستگی را با ضریب کلی علائم مرضی داشت. کمترین ضریب همبستگی را نیز شاخص محافظت در برابر تغییرات جوی با ضریب 0.588- داشت. بررسی رابطه شاخص‌های آلودگی محیطی با ضریب کلی علائم مرضی نشان داد که، عدم وجود آلودگی صوتی با ضریب 0.882- بیشترین و عدم وجود آلودگی هوا، با ضریب 0.707- کمترین ارتباط معنادار داشت. نتایج برای متغیر فضاهای عمومی نشان داد که به ترتیب پارک‌های محلی با ضریب 0.771-، فضاهای نشستن و مکث با ضریب 0.723- و قرارگاه‌های رفتاری با ضریب 0.714- با ضریب کلی علائم مرضی رابطه معنادار داشتند. در بین شاخص‌های مربوط به شرایط خیابان‌ها، امنیت خیابان و قابلیت پیاده‌روی در خیابان‌ها، بیشترین همبستگی و ارتباط را با اختلالات روانی داشتند. کمترین ارتباط نیز به شاخص کیفیت آسفالت و پوشش معابر با ضریب اختصاص داشت. نهایتاً در بخش کاربری و خدمات محلی، شاخص‌های دسترسی به خدمات فرهنگی و مراکز خرید محلی بیشترین همبستگی را با شاخص ضریب کلی علائم مرضی داشتند. شاخص سازگاری کاربری اراضی با کاربری‌های مسکونی نیز کمترین همبستگی را با ضریب 0.435- داشت. نتایج به طور کلی نشان داد که شاخص‌های مستقل محیط کالبدی با ضریب کلی علائم مرضی ($P < 0.001$) رابطه معنادار و معکوس داشتند. نتایج این بخش از پژوهش به تفصیل در جدول شماره 4 ارائه شده است.

در ادامه با استفاده از رگرسیون لجستیک رتبه‌ای شاخص‌های اصلی تأثیرگذار به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین تعیین شد. در تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک ترتیبی، 30 شاخص کیفیت کالبدی محیط که رابطه معنادار با شاخص GSI داشت، برای شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های

اصلی وارد مدل شدند. در این مدل، Sig، معناداری ضریب تخمین زده شده را از نظر آماری نشان می‌دهد. آماره Wald در این مدل‌سازی اهمیت بالایی دارد. هر چه این آماره بزرگتر باشد، به معنای تأثیرگذاری بیشتر شاخص است. از این رو می‌توان برای رتبه‌بندی میزان تأثیرگذاری شاخص‌ها استفاده کرد. در مدل پیشنهاد شده برای ضریب کلی علائم مرضی، سطح معنی‌داری کمتر از 0.01 برای Model Fitting توانایی مدل در پیش‌بینی متغیر وابسته را نشان داد. همچنین سطح معنی‌داری بیشتر از 0.05 نیز برای Goodness-of-Fit مقبولیت مدل را از نظر آماری تأیید کرد. یکی دیگر از اجزاء مدل پیشنهادی، ضریب تعیین تعدیل شده (R^2) بود. مقدار این ضریب بین صفر و یک است. ضریب 0.843 در مدل پیشنهادی نشان داد که متغیرهای مستقل توانسته‌اند، مقدار زیادی از واریانس متغیر وابسته را تبیین نمایند. براساس سطح معنی‌داری شاخص‌های پیش‌بین، 15 شاخص به‌عنوان شاخص‌های تأثیرگذار بر استرس درک‌شده تعیین شدند. براساس آماره wald این 15 شاخص از لحاظ تأثیرگذاری به ترتیب شامل پارک‌های محلی، کیفیت پیاده‌روها، قابلیت پیاده‌روی، تنوع پوشش گیاهی، امنیت خیابان، فضاهای نشستن و مکث، روشنایی خیابان در شب، پاکیزگی محیط، عدم وجود آلودگی صوتی، ترافیک روان در سطح محله، فضاهای آبی، تنوع گیاهان، درختان و گل‌ها، دسترسی به امکانات تفریحی، دسترسی به حمل‌ونقل عمومی و دسترسی به مراکز خرید محلی می‌شود.

همچنین روند تغییرات نمره میانگین ضریب کلی علائم مرضی براساس تغییر کیفیت کالبدی محیط، مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج این بررسی در نمودارهای زیر نشان داده شده است. این بررسی حاکی از آن است که برای هر پنج متغیر اصلی پژوهش، با بهبود کیفیت محیط سکونت، اختلالات روانی نیز کاهش خواهد یافت. به عنوان مثال مطالعات در نمونه آماری پژوهش نشان داد که 71 نفر (16.36 درصد) کیفیت فضاهای عمومی محیط سکونت خویش را در سطح بسیار نامناسب اظهار نموده‌اند. میانگین ضریب کلی علائم مرضی برای این سهم از نمونه، برابر با 2.18 بود. وضعیت اختلالات روانی



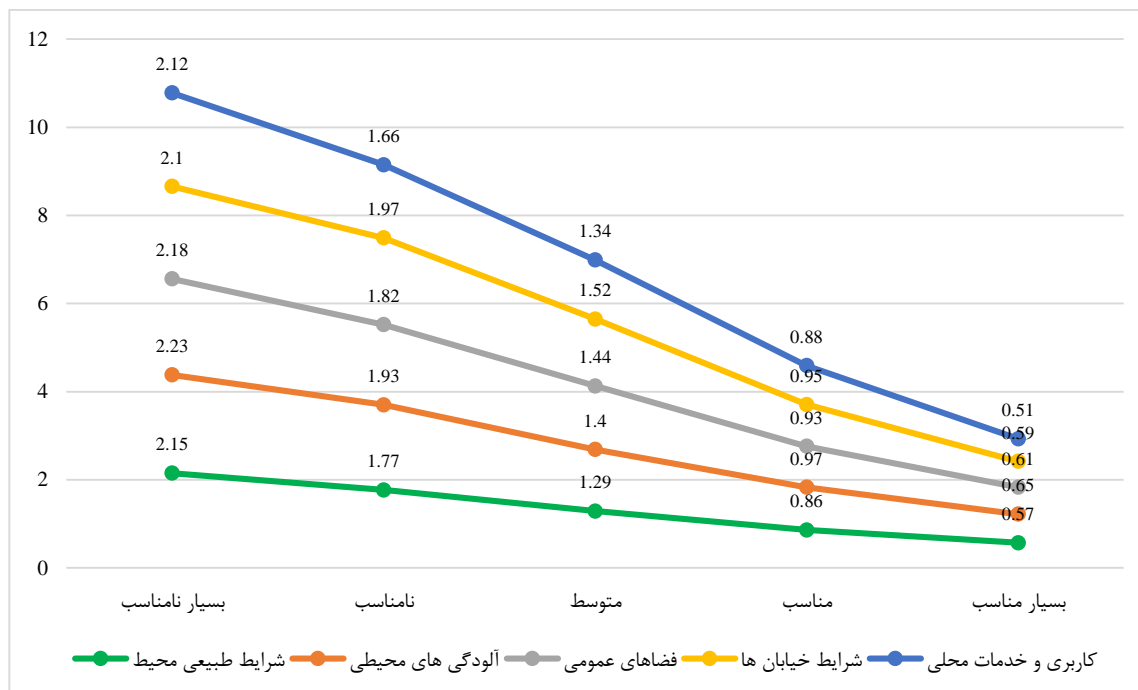
با 0.61 بود. در رابطه با چهار متغیر دیگر نیز نتایج نشان داد که با بهبود کیفیت محیط، تا حد قابل توجهی، از اختلالات روانی کاسته می‌شود.

با بهبود کیفیت فضاهای عمومی، بهتر شد. به گونه‌ای که میانگین این شاخص برای 126 نفر (29.03 درصد) از مشارکت‌کنندگان با فضاهای عمومی بسیار مناسب، برابر

جدول 4- تحلیل همبستگی و مدلسازی اثرات شاخص‌های محیطی بر روی اختلالات روانی

Tab. 4- correlation analyze and modeling the effects of environmental indicators on the mental disorders

متغیر	شاخص	تحلیل همبستگی			تحلیل رگرسیون لجستیک رتبه‌ای		
		ضریب همبستگی	Sig.	Wald	Estimate	Sig.	Wald
شرایط طبیعی	تنوع گیاهان، درختان و گل‌ها	-0.746	0.000	5.568	-0.551	0.021	5.568
	تنوع پوشش گیاهی	-0.843	0.000	12.017	-0.631	0.000	12.017
	فضاهای آبی	-0.702	0.000	6.299	-0.488	0.027	6.299
	نماهای باز	-0.765	0.000	0.393	-0.152	0.531	0.393
	آفتاب‌گیری فضا در سرما	-0.710	0.000	0.985	-0.362	0.321	0.985
	محافظت در برابر تغییرات جوی	-0.588	0.000	0.657	-0.332	0.451	0.657
آلودگی‌های محیطی	پاکیزگی محیط	-0.872	0.000	8.783	-0.404	0.015	8.783
	عدم وجود آلودگی هوا	-0.707	0.000	0.073	-0.167	0.787	0.073
	عدم وجود آلودگی صوتی	-0.882	0.000	7.411	-0.581	0.029	7.411
	سیستم جمع‌آوری زباله	-0.726	0.000	0.027	-0.022	0.869	0.027
فضاهای عمومی	پارک‌های محلی	-0.771	0.000	14.143	-0.844	0.000	14.143
	فضاهای نشستن و مکث	-0.723	0.000	10.807	-0.716	0.028	10.807
	قرارگاه‌های رفتاری	-0.714	0.000	6.419	-0.871	0.011	6.419
شرایط خیابان	امنیت خیابان	-0.782	0.000	11.208	-0.625	0.000	11.208
	روشنایی خیابان در شب	-0.716	0.000	10.786	-0.513	0.036	10.786
	ترافیک روان در سطح محله	-0.741	0.000	6.937	-0.568	0.033	6.937
	تمهیدات آرام‌سازی ترافیک	-0.567	0.000	0.018	-0.038	0.894	0.018
	کیفیت پیاده‌روها	-0.773	0.000	13.145	-0.741	0.000	13.145
	قابلیت پیاده‌روی	-0.779	0.000	12.734	-0.515	0.009	12.734
کاربری و خدمات محلی	قابلیت دوچرخه‌سواری	-0.508	0.000	0.338	-0.236	0.561	0.338
	عدم تداخل سواره و پیاده	-0.502	0.000	0.303	-0.224	0.582	0.303
	کیفیت آسفالت و پوشش معابر	-0.457	0.000	0.380	-0.254	0.538	0.380
	دسترسی به حمل‌ونقل عمومی	-0.649	0.000	4.924	-0.335	0.031	4.924
	دسترسی به مراکز خرید محلی	-0.653	0.000	4.039	-0.361	0.038	4.039
	دسترسی به خدمات فرهنگی	-0.664	0.000	0.798	-0.252	0.372	0.798
	دسترسی به خدمات ورزشی	-0.636	0.000	0.875	-0.336	0.349	0.875
	دسترسی به امکانات تفریحی	-0.594	0.000	5.151	-0.597	0.023	5.151
	دسترسی به خدمات آموزشی	-0.507	0.000	2.103	-0.369	0.147	2.103
	دسترسی به خدمات بهداشتی	-0.479	0.000	0.445	-0.225	0.505	0.445
سازگاری کاربری اراضی با کاربری‌های مسکونی	-0.435	0.000	0.044	-0.597	0.834	0.044	



شکل 3- تغییرات شاخص GSI براساس تغییرات کیفیت متغیرهای کالبدی محیط
 Fig. 3- GSI index changes based on changes in physical variable of urban environment

4- نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه که از محدود مطالعات در زمینه ارتباط ملاحظات سلامت روان و اصول برنامه‌ریزی شهری، در ایران است، ارتباط معنادار بین اختلالات روانی و کیفیت کالبدی محلات شهری را تأیید کرد. ($P < 0/001$). یافته‌های این پژوهش در شهر اصفهان این فرضیه را اثبات کرد که افراد ساکن در محیط‌های شهری با کیفیت پایین، بیشتر از سایر افراد در معرض اختلالات روانی قرار دارند. لذا امروزه در برنامه‌ریزی برای شهرها راهبردهای سازگار با اختلالات روانی مورد نیاز است. در واقع برای داشتن شهرهای سالم، باید ارتباط بین برنامه‌ریزی شهری و روان‌شناسی را تقویت نمود. بسیاری از پژوهش‌های پیشین با نتایج این مطالعه همسو هستند. نتایج این مطالعات نشان داد که 15 عامل محیطی شامل پارک‌های محلی، کیفیت پیاده‌روها، قابلیت پیاده‌روی، تنوع پوشش گیاهی، امنیت خیابان، فضاهای نشستن و مکث، روشنایی خیابان در شب، پاکیزگی محیط، عدم وجود آلودگی صوتی، ترافیک روان در سطح محله، فضاهای آبی، تنوع گیاهان، درختان و گل‌ها، دسترسی به امکانات تفریحی، دسترسی به

حمل‌ونقل عمومی و دسترسی به مراکز خرید محلی تغییرات اختلالات روانی را پیش‌بینی می‌نمایند. در تأیید این نتایج، مطالعات لی و لیو نشان داد ساکنان مسکن غیر رسمی دارای بدترین وضعیت سلامت روان هستند. همچنین پارامترهای محیط سکونت به طور قابل توجهی تغییرات اختلالات روانی را پیش‌بینی می‌کنند (Li and Liu, 2018). همچنین اوچودو و همکاران تأثیر عوامل کالبدی محلات مسکونی در شهر کنیا را در انطباق با شاخص‌های سلامت روان در بین 544 نفر از شهروندان بررسی کردند. نتایج این تحقیق نشان داد که عواملی همچون پوشش گیاهی و وضعیت روشنایی خیابان، سلامت روان مردان و زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. (Ochodo et al., 2014). همچنین بررسی یافته‌های 23 مقاله توسط رنالدز و همکاران نشان داد در محلاتی که قابلیت پیاده‌روی بیشتر و امکانات تفریحی قابل توجهی دارد، سلامت روانی شهروندان بیشتر است (Renalds et al., 2010). نتایج این پژوهش نیز نشان داد که کیفیت محورهای پیاده و فضاهای عمومی مانند پارک‌های محلی به عنوان مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بین در اختلالات روانی نقش دارد. یافته‌های مطالعه گروانوینگن و همکاران



انجام شد. پژوهشگران در شهرها و کشورهای دیگر ممکن است نتایج متفاوتی را اعلام نمایند. اما نتیجه نهایی و مورد توافق پژوهشگران، آن است که بیش از گذشته باید رابطه میان متخصصان برنامه‌ریزی شهری و روان‌شناسان تقویت شود، تا تأثیرات منفی محیط‌های مسکونی بر اختلالات روانی کاهش یابد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری با عنوان "بررسی ارتباط بین کیفیت کالبدی - فیزیکی محلات مسکونی و سلامت روانی شهروندان در راستای توسعه پایدار شهری. (مطالعه موردی: محله مرداویج و مفت آباد، اصفهان)" است که توسط نویسنده اول و با راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم در دانشگاه اصفهان دفاع شده است. در این فرصت از تمامی عوامل دانشکده علوم جغرافیایی و برنامه‌ریزی دانشگاه اصفهان، سپاسگزار می‌شود.

پی‌نوشت

- ¹ Mental Disorder
- ² Global Severity Index
- ³ Hostility
- ⁴ Anxiety
- ⁵ Interpersonal Sensitivity
- ⁶ Paranoid Ideation
- ⁷ Depression
- ⁸ Phobic Anxiety
- ⁹ Obsessive Compulsive
- ¹⁰ Somatization
- ¹¹ Psychoticism

مراجع

Annerstedt, M., Östergren, P. O., Björk, J., Grahn, P., Skärbäck, E., & Währborg, P. (2012). Green qualities in the neighborhood and mental health—results from a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC public health*, 12(1), 337.

Azadeh, S. R., Shafie Haghshenas, M., & Khaksar Shahmirzadi, S. (2020). Planning of Urban Sustainable Development with selection of optimal bike routes through using quantitative models, Case study: Rasht Metropolis. *Journal of Urban Ecology Researches*, 11(21), 43-58. [in Persian]

نشان داد که نزدیکی به فضاهای سبز و حضور افراد در این فضاها سلامت روانی را بهبود می‌بخشد (Groenewegen et al., 2012) نتایج این مطالعات نیز ارتباط معنادار ($p < 0.001$) بین کیفیت پوشش گیاهی، تعدا درختان و گل‌ها و فضاهای آبی در محلات شهری را با اختلالات روانی تأیید کرد. اگر چه مطالعات زیادی وجود دارد که ارتباط معنی‌دار بین اختلالات روانی و کیفیت محیط سکونت را نشان می‌دهد، ولی برخی از مطالعات نیز به چنین نتایجی دست نیافت. در یک پژوهش گسترده توماس و همکاران نشان دادند که ارتباط محدودی بین کیفیت محیط‌های مسکونی و سلامت روانی شهروندان وجود داشت و محیط‌های روان-شناختی و سایر مسائل اقتصادی و اجتماعی نسبت به محیط‌های فیزیکی در ارتباط با اختلالات روانی مهمتر است (Thomas et al., 2007). گاسکن و همکاران نیز اذعان داشتند که شواهد محدودی راجع به رابطه بین کیفیت فضاهای شهری و سلامت روان وجود دارد و در این زمینه پژوهش‌های گسترده و با روش‌های کیفی و کمی انجام شود. (Gascon et al., 2015). از سوی دیگر نتایج مطالعات تری گوارو مس و همکاران نشان داد که تنها وجود فضاهای سبز و آبی، مسیرهای پیاده و دوچرخه در محلات مسکونی مناسب نیست، بلکه تماس افراد با فضاهای سبز نقش مهمتری دارد (Triguero-Mas et al., 2017).

نتایج پژوهش حاضر علاوه بر اینکه جنبه‌های جدیدی از فاکتورهای محیطی تأثیرگذار بر اختلالات روانی را معرفی نمود، تأیید کننده بسیاری از پژوهش‌ها نیز بوده است. شاید بتوان این‌طور نتیجه‌گیری نمود که، امروزه شهرها به عنوان یک نیروی قدرتمند در شکل دادن به سلامت روانی شهروندان عمل می‌کنند. از این رو درمان اختلالات روانی نیازمند رویکرد بین رشته‌ای است. به عبارتی، محیط سکونت افراد در کنار بسیاری از مسائل فردی، اجتماعی، اقتصادی، شخصیتی و خانوادگی، یک منبع اصلی برای ایجاد اختلالات روانی است. لذا روان‌شناسان باید در تعامل با برنامه‌ریزان شهری، به درمان اختلالات روانی بپردازند. سخن آخر آنکه این پژوهش در یکی از کلان‌شهرهای ایران یعنی اصفهان



- Helbich, M. (2018). Toward dynamic urban environmental exposure assessments in mental health research. *Environmental research*, 161, 129-135.
- Hood, E. (2005). Dwelling disparities: how poor housing leads to poor health. *Environmental Health Perspectives*, 113(5), 310-317.
- Izuan, A. Z., Azhar, S. S., Tan, M. K. S., & Syed-Sharizman, S. A. R. (2018). Neighborhood influences and its association with the mental health of adolescents in Kuala Lumpur, Malaysia. *Asian journal of psychiatry*, 38, 35-41.
- kahlmeier, S., Schindler, C., Grize, L., & Braun-Fahrländer, C. (2001). Perceived environmental housing quality and wellbeing of movers. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(10), 708-715.
- Lafortezza, R., Carrus, G., Sanesi, G., & Davies, C. (2009). Benefits and well-being perceived by people visiting green spaces in periods of heat stress. *Urban Forestry & Urban Greening*, 8(2), 97-108.
- Li, J., & Liu, Z. (2018). Housing stress and mental health of migrant populations in urban China. *Cities*, 81, 172-179.
- Maas, J., Verheij, R. A., de Vries, S., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F. G., & Groenewegen, P. P. (2009). Morbidity is related to a green living environment. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(12), 967-973.
- Melis, G., Gelormino, E., Marra, G., Ferracin, E., & Costa, G. (2015). The effects of the urban built environment on mental health: A cohort study in a large northern Italian city. *International journal of environmental research and public health*, 12(11), 14898-14915.
- Mubi Brighenti, A., & Pavoni, A. (2017). City of unpleasant feelings. Stress, comfort and animosity in urban life. *Social & Cultural Geography*, Jul 2017, 1-20.
- Moore, T. H. M., Kesten, J. M., López-López, J. A., Ijaz, S., McAleenan, A., Richards, A., & Audrey, S. (2018). The effects of changes to the built environment on the mental health and well-being of adults: Systematic review. *Health & place*, 53, 237-257.
- Beil, K., & Hanes, D. (2013). The influence of urban natural and built environments on physiological and psychological measures of stress—a pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(4), 1250-1267.
- Browning, C. R., Byron, R. A., Calder, C. A., Krivo, L. J., Kwan, M. P., Lee, J. Y., & Peterson, R. D. (2010). Commercial density, residential concentration, and crime: Land use patterns and violence in neighborhood context. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 47(3), 329-357.
- Clark, C., Ryan, L., Kawachi, I., Canner, M. J., Berkman, L., & Wright, R. J. (2008). Witnessing community violence in residential neighborhoods: a mental health hazard for urban women. *Journal of Urban Health*, 85(1), 22-38.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280-289.
- Evans, G. W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of urban health*, 80(4), 536-555.
- Francis, J., Wood, L. J., Knuiman, M., & Giles-Corti, B. (2012). Quality or quantity? Exploring the relationship between Public Open Space attributes and mental health in Perth, Western Australia. *Social science & medicine*, 74(10), 1570-1577.
- Frank, L. D., & Engelke, P. O. (2001). The built environment and human activity patterns: exploring the impacts of urban form on public health. *Journal of planning literature*, 16(2), 202-218.
- Gascon, M., Triguero-Mas, M., Martínez, D., Davdand, P., Forn, J., Plasència, A., & Nieuwenhuijsen, M. (2015). Mental health benefits of long-term exposure to residential green and blue spaces: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 12(4), 4354-4379.
- Groenewegen, P. P., van den Berg, A. E., Maas, J., Verheij, R. A., & de Vries, S. (2012). Is a green residential environment better for health? If so, why? *Annals of the Association of American Geographers*, 102(5), 996-1003.



Shah, S. N., Fossa, A., Steiner, A. S., Kane, J., Levy, J. I., Adamkiewicz, G., & Reid, M. (2018). Housing Quality and Mental Health: The Association between Pest Infestation and Depressive Symptoms among Public Housing Residents. *Journal of Urban Health*, 95(5), 691-702.

Stathi, A., Gilbert, H., Fox, K. R., Coulson, J., Davis, M., & Thompson, J. L. (2012). Determinants of neighborhood activity of adults age 70 and over: a mixed-methods study. *Journal of aging and physical activity*, 20(2), 148-170.

Srivastava, K. (2009). Urbanization and mental health. *Industrial psychiatry journal*, 18(2), 75-76.

Thomas, H., Weaver, N., Patterson, J., Jones, P., Bell, T., Playle, R., & Araya, R. (2007). Mental health and quality of residential environment. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 500-505.

Triguero-Mas, M., Donaire-Gonzalez, D., Seto, E., Valentín, A., Martínez, D., Smith, G., & Ambròs, A. (2017). Natural outdoor environments and mental health: Stress as a possible mechanism. *Environmental research*, 159, 629-638.

Van Dillen, S. M., de Vries, S., Groenewegen, P. P., & Spreeuwenberg, P. (2012). Greenspace in urban neighborhoods and residents' health: adding quality to quantity. *J Epidemiol Community Health*, 66(6), e8-e8.

World Health Organization. (2013). WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. World Health Organization.

Wolch, J. R., Byrne, J., & Newell, J. P. (2014). Urban green space, public health, and environmental justice: The challenge of making cities 'just green enough'. *Landscape and urban planning*, 125, 234-244.

Mirgholami, M., Gharehbaglou, M., & Nowzamani, N. (2017). The Assessment of Social and Physical Dimensions of Neighborhood Environment on Residents' Mental Health and Wellbeing case study: Roshdiyeh Neighborhood of Tabriz. *Honar-Ha-Ye-Ziba: Memory Va ShahrSazi*, 22(2), 63-74. [in Persian]

Nieuwenhuijsen, M. J., Khreis, H., Verlinghieri, E., & Rojas-Rueda, D. (2016). Transport and health: a marriage of convenience or an absolute necessity. *Environment international*, 88, 150-152.

Ochodo, C., Ndeti, D. M., Moturi, W. N., & Otieno, J. O. (2014). External built residential environment characteristics that affect mental health of adults. *Journal of Urban Health*, 91(5), 908-927.

Poortinga, W., Calve, T., Jones, N., Lannon, S., Rees, T., Rodgers, S.E., Lyons, R.A., Johnson, R., 2017. Neighbourhood Quality and Attachment: Validation of the Revised Residential Environment Assessment Tool. *Environ. Behav.* 49, 255-282.

Pilkington, P., Grant, M., & Orme, J. (2008). Promoting integration of the health and built environment agendas through a workforce development initiative. *Public Health*, 122(6), 545-551.

Roux, A. V. D., & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 125-145.

Renalds, A., Smith, T. H., & Hale, P. J. (2010). A systematic review of built environment and health. *Family & community health*, 33(1), 68-78.

Saffari nia, M. (2011). Influence of residential environments on mental health, happiness and personal well-being of young girls. *Social Psychology Research*, 1(1), 1-14. [in Persian]