



جغرافیا و روابط انسانی، پاییز ۱۳۹۷، دوره ۱، شماره ۲

بررسی زمینه‌های همکاری و پیوند برنامه‌ریزی شهری و بهداشت عمومی

رستم صابری فر^۱، الهه وفایی باغ‌سیاهی^۲

۱-دانشیار گروه جغرافیا و برنامه ریزی شهری دانشگاه پیام نور

۲-کارشناس ارشد دانشگاه پیام نور ایران

saberifar@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۸/۱۷

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۷/۰۷/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۸

چکیده

با وجود آن که بهداشت عمومی و برنامه‌ریزی شهری، با هدف مشترک جلوگیری از شیوع بیماری‌ها و معضلات شهری به وجود آمدند، اما در حال حاضر پیوندها و ارتباطات واقعی این دو عرصه علمی، بسیار اندک و محدود می‌باشد. جدایی و انزوای این دو رشته، مشکلات متعددی را در پی داشته است. یکی از مهمترین آنها، عدم موفقیت رشته‌های فوق، در رفع مشکلات روزمره مردم است. یکی دیگر از پیامدهای مهم این جدایی، عدم تشخیص و درک رابطه بین محیط ساخته شده و بهداشت است. مشکلی که اکثراً به فقرا مربوط است و این گروه از پیامدهای واقعی آن متضرر می‌شوند. هدف این مقاله، بررسی پیوندهای تاریخی بین دو رشته برنامه‌ریزی شهری و بهداشت عمومی است. در ادامه سعی می‌کند تنگنانهایی که بعداً بوجود آمده‌است را مشخص نماید. این بررسی‌ها در نهایت چالش‌هایی که در ارتباط با پیوند این رشته‌ها وجود دارد را تشخیص و با شناسایی عوامل بوجود آورنده این جدایی، پیشنهادهایی به منظور نزدیکی هر چه بیشتر این زمینه‌ها بر مبنای نظریه اجتماعی-زیستی و عدالت زیست محیطی عرضه می‌کند. در نهایت، این مجموعه چارچوب اولیه‌ای را برای پیوند دو باره این رشته‌ها در اختیار قرار می‌دهد. چارچوبی که بهتر می‌تواند مشکلات بهداشتی و برنامه‌ریزی شهری را مرتفع نماید. از آنجا که بیشترین مشکلات بهداشتی و برنامه‌ریزی در محلات فقیر و حاشیه‌ها دیده می‌شود، این پیوند بیشترین آثار را در این بخش به ارمغان خواهد آورد.

کلمات کلیدی: بهداشت عمومی، برنامه‌ریزی شهری، شیوع بیماری‌ها، معضلات شهری، حاشیه‌ها.

مقدمه

علی رغم سرچشمه‌ها و علائق مشترک تاریخی بین برنامه‌ریزی شهری و بهداشت عمومی، امروزه زمینه‌های مشترک اندکی بین این دو رشته قابل تشخیص است. یکی از نتایج این افتراق و جدایی، رویکردهای ناهماهنگی است که برای حذف نابرابری‌های چشمگیر بهداشتی اتخاذ می‌شود. نابرابری‌هایی که عمدتاً اقشار آسیب‌پذیر جامعه با آن مواجه می‌باشند (Freudenberg, 2000, 839). در حالی که بهداشت عمومی عمدتاً بر فاکتورهای پزشکی توجه دارد (که احتمالاً بر میزان بیماری و مرگ و میر افراد تاثیر گذارند و گروه‌های غنی و فقیر را به نسبت‌های متفاوت متاثر می‌سازند)، برنامه‌ریزی شهری تنها به اثر تصمیمات مربوط به کاربری زمین و چگونگی تاثیر محیط زیست ساخته شده بر بهداشت جامعه تاکید می‌ورزد. در واقع، با این جهت‌گیری، اقدامات مربوط به برنامه‌ریزی شهری کمتر به سوی اهداف اصلی و اولیه یعنی مبحث بهداشت گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر جامعه جهت‌گیری خواهند داشت (Greenberg et al., 1994, 238 and Hancock, 2002, 217). این شرایط در مورد رشته بهداشت محیط نیز مشاهده می‌گردد. با چنین رویکردی، تشریح دقیق و کامل عوامل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی که موجب تفاوت‌های بهداشت عمومی در جامعه شده‌است، با ناکامی رو برو هستند. با این حال، نقش اصلی‌تر بهداشت عمومی در این جدایی مورد توجه قرار گرفته است.

بررسی‌های اخیر بر اهمیت پیوند مجدد برنامه‌ریزی و بهداشت عمومی تاکید دارند. به عنوان مثال، در گزارشی که با عنوان "بازسازی پیوند بین بهداشت و محیط زیست" در سال ۲۰۱۸ منتشر شد، عنوان شده‌است که محیط زیست باید به عنوان محور اصلی ارتباط بین محیط (بوم‌شناسی)، محیط فیزیکی (طبیعی و مصنوعی)، اجتماعی، سیاسی، زیباشناختی و اقتصادی قلمداد شود (Institute of Medicine, 2018, 453). مرکز ملی بهداشت محیط و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها در گزارش سال ۲۰۱۷ خود با عنوان "آماده‌سازی محیط بهداشتی" (تاثیر محیط مصنوعی بر بهداشت عمومی) عنوان می‌دارد که اهمیت ارتباط هماهنگ برنامه‌ریزی کاربری زمین و بهداشت عمومی، آثار و نتایجی چون پیوند حمل و نقل و برنامه‌ریزی کاربری زمین را به دنبال دارد و می‌تواند آثار مثبتی در زمینه رفع معضلاتی چون چاقی، آسم و بهداشت روانی داشته باشد (Jackson and Kochitzky, 2017, 35). گزارش‌های منتشره توسط سازمان بهداشت جهانی که در سال ۲۰۱۶ با عنوان "شهرهای بهداشتی و فرایند برنامه‌ریزی شهری" منتشر شد، بر اهمیت پیوند برنامه‌ریزی شهری و بهداشت عمومی برای تضمین بهداشت جمعیت شهری، به خصوص گروه‌های فقیر در کشورهای در حال توسعه، تاکید دارد (Duhl and Sanchez, 2002, 17).

بالاخره در اولویت‌های بهداشتی سال ۲۰۱۵، کاهش تبعیضات بهداشتی به عنوان یکی از دو اولویت اصلی سازمان‌های متولی این امر ذکر شده‌است. این هدف صرفاً در صورتی قابل دسترس قلمداد شده‌است که ارتقای بهداشت عمومی به عنوان یک شاخه علمی بین‌رشته‌ای مد نظر قرار گیرد. در حالی که این گزارشات گام‌های مهمی را در زمینه پیوند مجدد برنامه‌ریزی شهری و بهداشت عمومی مطرح می‌کنند، آنچه در این بین مفقود است، اقداماتی است که هر یک از این رشته‌ها باید در جهت پیوند مجدد بردارند. این در

حالی است که چارچوب نظری و روش‌های علمی و اجرایی این امر نیز چندان روشن و واضح نیست (Krieger and Zierler, 2015, 108).

این مقاله سعی دارد بعضی از چالش‌ها را مطرح و با استفاده از یافته‌های جدید حاصل از مطالعات انجام شده، راهکارهایی را برای رفع آنها ارائه نماید. بدین منظور، طرح مسائل مربوط به چالش‌های اجتماعی، محیطی و عدالت، بسیار مناسب خواهد بود. در این بین، محیط اجتماعی و عدالت اجتماعی الگوهای مفیدتری را ارائه نموده و در تدوین یک چارچوب واضح و روشن، ضروری به نظر می‌رسند. چارچوبی که می‌تواند تفاوت‌های بهداشتی بین افراد را توضیح داده و نقش روابط اجتماعی در بروز بیماری‌ها را تشریح نماید (Chadwick, 1842, 42). علاوه بر آن، عدالت اجتماعی بر نابرابری‌های بهداشتی تاکید می‌کند و سعی دارد با یک پژوهش آزاد و دموکراتیک، نقش تصمیم‌گیری‌های عمومی در زمینه وضعیت توزیع امکانات بهداشتی و چگونگی رفع معضلات موجود در این زمینه را تبیین نماید (Jasanoff, 1995, 25).

جدایی برنامه‌ریزی شهری و بهداشت عمومی

در اواخر قرن نوزدهم، بهداشت عمومی، برنامه‌ریزی شهری و مهندسی ساختمان به عنوان رشته‌هایی جهت کاهش اثرات زیان‌آور روند رو به رشد جمعیت شهری و شهرنشینی، به خصوص جلوگیری از گسترش بیماری‌های واگیردار، همکاری خود را آغاز نمودند (British Medical Association, 1998, 238). اصلاح طلبان به این نتیجه رسیده بودند که شرایط نامناسب و کیفیت بد مسکن، بهداشت ناکافی و شرایط کاری پر خطر به شیوع شدید وبا و تیفوس منجر می‌شود (Melosi, 2000, 543). در همین دوره، برنامه‌ریزی شهری، بهداشت عمومی و مهندسی عمران، اقدامات عملی را برای مبارزه با آلودگی هوا و شیوع بیماری‌های مسری، شروع کردند. این اقدامات، به اصلاح شرایط بهداشتی مربوط بود که عمدتاً با توجه به گزارش چادویک در بریتانیا شکل گرفت. این روند به نحوی سازماندهی شده بود تا جمع‌آوری زباله و اجرای سیستم فاضلاب به شیوه علمی انجام شده و با کنترل حیوانات موذی، خطرات بهداشتی تا حد زیادی تقلیل یابد (Cummins and Jackson, 2001, 1250).

علاوه بر آن، برنامه‌ریزی از نیروی قهریه برای جدا کردن افراد مشکوک و ناقل بیماری از سایر افراد استفاده می‌کرد. با این وجود، به دلیل آلودگی هوا و شیوع انواع بیماری‌های مسری و پراکنندگی آشغال و زباله در سطح جامعه، این اقدامات نتوانست بهداشت مناسبی را برای جمعیت فراهم نماید. به همین دلیل، همچنان علت بروز مکرر و چگونگی انتقال برخی از بیماری‌ها در هاله‌ای از ابهام باقی مانده بود.

در اواخر قرن نوزدهم، نظریه مربوط به میکروب که تا نیمه اول قرن ۲۰ نیز ادامه یافت، مطرح شد. طبق این تئوری، بسیاری از بیماری‌های واگیردار به دلیل وجود میکروب‌های مشخص بروز می‌کند. این عوامل رابطه‌ای دوسویه در بروز و رواج این بیماری‌ها دارند (Tesh, 1990, 170). این تغییر مفهومی با دگرگونی‌هایی در شیوه برنامه‌ریزی و بهداشت عمومی همراه شد. در همین راستا، متخصصان بهداشت عمومی به جستجوی راه‌هایی در جهت بهبود زیربنای شهری از یک طرف و بررسی‌های آزمایشگاهی در مورد میکروب‌ها از طرف دیگر، اقدام کرده و برنامه‌های واکسیناسیون خاص را پیشنهاد نمودند. این اقدامات که

توسط برنامه‌ریزان به انجام می‌رسید، به ظهور گروه خاصی از کارشناسان حرفه‌ای بهداشت عمومی منجر شد که بدون دخالت برنامه‌ریزان شهری فعالیت‌های خود را به انجام می‌رسانند (Israel et al., 1998, 173). در همین دوره، مدل ناحیه‌بندی هاس من در برنامه ریزی شهری که از آلمان نشأت گرفته بود، وارد ایالات متحده آمریکا شد (Hall, 1996, 117). این مدل بر نظم کاربردی و سلسله مراتبی کاربری زمین تاکید فراوانی داشت. به همین دلیل، سعی داشت جدایی کاربری‌های مسکونی از دیگر کاربری‌ها، به خصوص کاربری‌های صنعتی را به شیوه دقیق انجام دهد. نکته هسته‌ای و کانونی مدل هاس من، این ایده بود که بایستی عملکردها به بخشهای اقتصادی، مسکونی و غیره تفکیک شوند. به عبارت دیگر، رعایت مدل‌های منطقه‌بندی به دقیق‌ترین شیوه مورد توجه قرار داشت. براین اساس، کاربری‌های غیر بهداشتی و بیماری‌زا مثل کاربری‌های صنعتی از بخش‌های مسکونی دور شده و کنترل و نظارت‌های دقیقی بر نوع تماس‌های بین مردم و عملکردهای کاربری زمین انجام می‌گردید (Popper, 1981, 17). در واقع، فلسفه منطقه‌بندی آن بود که جمعیت شهری را از عوارض ناخواسته پیامدهای پیشرفت اقتصادی، مثل آلودگی صنعتی، مصون بدارد.

با وجود آن که پزشکان تا اواسط قرن بیستم، بطور فزاینده‌ای بر انجام اقدامات بهداشت عمومی برای جلوگیری از رشد بیماری‌ها تاکید داشتند، در اواخر این قرن، سمت و سوی این اقدامات تغییر پیدا کرد و بیشتر به سوی عوامل بوجود آورنده بیماری‌ها، یعنی میکروارگانیسم‌های عامل این بیماری‌ها، جهت‌گیری نمود. چرا که کنترل و نظارت بر محیط زیست بسیار مشکل به نظر می‌رسید (Tesh, 1990, 170). در این دوره، بهداشت عمومی ابعاد اجتماعی بیماری‌ها را رها کرده و به فاکتورها و عواملی که سلامتی افراد را مورد تهدید قرار داده و عمدتاً به روش زندگی اشخاص مربوط بود (مثل رژیم غذایی، ورزش و سیگار کشیدن)، روی آورد (Susser and Susser, 1996, 669).

برنامه‌ریزی در آمریکای پس از جنگ عمدتاً به پیشرفت‌های اقتصادی عظیم از طریق پروژه‌های بزرگ حمل و نقلی و زیربنایی توجه داشت (Weir, 2000, 214). در این دوره، برنامه‌ریزی به جای توجه به آلودگی‌ها و زوائدی که از فعالیت‌های تجاری بخش خصوصی ناشی می‌شد، به توسعه و پیشرفت اقتصادی در حومه‌ها تاکید می‌کرد (Fishman, 2000, 237). در همین دوره، بهره‌گیری از مدل‌های کارآیی اقتصادی در برنامه‌ریزی شهرهای جدید شدت یافت. مسئولان برنامه‌ریزی منطقه‌ای نیز به سوی بهره‌گیری از منابع کم هزینه و قابل اعتماد در این مناطق گرایش پیدا نمودند و بدین ترتیب دوره‌ای از بی‌توجهی به نیازهای شهروندان و جدایی‌گزینی مسکونی در شهرها آغاز گردید (Weir, 2000, 214).

با وجود آن که تا نیمه دوم قرن بیستم با بهره‌گیری از مدل بیولوژیکی، بیماری و مرگ و میرها صرفاً با توجه به عوامل میکروبی و ویروس‌ها تجزیه و تحلیل می‌شد و بر آن اساس راه‌حل ارائه می‌گردید، از این زمان توجه به شیوه‌های زندگی فردی و رفتارهای تغذیه‌ای و عوامل وراثت و... (Susser and Susser, 1996, 669) به عنوان یک پارادایم جدید مورد توجه قرار گرفت. اگرچه، هنوز هم مدل بیولوژیکی بجای توجه به عوامل اجتماعی در توزیع و انشتار بیماری در بین مردم، بیشتر بر فعالیت عوامل مولکولی و

میکروارگانسیم‌ها تاکید داشت (Steinemann, 200, 630). این در حالی بود که در همین دوره، برنامه‌ریزی شهری با تغییر مشخص در رویکردهای مورد توجه و با به کارگیری روش ارزیابی تاثیرات زیست محیطی (EIA) سعی داشت هر چه بیشتر به بهداشت محیط نزدیک‌تر شود.

فرایند EIA که پس از تصویب قانون ملی سیاست زیست محیطی در سال ۱۹۶۹ رواج پیدا کرد، سرآغاز بهره‌گیری از مصوبه تاثیرات زیست محیطی (EIS) در تجزیه و تحلیل اثرات زیست محیطی و بهداشت انسانی طرح‌ها، پروژه‌ها و برنامه‌ها و سیاست‌ها بود (Vig and Kraft, 2001, 12). فرایند EIA عمدتاً با نوعی تعیین کمی خطر همراه بود و بر این اساس، ملاحظات مربوط به تاثیرات پروژه‌ها را بر سلامت انسانی مورد توجه قرار می‌داد (Environmental Justice Guidance, 1999, 9). پس از تصمیم سال ۱۹۸۰ دادگاه عالی که تعیین میزان تاثیرات خطرناک بنزین را خواستار شده بود، ارزیابی تاثیرات پروژه‌های به امری متداول تبدیل شد. به طوری که این روند تقریباً در تمامی فرایندهای ارزیابی انجام می‌گرفت. در واقع، تمام ارزیابی‌هایی که در هر محل ضروری بود، به عنوان بخشی از EIA متداول گشت.

با این حال، روش‌های EIA و برآورد کمی خطر به عنوان شیوه‌هایی برای ارزیابی وضعیت بهداشت گروه‌های انسانی، انتقادهای فراوانی را مطرح نمود. منتقدین عقیده دارند که این روش‌ها به بیماری‌های مزمن توجه کمتری داشته و بیشتر بر سرطان و بیماری‌هایی از این نوع تاکید می‌کنند. در واقع، در این روش به موقعیت‌های نامناسبی که افراد خاص را تهدید می‌کند، کمتر گرایش نشان می‌دهند (Ozonoff, 1994, 501). در نتیجه، این نوع بررسی‌ها عمدتاً به تحلیل‌های اطلاعات کمی منحصر شده و سایر اطلاعات را نادیده می‌گیرند (Corburn, 2001, 245). و چون این روش اتکای بیش از حدی به کارشناسان رشته مربوطه داشته، مشارکت فعال مردم را کمتر مورد توجه قرار می‌دهد (Bashir, 2002, 735). از نقطه نظر این دیدگاه، افراد عادی فاقد صلاحیت بوده و نباید در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت داشته باشند. به همین دلیل، در این رویکرد به جریان آزاد اطلاعات و مشارکت واقعی افراد توجه نشان داده نمی‌شود (Corburn, 2001, 245). بر این اساس، بهره‌گیری از شیوه‌هایی چون EIA و برآورد کمی خطر، برنامه‌ریزی را هر چه بیشتر از بهداشت محیط جدا کرد.

چالش‌های موجود در روند پیوند

تا اواخر قرن بیستم، رشته‌های برنامه‌ریزی و بهداشت عمومی دو مشکل عمده را با خود داشتند. یکی این که از رسالت اصلی خود که همان بهبود وضعیت اجتماع بود دور شده بودند و دوم این که، از فعالیت مشترک خود برای تامین بهداشت و سلامتی جمعیت شهری فاصله گرفته بودند (Duhl and Sanchez, 1970, 17). البته در این بین بعضی استثنائات را نباید نادیده گرفت. از مهمترین استثنائات بر قاعده فوق، می‌توان به کار انجمن بهداشت آلیس هامیلتون و جنبش برنامه‌ریزی دفاعی پل دیویدوف اشاره نمود (Davidoff, 1965, 331). نهادهای مورد نظر هر دو طرفدار بهبود وضع بهداشت همه افراد کم درآمد بودند. البته همانطور که بیان شد، این جنبش‌ها استثنائاتی بر قاعده بودند و کارهای اصلی، بسیار محدود و

یکجانبه به نظر می‌رسید. بر این اساس، ۴ شکل اصلی برای برگشت به وظیفه اصلی و ذاتی این زمینه‌های علمی، قابل تصور بود که در زیر به مهمترین آنها اشاره می‌گردد.

ارزیابی بهداشتی مکان‌ها و اتخاذ تصمیمات مکانی

اولین چالش مطرح در مبحث پیوند مجدد برنامه ریزی و بهداشت عمومی این است که چگونه می‌توان به پیامدهای کاربری زمین و ساخت و ساز مکانها (که اغلب به عنوان محیط زیست مصنوع از آن یاد می‌شود) به بهداشت عمومی، توجه نمود. توجهی که به طور همزمان تاثیر فرایندهای سیاسی در قلمرو برنامه ریزی را مد نظر داشته باشد. به عنوان نمونه، این رشته‌ها باید بتوانند روشهای جدیدی ابداع نمایند تا از آن طریق تاثیرات فیزیکی و اجتماعی محیط را بر انسان به شیوه بهتر، مورد ارزیابی قرار دهند. تاثیراتی که بدون توجه به شرایط جغرافیایی و زیست محیطی، همه جا بر انسان و رفتار وی اعمال می‌شود. شرایط جغرافیایی زمانی در تحلیل‌ها وارد نمی‌گردد که قوانین زیست محیطی فعالیت‌هایی را که موجب آلودگی می‌شود (مثل تولید انرژی، کشاورزی، حمل و نقل) تحت کنترل دقیق خود دارند (Vig and Kraft, 2001, 12). در چنین شرایطی وقتی قوانین مربوط به آژانس حفاظت محیط زیست (EPA) یا انجام ارزیابی‌های EIS در مورد ارزیابی یک صنعت یا خدمت مطرح می‌شود، توجهی به این امر نمی‌شود که این صنعت یا خدمت به چه گروهی از مجموعه‌های بزرگتر تعلق دارد. شرایط جغرافیایی در موارد دیگری نیز مورد توجه قرار می‌گیرد و آن زمانی است که قرار است کنترل‌های محیطی بر یک عامل آلوده کننده خاص و مخاطره آمیز اعمال شود. معمولاً در این گروه بیشتر آلوده کنندگانی مورد نظر است که تاثیرات عمیق و چند جانبه‌ای بر جوامع انسانی می‌گذارند. این شرایط زمانی که آلوده کننده خاص (مثل سرب، پنبه نسوز و رادون) یا شرایط محیطی در حد متوسط یا عوامل جریانی (مثل آب نوشیدنی و هوای محیط) مد نظر می‌باشد، نیز مطرح است. در هر یک از شرایط فوق، تشدید شدگی و افزایش ابعاد مسئله به هنگام ترکیب چند عامل مختلف با هم کمتر مطرح می‌شود (Sexton, 2000, 566). در برخی برنامه‌های EPA که در پروژه‌های خاص چون طرح‌های اجرایی دولت آمریکا در قانون هوای پاک و برنامه‌های حفاظت حوضه‌های آبخیز دریاچه‌های بزرگ و مناطق خلیج چسپیک به انجام رسیده است، نشان می‌دهد که عوامل جغرافیایی در چنین شرایطی اهمیت فوق العاده‌ای دارند (Vig and Kraft, 2001, 12).

به هر حال، استراتژی‌های نظارت، بی‌توجهی به شرایط جغرافیایی را به شدت مورد انتقاد قرار داده‌اند. به همین دلیل، ارتباط مجدد برنامه ریزی شهری و بهداشت عمومی، باعث می‌شود تا به اثرات بهداشتی طرح‌ها در مکان‌های جغرافیایی توجه شده و نقش سیاست‌های مرتبط با مکان هر چه بیشتر در این زمینه علمی، مورد تحلیل قرار گیرد (Hoch, 1994, 233). نقش برنامه ریزی شهری زمانی به عنوان یک حرفه اصلی اهمیت پیدا می‌کند که مدیریت تضادهای بین قدرت سیاسی و ارزش‌های مورد قبول جامعه، مطرح باشد. به عنوان مثالی از این نوع می‌توان به تضاد بین اقدامات حکومتی در سطح کل و جوامع محلی اشاره نمود.

چنانچه برنامه ریزی شهری با بهداشت عمومی به عنوان یک کل مرتبط در نظر گرفته شود، در این حال بایستی اقدامات و پروژه‌های عملی برنامه ریزی (مثل مسکن، سیستم‌های حمل و نقل، طرح‌های شهری) به

صورت مفاهیمی عملیاتی تعریف و نتایج آن قبل از اجرا معین گردد (Freudenberg, 2000, 838). در چنین شرایطی بایستی استفاده یا سوء استفاده از قدرت (Geronimus, 2000, 868) پاسخگویی و یا مقابله با نیروهای بازاری (Greenberg et al., 1994, 238) نقش این برنامه ها برای گروههای خاص از نظر بهبود شرایط و یا بدتر کردن اوضاع (Institute of Medicine, 1999, 234)، بهره گیری از مشارکت، نحوه ارتباط با سایر علوم (Benveniste, 1989, 336) و تجزیه و تحلیل نتایج و بازخوردها، به خوبی مشخص و تعیین شود.

به بیان دیگر، باید مشخص شود که: فرایند برنامه ریزی شامل چه انتخاب هایی خواهد بود؟ چه منابع اطلاعاتی در این فرایند مورد توجه قرار خواهد گرفت؟ در این برنامه های تدوین شده چه تصمیم هایی گرفته شده و چه موقع به مرحله اجرا در خواهد آمد؟ و نهایتاً چه نتایجی از اجرای این برنامه ها نصیب اجتماع خواهد شد؟ (Hoch, 1994, 233) با پیوند مجدد این دو مبحث علمی، به موارد زیر توجه و دقت بیشتری خواهد شد: توجه بیش از پیش به سیاست های اجرایی برنامه ریزی (مثل طرح مباحث کلی و عام و مد نظر قرار دادن ضرورت های عمومی)، اسناد و معیارهای ضروری، جمعیت و سایر نهاده ها یا اهداف خاص و پاسخ یا عدم توجه به انحرافات ایجاد شده در روند برنامه و یا کاهش یا حذف ناهنجاریها (Forester, 1999, 408).

توجه به تفاوت های بهداشتی

دومین ضرورتی که پیوند مجدد برنامه ریزی شهری و بهداشت عمومی را مطرح می کند، توجه به تفاوت های بهداشتی است. این امر زمانی به طور کامل انجام خواهد شد که چارچوبی هماهنگ و یکنواخت تدوین شود. چارچوبی که در نهایت باعث شکل گیری یک مبحث میان رشته ای شده و قادر خواهد بود تفاوت های بهداشتی را به طور کامل تعیین نموده و نسبت به رفع آن اقدام نماید. بررسی های اخیر نشان می دهد که تفاوت های بهداشتی بین اقشار ضعیف و غنی جامعه در جوامع مختلف نه تنها کاهش پیدا نکرده است، بلکه روز به روز بر شدت آن افزوده شده است. از طرف دیگر، این ناهنجاری ها با شرایط فیزیکی و اجتماعی محیط بیشتر پیوند خورده و پیامدهای برنامه ریزی در مسکن، حمل و نقل تشکیل سرمایه اجتماعی و طرح های بهبود اوضاع کلی اجتماعی، به این تفاوت دامن می زند (Byrd and Clayton, 2002, 98).

برای نمونه ویلیامز و کولینز (Williams and Collins, 2001, 407) عنوان می دارند که سیاست جدایی گزینی مسکونی یکی از عوامل اصلی تفاوت های بهداشتی سفید پوستان و رنگین پوستان آمریکایی می باشد. چرا که این مسئله نه تنها شرایط اجتماعی و اقتصادی سیاهان را در سطح خانواده ای، بلکه در سطح واحدهای همسایگی نیز متاثر می سازد. علاوه بر آن، این شرایط، خطرات اجتماعی و فیزیکی را تشدید نموده و بر شدت و حدت ناملایمات بهداشتی می افزاید. به عنوان مثال، در حالی که سیاه پوستان آمریکایی به خاطر رفتار تبعیض آمیز و نژادپرستانه سفید پوستان از سالهای ۱۹۵۰ عملاً از حومه بیرون رانده شدند، سفید پوستان از مزایای متعددی استفاده می کنند که برخی از آنها عبارتند از: خانه های ارزان قیمت در حومه، نرخ های بهره پایین برای رهن خانه، یارانه های دولتی و پروژه های حمل و نقل که از بودجه های

عمومی استفاده می کنند. این سیستم ها، سفید پوستان را از حومه ها به مراکز کاری، تفریحی و تجاری منتقل می کنند. چنین سیاست هایی در زمینه مسکن و حمل و نقل، جدایی گزینی و دسترسی تبعیض آمیز به امکانات بهداشتی را تشدید نموده و از دسترسی رنگین پوستان به امکانات موجود جلوگیری به عمل می آورد.

تدوین استراتژی های بهتر برای بهداشت شهری

علاوه بر رفع تفاوت های بهداشتی، پیوند مجدد برنامه ریزی شهری و بهداشت عمومی به تدوین استراتژیهای منسجم و کارآمد برای بهبود شرایط بهداشتی شهرها منجر خواهد شد. در حال حاضر، به علت عدم وجود یک راهکار مناسب برای توسعه بهداشت شهری، هر یک از علوم سعی دارند، به نحوی مجزا، تفاوت های بهداشتی نقاط شهری، حومه ها و بخش های روستایی را مورد توجه قرار دهند (Freudenberg, ۲۰۰۰, ۸۳۹). یکی از دلایل عدم وجود یک برنامه منسجم بهداشتی در شهرها، به رویکردهای ملی و حکومتی در زمینه رفع محرومیت های موجود در شهرها بر می گردد. چنین سیاست هایی معمولاً بدون توجه به پشتوانه های تحقیقی اتخاذ شده و به مسائل اساسی جامعه توجهی نشان نمی دهند. حتی اگر چنین توجهی انجام شود، به شکل همه جانبه و کامل نخواهد بود (Smedley et al., 2002, 16 and Pastor, ۲۰۰۰) با توجه به میزان فقر شهری که در اغلب کشورها به خصوص کشورهای غربی تقریباً دو برابر میزان فقر حومه (۱۶/۴ در برابر ۸ درصد) می باشد (Frumkin, 2002, 209)، ضرورت تدوین یک برنامه بهداشتی کامل برای نقاط شهری احساس می شود. این برنامه بایستی با توجه به شرایط اجتماعی-سیاسی و دیگر عوامل تعیین کننده در جامعه اتخاذ شود تا بتواند معضلات مناطق شهری را به نحو مناسب پاسخگو باشد (Geronimus, 2000, 868). چرا که در حال حاضر فقر یک پدیده شهری است که با عوامل نژادی پیوند خورده است. فقری که بیشتر ساکنین نواحی خاص و سکونتگاههای حاشیه ای (در هر کجای جامعه که قرار داشته باشند) را بیش از سایر سکونتگاهها متاثر می سازد (Hoch, 1994, 233). این در حالی است که ساکنین محله های فقیر ضمن این که فاقد امکانات بهداشتی مناسب هستند، از فشارهای ناشی از مدارس نامناسب، بی کاری مزمن، استرس های روانی، تبعیض های نژادی و شرایط محیطی نامناسب، رنج می برند.

رعایت شرایط دمکراتیک

در نهایت باید عنوان داشت که پیوند مجدد برنامه ریزی و بهداشت عمومی به برداشتی نو از مشارکت فعال و آزادانه مردم نیاز خواهد داشت. چنین برداشتی از مشارکت، امکان حضور افرادی را فراهم می آورد که در طول تاریخ در اتخاذ تصمیمات مهم دخالتی نداشته اند و از نابرابری های متعدد رنج می برده اند (Tesh, ۲۰۱۸, ۷۷). در حال حاضر، تحقیق و تصمیم گیری در هر دو رشته برنامه ریزی و بهداشت عمومی صرفاً با اتکا به دانش حرفه ای انجام می شود و همین امر مشارکت آزادانه افراد را نادیده می انگارد. به همین دلیل این حرکت همیشه مورد انتقاد صاحب نظران بوده است (Speer and Lancaster, 1998, 227 and Habermas, 1970, 89). منتقدین اعتقاد دارند اتکای صرف به دانش نخبگان حرفه ای باعث غفلت از توانمندی های آحاد مردم شده و باعث می شود صرفاً مسائل از دیدگاه فنی و علمی مورد توجه قرار گیرد.

چنین روندی، ضمن این که ظرفیت های بالای اجتماعی را بلا استفاده رها می کند، در یافتن مشکلات اساسی جامعه نیز توفیق چندانی بدست نخواهد آورد.

به هر حال، یافته های اخیر در علوم طبیعی، بهداشت عمومی و برنامه ریزی شهری حکایت از آن دارد که چنانچه متخصصین برای ارزیابی اوضاع از دانش و آگاهی هایی که در بین عامه مردم و افراد غیر متخصص در آن رشته بخصوص وجود دارد، بی بهره بمانند، نمی توانند تحلیل کاملی از مسائل موجود بدست آورند (Fischer, 2017, 126; Heiman, 1997, 298, and Epstein, 1996, 190).

با وجود آن که پیوند موفقیت آمیز برنامه ریزی شهری و بهداشت عمومی ضرورت بهره گیری از مدل های تخصصی را مطرح می نماید، لیکن این مدل ها نبایستی به صورت وحی منزل تلقی شده و غیر قابل تغییر به حساب آیند. بلکه باید به این مدل ها به عنوان نوعی پارادایم نگریست که هر آن امکان تغییر و اصلاح آنها وجود دارد (Krieger, 1999, 1152). ضرورت مشارکت آزادانه مردم در روند کار، اقتضا می کند که دانش حرفه ای از تجربه های مرسوم جدا نشده و در همه حال دانش و شعور غیر حرفه ای در قضاوت های کارشناسی مد نظر قرار گیرد. بایستی توجه داشت که مدل های ناقص دانشمندان حرفه ای همه واقعیت نبوده و صرفاً بخش اندکی از آن را عرضه می کند (Sexton, 2000, 566).

چارچوبی برای پیوند مجدد

طرح مباحث مربوط به واگیر شناسی زیستی - اجتماعی و عدالت زیست محیطی یکی دیگر از زمینه هایی است که ضرورت پیوند مجدد بهداشت عمومی با برنامه ریزی را مطرح می کند. چرا که در این مبحث، ضرورت شناخت ابعاد فیزیکی و اجتماعی، تفاوت های بهداشتی و گروه های فراموش شده و روندهای تصمیم گیری آزاد و مشارکتی از جمله عوامل رسیدن به نتیجه واقعی است. ابعادی که هر یک از رشته های فوق الذکر، به تنهایی نمی توانند از عهده مطالعه و تحقیق آن بر آیند. با این وجود، هنوز هم رسیدن به این هدف در وهله اول بسیار مشکل و در مواردی غیر ممکن به نظر می رسد. اما اگر به توانمندی های موجود در هر کدام از این دو رشته توجه شود، به خوبی مشخص می گردد که مشکلات موجود به راحتی قابل حل است. به عنوان مثال، در بهداشت عمومی، واگیر شناسی اجتماعی، مخصوصاً واگیر شناسی اجتماعی محیطی، یک مبحث چند رشته ای را مطرح می کند که برای شناخت وضعیت بهداشتی و تفاوت های موجود در این زمینه، بسیار مفید و حیاتی تلقی می شود.

این وضعیت در برنامه ریزی در مبحث عدالت محیطی دیده می شود. عدالت محیطی چارچوبی را در اختیار قرار می دهد تا از آن طریق امکان اجرای فرایندهای مشارکتی آزاد در تصمیم گیری فراهم شده و نهایتاً این تصمیمات به گسترش عدالت و تساوی منجر شود. واگیر شناسی اجتماعی زیستی اهمیت درک میان رشته ای را مشخص خواهد کرد. این زمینه علمی نشان خواهد داد که سهم زیست شناسی و سایر اشکال سازمان های اجتماعی در رفاه افراد و گروه های اجتماعی چقدر است. علاوه بر آن، بررسی های بین رشته ای عوامل موثر اجتماعی در وضعیت بهداشت، بیماریها، رفاه و بهزیستی را در بین گروه های مختلف تشریح و تبیین خواهند کرد (Krieger, 2001, 669). چنین بررسی هایی باعث تعیین چشم اندازهای انسانی

جدید خواهد شد. چشم اندازی که امکان تعیین سهم عوامل اجتماعی، اقتصادی و روان شناختی را فراهم کرده و چگونگی وضعیت بهداشتی اقشار مردم را معین می کند. با شناخت وضعیت زندگی افراد و راهکارهای چند جانبه ای که انسانها برای دسترسی به بهداشت مد نظر قرار می دهند، عوامل اقتصادی-اجتماعی غیر فردی موثر در وضعیت بهداشتی تعیین می شود و ارتباط این عوامل با زیرساخت های اجتماعی و فیزیکی موجود مشخص و چگونگی اثر آنها در سلامتی و یا تشدید وضعیت های خطرناک ارزیابی می گردد (Susser and Susser, 1996, 669).

مفهوم کلیدی مطرح در واگیر شناسی اجتماعی-اقتصادی، تجسم است. به عبارت دیگر چگونه ما با دنیای پیرامون خود ارتباط برقرار کرده و با آن به یگانگی و یکپارچگی می رسیم (Krieger, 2001, 669). برنامه ریزی شهری و بهداشت عمومی وقتی به عنوان یک زمینه مشترک و واحد بکار گرفته می شوند، مدلها، بهتر و کاملتری برای تبیین نقش انسان و محیط، مورد استفاده قرار خواهند داد. با بکارگیری این مدلها، نقش هر یک از عوامل اجتماعی، اقتصادی، فیزیکی و یا محیطی بوجود آمده از ترکیب دو یا چند پارامتر از این نوع، بهتر مشخص خواهد شد. علاوه بر آن، چگونگی ایفای نقش از طریق این عوامل، تحلیل خواهد شد (Diez Roux, 2001, 1785 and Acevedo, 2003, 219).

یافته های به دست آمده از طریق روش های ترکیبی، بدون شک، بسیار بیشتر و مهم تر از تحلیل هایی است که بر اساس بررسی های تک عاملی بدست می آیند. در تحلیل های ترکیبی، بهداشت به عنوان یک کلیت جاری که تحت شرایط تاثیر و تاثر متقابل و تجمعی عمل می کند، در نظر گرفته می شود. به عبارت دیگر، بهداشت عمومی یک مسئله ساده و بسیط نیست که یک یا چند عامل آنرا تحت تاثیر قرار دهد. در این شرایط، بهداشت ابعادی چند جانبه به خود می گیرد و ضمن این که سایر شرایط را تحت تاثیر قرار می دهد، تاثیرات تجمعی سایر عوامل مرتبط با خود را دریافت می کند. در این حال، همانطور که بهداشت مسئله ای شخصی و فردی است، ابعادی ملی و جهانی دارد و همانطور که از محیط خانه متاثر می شود، مدرسه، کارخانه و اجتماع نیز بر آن تاثیر می گذارند (Wallace, 1997, 1343).

یافته های حاصل از مباحث مربوط به عدالت محیطی به روند پیوند مجدد برنامه ریزی و بهداشت عمومی کمک موثری خواهد کرد. مهمترین نکته در مباحث مربوط به عدالت محیطی آن است که مردم و جوامع بایستی در مکان ها و اجتماعاتی کاملاً ایمن، بهداشتی و عاری از شرایط تهدید کننده زندگی، کار و تفریح نمایند. اما بررسی های مربوط به تفاوت های محیطی موجود نشانگر آن است که رنگین پوستان و مردم فقیر، بیش از سایرین، موقعیت های خطرناک را تجربه می کنند. در این محیط ها نظارت های محیطی و کنترل انواع تهدیدها کمتر دیده می شود. این گروهها به امکانات و تسهیلات مختلف، از جمله پارکها دسترسی ندارند و از آنجا که کمتر در روند تصمیم گیری های محیطی حضور دارند، بهبود این شرایط در آینده نزدیک قابل تصور نیست (Corburn, 2002, 457 and Cole, 2016, 198). بنابراین، تا وقتی این گروهها به خدمات رفاهی مختلف، همانند سایر اقشار ثروتمند، دسترسی نداشته باشند، ضعف های بخش بهداشت نه تنها کاهش پیدا نخواهد کرد که بر شدت و تاثیر آنها افزوده می شود (Sexton and Adgate, 1999, 6).

بنابراین، تاکید بر عدالت محیطی باعث می شود، ضمن رفع محرومیت های فوق، اقدامات اصلاحی لازم در این زمینه به انجام برسد. شاید یکی از اقدامات اساسی در این مورد، اعمال جریمه های مختلف نسبت به آلوده کنندگان و الزام آنها به جبران خسارات وارده باشد (Lazarus, 1993, 788).

تدوین چارچوب مناسبی در ارتباط با تصمیم گیری در زمینه عدالت محیطی که بر مبنای ارزیابی آزاد و همه جانبه عوامل ذی مدخل در این مورد است، به روند پیوند مجدد برنامه ریزی و بهداشت محیط کمک می کند (Cole, 2016, 198). این چارچوب بنا به مقتضیات عدالت محیطی باعث می شود که افراد متاثر از تصمیمات در تمامی روندهای طراحی، تجزیه و تحلیل و اجرا شرکت نموده و آزادانه خواسته ها و نگرانی های خود را مطرح نمایند (Di Chiro, 1998, 111). اما اقشار آسیب پذیری که قرار است در این روندها شرکت نمایند تا به قوانین، اعتبارات و دانش حرفه ای لازم دست پیدا نکنند، نمی توانند تاثیر قابل توجهی در تصمیمات اتخاذ شده بر جای گذارند. بنابراین، برای رسیدن به مشارکت فعال و مثمر ثمر، قبل از هر اقدامی، باید به توانمندی اقشار شرکت کننده در این فرایند توجه شود (Bullard R, Johnson, 2000, 556). در واقع، مشارکت فعال و مثمر ثمر، همیشه پس از توزیع مجدد منابع مادی و غیر مادی، حادث خواهد شد. ضرورت توزیع مجدد منابع از آنجا ناشی می شود که سرمایه های اجتماعی و شبکه های ارتباطی موجود در اجتماع (که از عوامل کلیدی مشارکت آزاد و مثمر ثمر افراد در مبحث بهداشت عمومی به حساب می آیند)، بدون حمایت و پشتیبانی بدنه های سیاسی امکان وقوع نخواهد داشت (Blackwell et al., 2002, 309).

در عین حال بایستی توجه داشت که ارتباط جمعی و سازمانهای اجتماعی از عوامل اصلی چگونگی توزیع منافع حاصل از رشد اقتصادی و توسعه به حساب می آیند. اما این عوامل کلیدی باز با توزیع صرف منافع حاصل از رشد اقتصادی، توسعه پیدا نمی کند. چرا که توزیع مجدد منابع به دولتی قدرتمند و آزاد نیاز دارد (Wheeler, 2006, 45). محول کردن این وظیفه به استانداریها باعث عدم اجرا و یا اجرای ناقص آن شده و منافع لازم را در پی نخواهد داشت. دلیل اصلی عدم توانایی استانداریها و سطوح پایین تر در این ارتباط، به رقابت حوزه های داخلی هر استان، مناطق شهری و حومه ها، شهر و روستا و یا بین استانهای مختلف با یکدیگر بر می گردد. رقابتی که می تواند سیاست های توزیعی را دچار مشکلات اساسی نماید. تعریف این نقش جدید برای دولت های ملی در مبحث برنامه ریزی و بهداشت عمومی، یکی از ضرورت های پیوند این رشته های علمی به حساب می آید (Maconachie, 2017, 35). تناقض و پارادوکسی که در این بین مطرح می شود، آن است که سیاست های ملی نقش دو گانه ای ایفا می کنند. این سیاست ها در حالی که مسئول اصلی تفاوت ها و تبعیض های اقتصادی اجتماعی و بهداشتی مناطق شهری و حومه ای هستند، عمومی ترین نقش را در رفع این تبعیض داشته و برای احیای نواحی شهری و اجرای سیاست های عدالت خواهانه و حتی پیوند برنامه ریزی شهری و بهداشت عمومی ضروری می باشند (Jargowsky, 1997).

نتیجه گیری

در پی تخصصی شدن حوزه‌های علمی، ارتباطات و پیوندهای دیرین اغلب به فراموشی سپرده شده و حتی رشته‌های علمی که از برخی ابعاد همپوشانی‌های متعددی داشته و یا حداقل از نظر مکانی قلمروی واحدی را مورد توجه قرار می‌دادند نیز ارتباط خود را به فراموشی سپردند. از جمله علومی که در این زمینه به معنوی شاهد مثال مطرح می‌گردد، بهداشت عمومی و برنامه‌ریزی شهری هستند. این دو قلمروی بسیار مهم علمی اگرچه با هدف مشترک جلوگیری از شیوع بیماری‌ها و معضلات شهری به وجود آمدند، اما در حال حاضر پیوندها و ارتباطات واقعی خود را نداشته و یا در سطح بسیار اندک و محدودی همچنان ادامه می‌دهند. جدایی و انزوای این دو رشته مشکلات متعددی را در پی داشته است. از مهمترین مشکلات این روند می‌توان به عدم موفقیت رشته‌های فوق، در رفع مشکلات روزمره مردم، ناتوانی در تشخیص و درک رابطه بین محیط ساخته شده و بهداشت و ... اشاره نمود. این در حالی است که پیوند این حوزه‌های دیرآشنا می‌تواند ضمن کاهش هزینه‌های جاری، بخش عمده از گروه فقیر و کم درآمد که بیشتر از این جدایی آسیب دیده‌اند را مرتفع خواهند کرد. واقعیت آن است که نوع تغذیه، شیوه زندگی و شرایط اقتصادی و اجتماعی و ... شیوع برخی از بیماریها را با مناطق و پهنه‌های ویژه‌ای هماهنگ نشان می‌دهد که همین امر محققین و پژوهشگران را ترغیب می‌سازد تا پژوهش‌های مشترک و بین‌رشته‌ای را به خصوص در حوزه علوم بهداشتی و درمانی و برنامه‌ریزی شهری پیشنهاد و به اجرا درآورند.

با وجود آن که پزشکان و متخصصان حوزه بهداشت و درمان برای نزدیکی به سایر رشته علمی مقاومت‌هایی را نشان می‌دهند، متخصصان حوزه علوم اجتماعی و برنامه‌ریزی شهری سالهاست که دست همکاری به سوی این گروه دراز نموده‌اند. چرا که با شیوع برخی از بیماریها از جمله ایدز و تبدیل آنها از اپیدمیک به پاندمیک و همچنین به دنبال تحولات اپیدمیولوژیک، جمعیت‌شناختی، اقتصادی و حتی فرهنگی در سطوح ملی، منطقه‌ای و جهانی، پژوهشگران اجتماعی این مسئله را دریافتند که درک تصویر جامع و تبیین شرایط واقعی و پیچیدگی‌های حاکم بر این نوع از بیماریها در سطوح چندگانه آن، مستلزم پارادایمی فراتر از ریسک‌های رفتاری و زبرساخت‌گرایی اجتماعی است. آنها دریافتند که مسئله با عوامل ساختاری اجتماعی موثر بر افراد، گروه‌ها و جوامع مرتبط است و قویا با ساختار اجتماعی، مفهوم قدرت، اقتصاد سیاسی و در کل، شالوده‌های اجتماعی آنها پیوند دارد.

با همه ضرورت پیوند مورد اشاره، ارتباط و اجرای تحقیقات بین‌رشته‌ای موفقیت‌آمیز، به یک چارچوب مفهومی روشن و دقیق نیاز دارد. بدین منظور در این مقاله یک پارادایم جدید مطرح شد. برای دسترسی به این مهم، بایستی چالش‌های متعددی را رفع نماییم. این چالش‌ها از تعریف مجدد برنامه‌ریزی تا تبیین تفاوتها و تبعیض‌های مربوط به بهداشت عمومی و فرمول‌بندی مجدد مسائل بهداشت شهری متفاوت خواهند بود. به همین دلیل، رسیدن به این هدف چندان هم آسان نیست.

پیشنهادات

با توجه به مشکلات و هزینه‌هایی که به دلیل جدایی برنامه‌ریزی شهری و بهداشت عمومی در سطح جامعه به وجود آمده است و برای رفع این معضل اساسی، برخی از راهکارهایی که به نظر می‌رسد راهگشاه باشد، به شرح زیر پیشنهاد می‌گردد

۱. با بهره‌گیری از رویکردهای بین‌رشته‌ای که عمدتاً به پیوند هماهنگ جنبه‌های متعدد چشم‌اندازهای بهداشتی و شیوه زندگی بر می‌گردد، امکان پیوند برنامه‌ریزی شهری و بهداشت عمومی سریع‌تر فراهم شود.

۲. برای آن که این پیوند در نزد مسئولان ضروری جلوه نماید، باید یافته‌های حاصل از تحقیقات بهداشت محیط و اقدامات مربوط به گسترش عدالت اجتماعی در سطوح گسترده‌تری انتشار پیدا نماید.

۳. با استفاده از تحقیقات دقیق و همه‌جانبه، باید مشخص گردد که در مسائل پیچیده‌ای چون بیماری‌های مختلف به خصوص انواع واگیردار آنها، نمی‌توان بدون توجه به اثر نظام قشربندی، قدرت جنسیتی و نقش حرفه‌ها، نهادها، حکومت‌ها، رهبران، رسانه‌ها، کمپانی‌های داروسازی، بیماران، عامه مردم و خانواده‌ها، فقط به نهادهای اجتماعی و فرهنگی و یا بهداشتی و درمانی به تنهایی اتکا نمود.

۴. نهادهای بهداشتی و درمانی بایستی توجه نمایند که عوامل ساختاری، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی نه تنها بر تجربه بیماری، بلکه در شکل‌گیری تحولات، سرعت و دامنه شیوع اپیدمی‌ها نیز موثرند و می‌توانند نقش‌های متناقضی (از مانع گرفته تا تسهیل‌کننده) را در برنامه‌های مداخله کارآمد ایفا کنند.

۵. با وجود آن که در طی این تحقیق مشخص گردید که بسیاری از مسائل مرتبط با سلامتی دارای ریشه‌های اجتماعی و ساختاری است، اما پیشنهاد می‌گردد برای اثبات عینی این ادعا، در تحقیقات بعدی این مهم با استفاده از داده‌های میدانی و کتابخانه‌ای مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

Acevedo-Garcia, D, Lochner, KA, Osypuk TL, Subramanian SV. (2003) Future directions in residential segregation and health research: a multilevel approach. Am J Public Health, No. 93, pp. 215–221.

Bashir, SA. (2002) Home is where the harm is: inadequate housing as a public health crisis. Am J Public Health. No. 92, pp. 733–738.

Benveniste G. (1989) Mastering the Politics of Planning. San Francisco, Calif: Jossey-Bass.

Blackwell, AG.; Kwoh, S. and Pastor, M. (2002) Searching for the Uncommon Common Ground: New Dimensions on Race in America. New York: WW Norton & Co; No. 2, pp. 09–316.

British Medical Association (1998) Health and Environmental Impact Assessment: An Integrated Approach. London, England: Earthscan Publications Ltd.

Bullard, R. and Johnson, GS. (2000) Environmental justice: grassroots activism and its impact on public policy decision making. J Soc Issues; No. 56, pp. 555–578.

Byrd, WM.; and Clayton, LA. (2002) An American Health Dilemma: Volume 2. Race, Medicine, and Health Care in the United States: 1900–2000. New York, NY: Routledge.

Chadwick E. (1842) Report on the Sanitary Conditions of the Laboring Population of Great Britain. Edinburgh, Scotland: Edinburgh University Press.

- Cole, L. and Foster, S. (2016) *From the Ground Up: Environmental Racism and the Rise of the Environmental Justice Movement*. New York, NY: New York University Press.
- Corburn, J. (2002) *Combining community-based research and local knowledge to confront asthma and subsistence-fishing hazards in Greenpoint/Williamsburg, Brooklyn, NY*. *Environ Health Perspect*. No. 110, pp. 241–248.
- Corburn, J. (2002) *Environmental justice, local knowledge, and risk: the discourse of a community-based cumulative exposure assessment*. *Environ Manage*. No. 29, pp. 451–466.
- Cummins, SK. and Jackson, RJ. (2001) *The built environment and children's health*. *Pediatr Clin North Am*. No. 48, pp. 1241–1252.
- Davidoff, P. (1965) *Advocacy and pluralism in planning*. *J Am Inst Planners*. No. 31, pp. 331–338.
- Di Chiro, G. (1998) *Environmental justice from the grassroots*. In: Faber D, ed. *The Struggle for Ecological Democracy*. New York, NY: Guilford Press; No. 1, pp. 104–136.
- Diez Roux, AV. (2001) *Investigating neighborhood and area effects on health*. *Am J Public Health*. No. 91, pp. 1783–1789.
- Duhl, LJ. And Sanchez, AK. (2002) *Healthy cities and the city planning process*. No. 110, pp. 241–248.
- Environmental Justice Guidance Under the National Environmental Policy Act (1997)* Washington, DC: Council on Environmental Quality.
- Epstein, S. (1996) *Impure Science: AIDS, Activism and the Politics of Knowledge*. Berkeley, Calif: University of California Press.
- Fischer, F. (2017) *Citizens, Experts, and the Environment: The Politics of Local Knowledge*. Durham, NC: Duke University.
- Fishman, R. (2000) *The American Planning Tradition: Culture and Policy*. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press.
- Forester, J. (1999) *The Deliberative Practitioner*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Freudenberg, N. (2000) *Time for a national agenda to improve the health of urban populations*. *Am J Public Health*, No. 90, pp. 837–840.
- Frumkin, H. (2002) *Urban sprawl and public health*. *Public Health Rep*. No 117, pp. 201–217.
- Geronimus, AT. (2000) *To mitigate, resist, or undo: addressing structural influences on the health of urban populations*. *Am J Public Health*. No. 90, pp. 867–872.
- Greenberg, MF.; Popper, F.; West, B. and Krueckeberg, D. (1994) *Linking city planning and public health in the United States*. *J Plann Lit*. No. 8, pp. 235–239.
- Habermas, J. (1970) *Technology and science as 'ideology.'* In: *Toward a Rational Society: Student Protest, Science and Politics*. Boston, Mass: Beacon Press.
- Hall, P. (1996) *Cities of Tomorrow*. Oxford, England: Blackwell.
- Hancock, T. (2002) *Planning and creating healthy and sustainable cities: the challenge for the 21st century..* Accessed November 1, pp. 211-222.
- Heiman, M. (1997) *Science by the people: grassroots environmental monitoring and the debate over scientific expertise*. *J Plann Educ Res*. No. 16, pp. 291–299.
- Hoch, C. (1994) *What Planners Do: Power, Politics and Persuasion*. Chicago, Ill: American Planning Association; pp. 230-339.
- Institute of Medicine (2018) Rebuilding the Unity of Health and the Environment: A New Vision of Environmental Health for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (1999) Toward Environmental Justice: Research, Education and Health Policy Needs*. Washington, DC: National Academy Press 234.
- Israel, BA.; Schulz, AJ.; Parker, EA. and Becker AB. (1998) *Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health*. *Annu Rev Public Health*. No. 19, pp. 173–202.
- Jackson, RJ. and Kochtitzky, C. (2017) *Creating a healthy environment: the impact of the built environment on public health*. No. 10, pp. 32-39.
- Jargowsky, PA. (1997) *Poverty and Place: Ghettos, Barrios, and the American City*. New York, NY: Russell Sage Foundation.

- Jasanoff, S. (1995) *Science at the Bar: Law, Science, and Technology in America*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Krieger, N. and Zierler, S. (2015) What explains the public's health? A call for epidemiologic theory. *Epidemiology*, No. 7, pp. 107–109.
- Krieger, N. (2003) Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health*, No. 93, pp. 194–199.
- Krieger, N. (1999) Questioning epidemiology: objectivity, advocacy, and socially responsible science. *Am J Public Health*, No. 89, pp. 1151–1153.
- Krieger, N. (2001) Theories of social epidemiology for the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*. No. 30, pp. 668–677.
- Lazarus R. Pursuing environmental justice: the distributional effects of environmental protection *Northwestern University Law Rev.* 1993;87:787–897.
- Lindheim, R. and Syme, L. (1983) Environments, people and health. *Annu Rev Public Health*. No 4, pp. 335–359.
- Maconachie, Roy (2017) *Urban Growth and Land Degradation in Developing Cities, England and USA*: Ashgate press.
- Melosi, MV. (2000) *The Sanitary City: Urban Infrastructure in America From Colonial Times to the Present*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press.
- Ozonoff, D. (1994) Conceptions and misconceptions about human health impact analysis. *Environ Impact Assess Rev*. No. 14, pp. 499–516.
- Pastor, M. Jr.; Dreier, P., Grigsby, E.; Garza, J. and Lopez-Garza, M. (2000) *Regions That Work: How Cities and Suburbs Can Grow Together*. Minneapolis, Minn: University of Minnesota Press.
- Popper, FJ. (1981) *The Politics of Land Use Reform*. Madison, Wis: University of Wisconsin Press.
- Sexton, K. and Adgate, J. (1999) Looking at environmental justice from an environmental health perspective. *J Exp Anal Environ Epidemiol*. No. 9, pp. 3–8.
- Sexton, K. (2000) Socioeconomic and racial disparities in environmental health: is risk assessment part of the problem or part of the solution? *Hum Ecological Risk Assess*. No. 6, pp. 561–574.
- Smedley, BD.; Stith, AY. and Nelson, AR. (2002) *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: National Academy Press.
- Speer, MA. And Lancaster, B. (1998) Disease prevention and health promotion in urban areas: CDC's perspective. *Health Educ Behav*.25:226–233.
- Steinemann, A. (2000) Rethinking human health impact assessment. *Environ Impact Assess Rev*. No. 20, pp. 627–645.
- Susser, S. and Susser, E. (1996) Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *Am J Public Health*.No. 86, pp. 668–673.
- Tesh, S. (1990) *Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Tesh, SN. (2018) *Uncertain Hazards: Environmental Activists and Scientific Proof*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Vig, N. Kraft, M. (2001) *Environmental policy from the 70's to the 90's*. In: *Environmental Policy*. 4th ed. Washington, DC: Congressional Quarterly Press.
- Wallace, R. and Wallace, D. (1997) Community marginalisation and the diffusion of disease and disorder in the United States. *BMJ*. No. 314, pp. 1341–1345.
- Weir, M. (2000) Planning, environmentalism and urban poverty. In: Fishman R, ed. *The American Planning Tradition: Culture and Policy*. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press.
- Wheeler, S, (2006) *Planning for Sustainability*, London and New York: Routledge.
- Williams DR, Collins C. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Rep*. 2001;116:404–416.