

<https://>

E-ISSN: 2538-3949

P-ISSN: 2538-3930

ORIGINAL ARTICLE**Evaluation of Health Resilience Indicators Against the COVID-19 Pandemic in Urban Neighborhoods, Case Study: Selected Neighborhoods of Tabriz City****Kasra Ketabollahi***

Assistant Professor, Department of Industrial Design, Planning, faculty of Art and Architecture, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran.

***Correspondence**

Kasra Ketabollahi

E-mail:

k.ketabollahi@basu.ac.ir

Received: 22/July/2025

Accepted: 22/Nov//2025

How to cite

Ketabollahi, K. (2026). English Evaluation of Health Resilience Indicators Against the COVID-19 Pandemic in Urban Neighborhoods (Case Study: Selected Neighborhoods of Tabriz City). *Urban Ecological Research*, 18(4), 1-13.

EXTENDED A B S T R A C T**Introduction**

The coronavirus pandemic represented one of the most profound global health crises of the twenty-first century, confronting humanity with an array of complex challenges that endangered not only physical wellbeing but also psychological and spatial aspects of life. As societies struggled to cope with isolation, uncertainty, and changing urban dynamics, neighborhoods emerged as the fundamental units of resilience and adaptation. In urban studies, the neighborhood is often regarded as the turning point in thinking about the city—a microcosm that reflects larger social, spatial, and environmental processes. During the pandemic, this scale of study became even more critical, since the ability of each neighborhood to sustain healthy living directly influenced the overall urban response to the crisis. Consequently, the neighborhood was selected as the principal analytical scale for this research. The study pursues two major objectives. The first is to define and explain the biological health paradigm of the neighborhood within the post-corona context, where health is interpreted not merely as the absence of disease but as a multidimensional condition grounded in daily life, community structure, and spatial organization. The second objective is to interpret and measure the resilience of biological health in selected neighborhoods of Tabriz during the pandemic, identifying how each locality absorbed, adapted to, and recovered from the shocks of the crisis. These dual aims acknowledge that neighborhood health is both a state to be described and a dynamic process to be understood.

Methodology

To fulfill these goals, an extensive body of literature was examined. The research incorporated 182 scholarly articles, each addressing how pandemics interact with urban morphology, social networks, accessibility to health services, and local governance. Through careful synthesis, 12 key indicators and 20 measurable variables were extracted. These metrics formed a coherent framework built upon the innovative classification principle termed “*the evolution of health*.” Within this perspective, human health is analyzed through three complementary dimensions—spatial (place-based), psychological (spirit-based), and medical (clinical or physical). The integration of these three layers generates what the research conceptualizes as a *biological health paradigm*—an interpretative model allowing researchers to understand the vitality and resilience of urban neighborhoods under stress conditions such as the pandemic. The paradigm was operationalized as an

analytical tool within the research design. Through confirmatory factor analysis (CFA), the study tested the relationships among the extracted indicators and validated whether the proposed dimensions accurately explained variations in neighborhood health resilience. The geographic scope of the analysis focused on three representative neighborhoods in the city of Tabriz—Gharamalek, Maghsudieh, and Valie-Asr Town. These neighborhoods were intentionally selected based on official mortality and infection data released by the Ministry of Health, Treatment, and Medical Education of Iran, which categorized them respectively into high-risk, medium-risk, and low-risk levels of exposure and vulnerability. This stratified selection ensured that the comparative analysis captured the diversity of urban experiences across different social and spatial contexts. Methodologically, the research embraced a mixed-methods approach, integrating quantitative and qualitative techniques to achieve a more comprehensive understanding of urban health resilience. On the quantitative side, Geographic Information Systems (GIS) were utilized to spatially analyze density patterns, accessibility to public services, green spaces, and transportation networks—factors known to influence the capacity of residents to maintain safe mobility and social distance. In parallel, socio-behavioral data were collected through structured questionnaires and interviews, allowing the study to probe subjective perceptions of safety, neighborhood solidarity, and psychological wellbeing. Qualitative components such as narrative inquiry complemented statistical modeling by capturing the lived experiences of residents during lockdown conditions. The integration of these data streams was achieved through advanced analytics using SPSS software for statistical processing and AMOS version 19 for structural equation modeling (SEM). SEM was particularly effective in testing the interdependencies between spatial organization, social cohesion, and health outcomes within the predefined conceptual model.

Findings

The findings reveal notable differences among the neighborhoods studied. The analysis demonstrated that Maghsudieh exhibited the highest degree of resilience, both in terms of physical health indicators and collective adaptability. This was followed by Gharamalek, which, despite higher initial vulnerability, displayed strong communal support networks that mitigated long-term impacts. Valie-Asr Town, categorized as low-risk, maintained relatively favorable conditions but with less pronounced community interaction, suggesting that physical health advantages alone did not guarantee overall resilience. Taken together, these results indicate that resilience is a multifaceted phenomenon shaped by the interplay of spatial arrangements, local governance, and social ties rather than by sanitary infrastructure alone. Interestingly, the outcomes called into question the validity of the initial hypothesis which stated that *“the more favorable the neighborhood’s biological qualities, the lower its rate of corona infection.”* Empirical results suggest that the correlation between spatial quality and disease spread is not straightforward. For instance, neighborhoods with well-developed infrastructure sometimes exhibited higher rates of infection due to greater mobility and social interaction among residents. Conversely, certain densely populated yet socially cohesive neighborhoods demonstrated remarkable capacity for adaptation and collective health protection.

This contradiction opens a new dimension in urban health research, emphasizing that resilience cannot be understood merely through physical indicators, but must incorporate cultural, behavioral, and institutional variables. The implications of this research extend beyond the immediate context of Tabriz. By developing and applying the biological health paradigm, the study provides a methodological foundation for evaluating urban resilience in the post-pandemic era. The proposed model encourages city planners and public health officials to consider neighborhoods not as passive spatial units, but as active living systems capable of evolving through crisis. The combination of spatial, psychological, and medical dimensions offers a holistic lens for redefining sustainable urban living. It

underscores the necessity for urban design strategies that promote inclusivity, accessibility, mental wellbeing, and local self-sufficiency.

Furthermore, the comparative discussion with previous studies underlined the originality and relevance of the adopted indicators. It confirmed that while international literature often isolates physical factors—such as density or land use—the triadic integration of place, spirit, and medicine better reflects the real texture of urban health. Such a synthesis resonates with global movements toward “healthy cities” and “resilient communities,” aligning the local findings of Tabriz with contemporary international discourses.

Discussion and Conclusion

In conclusion, the research not only examined the impact of the coronavirus pandemic on neighborhood health but also contributed to the conceptual evolution of how urban resilience is understood. By linking quantitative rigor with qualitative depth, it established a framework for assessing neighborhood vitality amid global crises. The ultimate message of the study is that the post-corona neighborhood should be seen as a balanced organism—where integrated health, spatial solidarity, and adaptive capacity collectively define a sustainable way of living in future cities.

KEY WORDS

Health Resilience, Neighborhood, COVID-19, Healthy Approach, Tabriz.



© 2025, by the author(s). Published by Payame Noor University, Tehran, Iran.

This is an open access article under the CC BY 4.0 license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

<https://lib.journals.pnu.ac.ir/>



«مقاله پژوهشی»

ارزیابی شاخص‌های تاب‌آوری سلامت در برابر همه‌گیری کووید ۱۹ در محله‌های شهری، مورد پژوهشی: محله‌های منتخب شهر تبریز

کسری کتاب‌اللهی کد ارکید*۱

چکیده

همه‌گیری کرونا زیست سالم انسان امروز را با تهدیدهای گسترده‌ای مواجه ساخت. با توجه به اینکه «محله» به‌منزله نقطه عطف اندیشه حول موضوع شهر شناخته می‌شود و در بحران اخیر اهمیت دوچندان یافت، این پژوهش آن را مقیاس مطالعه خود قرار داد. اهداف اصلی پژوهش عبارت‌اند از: نخست، تبیین الگوواره سلامت‌زیستی محله در شرایط پسا کرونا و دوم، تفسیر تاب‌آوری سلامت‌زیستی محله‌های منتخب شهر تبریز در دوران همه‌گیری. داده‌های پژوهش از طریق مطالعه‌های کتابخانه‌ای شامل ۱۸۲ عنوان مقاله گردآوری شد که حاصل آن، استخراج ۱۲ شاخص و ۲۰ سنجه بود. این شاخص‌ها در چارچوب دسته‌بندی نوآورانه‌ای مبتنی بر «سیر تحول سلامت» در سه بُعد زیست‌مکانی، زیست‌روانی و زیست‌پزشکی تعریف و بازچینی شدند تا مبنای ارزیابی تاب‌آوری سلامت محله‌ها از طریق تحلیل عاملی تأییدی قرار گیرند. سه محله قراملک، مقصودیه و شهرک ولی‌عصر، که براساس آمار رسمی مرگ‌ومیر وزارت بهداشت در سه سطح پرخطر، نسبتاً پرخطر و کم‌خطر دسته‌بندی شده‌اند، به‌عنوان نمونه‌های موردی انتخاب گردیدند. روش‌شناسی پژوهش بر پایه رویکردی ترکیبی (کمی و کیفی) است و شامل بهره‌گیری از نرم‌افزارهای سامانه اطلاعات-جغرافیایی، تکنیک روایت‌پژوهی، پرسشنامه و مصاحبه بوده است. ارزیابی داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزارهای اس‌پی‌اس و آموس نسخه ۱۹ صورت گرفته است. نتایج نشان می‌دهد که به‌ترتیب، محله‌های مقصودیه، قراملک و شهرک ولی‌عصر از سطح بالاتری از تاب‌آوری و سلامت‌زیستی برخوردارند. با این حال، یافته‌ها موجب تردید در صحت فرضیه اولیه شدند که بر اساس آن، تصور می‌شد هرچه محله از کیفیات زیستی مطلوب‌تری بهره‌مند باشد، میزان شیوع کرونا در آن کمتر خواهد بود. در پایان، مقایسه تطبیقی میان سنجه‌های پژوهش و مطالعه‌های پیشین به منظور تبیین تفاوت در تأثیرگذاری عوامل انجام پذیرفت.

واژه‌های کلیدی

تاب‌آوری سلامت، محله، کووید ۱۹، رویکرد سالم، تبریز.

استادیار، گروه طراحی صنعتی، دانشکده هنر و معماری، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

*نویسنده مسئول: کسری کتاب‌اللهی
رایانامه: k.ketabollahi@basu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۸

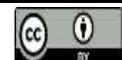
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۸

استناد به این مقاله:

کتاب‌اللهی، کسری (۱۴۰۴). ارزیابی شاخص‌های تاب‌آوری سلامت در برابر همه‌گیری کووید ۱۹ در محله‌های شهری مورد پژوهشی: محله‌های منتخب شهر تبریز. فصلنامه علمی پژوهش‌های بوم‌شناسی شهری، سال (شماره)، صفحه.

حق انتشار این مستند، متعلق به نویسنده آن است. © ۱۴۰۴ ناشر این مقاله، دانشگاه پیام نور است.

این مقاله تحت گواهی زیر منتشر شده و هر نوع استفاده غیرتجاری از آن مشروط بر استناد صحیح به مقاله و با رعایت شرایط مندرج در آدرس زیر مجاز است.



This is an open access article under the CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

<https://arsmb.journals.pnu.ac.ir/>

مقدمه

محلّه همواره نقطه عطف برنامه‌ریزی و اندیشه به شهر در نظر گرفته شده است. محلّه‌ها در گذشته دارای انسجام درونی و پیوستگی فضایی بوده و به لحاظ همگن‌بودن بافت اجتماعی وضعیت مناسبی داشته‌اند و عمدتاً بر پایه اشتراک غالب در صنف، عقیده و یا چونی معیشت شکل می‌گرفتند و جهان‌بینی حاکم بر محلّه، محدوده‌های به هم‌پیوسته از نظر کالبدی، عملکردی و اجتماعی را مجسم می‌نمود. محلّه‌ها در گذشته در تحولات سیاسی جامعه به ایفای نقش می‌پرداختند تا جایی که جنبش‌هایی از جمله تنباکو از محلّه‌ها سر برآوردند و بر زیست و آینده شهر و کشور تأثیر گذاردند. محلّه در شهر ایرانی-اسلامی حول مسجد و کاربری‌های تأمین‌کننده خدمات معیشتی ساکنین شکل می‌گرفت. از دوران پهلوی اول به بعد روند تحولات ساختاری و شتاب دگرذیسی در مقیاس این کل واحد، یعنی محلّه، شدت گرفت. تحولات سیاسی، آغاز برنامه‌های عمرانی، آغاز طرح‌های توسعه شهری، پدیده‌های اعیانی‌سازی و غیره، موجبات گسست یکپارچگی محلّه و انسجام فضایی، عملکردی و اجتماعی آن گردید و سلامت جسمی و روانی ساکنین و شهروندان را به خطر انداخت. در واقع محلّه، را می‌توان به مثابه خانه دوم افراد تلقی نمود که پس از خانه، بخش مهمی از عمر خود را در آن سپری کرده و با آن مانوس هستند. در محلّه معاصر که امروزه در آن زندگی می‌کنیم، گویی خانه دوم -یا همان محلّه،- نقش و اهمیت کارکردی خود را از دست داده است. معنا و مفهوم آن دچار تزلزل شده و به همین دلیل است که یافته‌های بسیاری از پژوهش‌ها، مؤید کاهش حس تعلق ساکنین به محلّه معاصر و بالتبع کاهش آرامش فکری می‌باشد.

علاوه بر مقوله حس تعلق، شهرها و بالتبع محلّه‌ها، بایستی آرامش و آسودگی خاطر را برای ساکنین‌شان به لحاظ کالبدی، عملکردی و اجتماعی فراهم نمایند. پاکیزگی محیط، دید و منظر مناسب، سهل‌الوصول بودن تردد در سطح محلّه، کافی‌بودن دکان‌ها و امکان تأمین مایحتاج روزانه ساکنین، و بسیاری دیگر، گوناگونی خدماتی را که محلّه می‌باید ارائه دهد تا خانه دوم، مأمّن و سرپناه مناسبی برای استفاده‌کنندگان‌ش قلمداد گردد را مجسم می‌نماید. از دیگر سوی، شرایط ساختاری محلّه، تا حدّی، باید آمادگی مقابله در برابر بحران‌های پیش‌بینی‌شده یا نشده را داشته باشد. شهرها در دوره‌های مختلف به سبب بروز جنگ و بلایای طبیعی چون سیل، زلزله، طوفان، آتش‌فشان، رانش زمین و غیره و بی‌

همه‌گیری‌ها، شرایط دشوار گوناگونی را تجربه کرده‌اند. آنچه متضمن زیست پایدار یک شهر و ساکنین آن شده است، برنامه-ریزی پیش از بروز بحران و یا کسب تجربه و عبرت از بحران-های پیشین در طول تاریخ بوده است. بیماری‌های همه‌گیر بسیاری از ابتدای زیست بشر بر روی این کره خاکی،- زمین،- و شکل‌گیری یکجانشینی، به ثبت رسیده است. ظهور همه‌گیری اخیر، تحت عنوان کووید در سال ۲۰۱۹-، که اولین تجربه مواجهه محلّه معاصر با یک بحران در ابعاد جهانی بشمار می‌رفت،- خواسته‌های پیشین ما،- منظور ساکنین،- از خانه دوم را بیش از پیش، پررنگ نمود و از طرفی، خواسته‌ها و سوالات جدیدی را پیش‌روی ما، قرار داد. در این دوره است که محلّه معاصر،- همزمان با نزول معنایی آن در قیاس با محلّه قدیم،- در مرحله زمانی اعمال قرنطینه که سیاست‌های بازدارنده و ممنوعیت‌های متعددی در سطوح ملی، استانی و شهری ابلاغ گردید، جان تازه‌ای یافت و نقش و اهمیت آن مجدداً پررنگ شد. براین اساس ضروری می‌نماید که ساختار محلّه معاصر، مبتنی بر آنچه ظهور همه‌گیری بیماری کرونا، موجبات شکل‌دهی مفاهیم جدیدی در سبک زندگی و سلامت زیستی ساکنینش گردید، مورد کنکاش و مباحثه قرار گیرد. فلذا ضروری می‌نماید که تمرکز پژوهش حاضر بر دو وجه استوار گردد. -نخست بررسی و بازاندیشی در مفهوم محلّه به مثابه کانون شهر ایرانی-اسلامی،- در واقع محلّه قدیمی که در ذهن داریم و در کشمکش با محلّه معاصر می‌باشد- که براساس دو مولفه کالبدی- فضایی- عملکردی و اجتماعی- اقتصادی مستخرج گردد. در این مورد چارچوب محلّه اصیل ایرانی-اسلامی و ویژگی‌های بارز آن مورد بررسی قرار خواهند گرفت که بر سلامت زیستی ساکنین‌ش تأثیرگذار است.

-دوماً بررسی مفهوم سلامت زیستی ساکنین محلّه‌های منتخب شهر تبریز به اقتضای شرایط حاکم بر همه‌گیری کرونا و آمار مرگ و میر ناشی از بیماری. با توجه به فرضیه پژوهش و مطالعات اولیه، که نشان از رابطه مستقیم فی مابین وضعیت اقتصادی- اجتماعی و سطح معیشت ساکنین محلّه، با میزان شیوع و آمار ابتلا و مرگ و میر دارد، بر این اساس سعی بر آن است که همین مقایسه تطبیقی در محلّه‌های منتخب شهر تبریز با ویژگی‌های زمینه‌ای متفاوت، در ارزیابی صحت فرضیه، مورد بررسی قرار گیرد.

1. Pandemic

۲. بیماری کووید ۱۹ توسط ویروس کرونا به نام SARS-COV-2 ایجاد می‌شود. در این پژوهش در هر دو حالت هنگامی که صحبت از کرونا و یا کووید ۱۹ می‌شود، منظور نوع بیماری همه‌گیر است (نگارنده).

اساس در پژوهش حاضر، سوال‌هایی که نگارنده در جستجوی پاسخگویی به آنها می‌باشد در دو دسته سوال‌های اصلی و سوال‌های فرعی پژوهش بشرح ذیل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

سوال‌های اصلی پژوهش

۱. الگوواره سلامت زیستی محله در شرایط پسا کرونا دارای چه ابعادی است؟

۲. الگوواره محله سالم ایرانی - اسلامی دارای چه مؤلفه‌هایی است؟

سوال فرعی پژوهش

۱. سلامت زیستی محله‌های منتخب در تبریز در دوران همه‌گیری، چگونه بوده است؟

همانطور که پیشتر گفته شد، در این پژوهش، چندین محله با آمارهای مختلف شیوع کرونا - براساس طیف‌بندی سه‌گانه میزان مرگ و میر ساکنین محله‌ها ناشی از بیماری، - انتخاب می‌گردد. شهر تبریز مرکز استان آذربایجان شرقی با جمعیت ۱,۵۵۹,۰۰۰ نفر، (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵)، به عنوان سومین شهر پرجمعیت کشور، دارای ۷۷ محله عرفی است (طرح جامع نقش محیط). در طول ظهور همه‌گیری کرونا، کشور ایران تا اسفند ۱۴۰۱ با ثبت آمار مرگ و میر تعداد ۱۴۱۴۳۹ نفر ناشی از ابتلا به این بیماری در رده ۱۷ دنیا قرار دارد. در این میان شهر تبریز در رده مرگ و میر ناشی از کرونا در رده ۹ در کشور و با ثبت آمار ابتلا به بیماری و آمار بهبودی به ترتیب در رده ۶ و ۱۱ کشور جای دارد. با توجه به اینکه تحقیق مشخصی در شهر تبریز با تمرکز بر ساختار فضای - کالبدی، عملکردی و اجتماعی - اقتصادی محله‌های آن انجام نگرفته است، لذا محله‌های منتخب، - قراملک، مقصودیه و شهرک ولیعصر که هر کدام از یک طیف بحرانی همه‌گیری^۱ و همچنین ساختار محله‌ای متفاوت می‌باشند، - در شهر تبریز به عنوان نمونه موردی انتخاب می‌گردد.

مبانی نظری

رویکرد شهر سالم

در دهه ۱۹۸۰، ارتباط برنامه‌ریزی شهری و سلامت عمومی از طریق رویکرد جامع «شهرهای سالم»، در سطح بین‌المللی توسط سازمان بهداشت جهانی مورد حمایت قرار گرفت (کتاب الهی و میرغلامی، ۱۴۰۰).

با توجه به ماهیت ویروس کرونا، «فاصله‌گذاری اجتماعی» یکی از ده‌ها واژگان، - و بالتبع اقدامات مرتبط با آن در زمینه پیشگیری و مقابله با شیوع بیماری، - است که در ادبیات دوره همه‌گیری، رایج شده و یکی از مهمترین توصیه‌های جامعه پزشکی برای مصون ماندن از این بیماری است. این در حالیست که فرهنگ ایرانی - اسلامی، چندان با این پدیده ناآگاه نیست. این مفهوم، در برگزاری آیین‌های ملی و مذهبی در محله‌های سنتی شهرهای ایرانی - اسلامی نیز از گذشته تا بحال وجود داشته است و با مفاهیم مشابهی چون حفظ حرمت، حفظ کرامت با در نظر گرفتن حریم فیزیکی، - نانوشته، - رعایت می‌شده و می‌شود. در بسیاری از روستاها و محله‌های شهرهای کشور ایران، برخی از معابر عمومی شامل کوچه، کوچه‌باغ، خیابان، واشدگاه، میدانگاه و غیره که بستری برای برگزاری مراسم مذهبی در نظر گرفته می‌شود، با توجه به طولانی‌بودن زمان برگزاری مراسمات، - که عمدتاً در طول یک یا چند شبانه‌روز می‌باشد، - هر خانواده، زیرانداز یا قالیچه‌ای به همراه داشته و در مسیر مراسم به جهت تعیین محل استقرار خانواده خویش پهن می‌کرد و پیش، حین و پس از مراسم حریم اجتماعی خود را به عنوان شرکت‌کننده مشخص می‌نمود. همه قالیچه‌ها با فاصله نسبتاً مشخص، در مسیر مراسم قرار گرفته و به نوعی تداعی‌کننده همین مفهوم نوظهور فاصله‌گذاری اجتماعی در سال ۲۰۱۹ بود که با ظهور پدیده کرونا در شهرسازی نمود پیدا کرده است.

بدین سبب، انجام پژوهش حاضر از دو جنبه، به لحاظ موضوعی دارای بداعت و نوآوری می‌باشد. نخست از این‌وادی که دو مقوله نو و کهن، - بیماری نوظهور کرونا و مفهوم محله سنتی، - در بستر شهر ایرانی - اسلامی، در هم می‌آمیزد، و با تحت‌الشعاع قراردادن سلامت زیستی افراد، سبک زندگی معاصر جدیدی را طلب می‌نماید. که در این پژوهش، هنگامی که صحبت از محله پسا کرونا و یا محله در شرایط پس از ظهور بیماری کرونا می‌شود، ارجاع به این مورد دارد. دوم آنکه، نقش محله‌ها به عنوان قطعه‌هایی از پازل بزرگ شهر، بدون در نظر گرفتن ارتباط منطقی با دیگر قطعه‌ها و ساختار کلی پازل، به درستی ایفا نمی‌شود. با وجود اینکه محله‌ها خود هسته‌های زیستی متمرکز با سطح خدمات خوداتکا و فرهنگ اجتماعی اقتصادی همگن، تلقی می‌گردند، - که البته در محله معاصر این وضعیت، کم‌رنگ‌تر شده است، - با این حال نقش و جایگاه محله در سطح شهر، ارتباط آن با ساختارهای اصلی شهر، خدمات‌گیری، خدمات‌دهی، سفرهای روزانه و مراجعات مردمی به محله و بسیاری دیگر از موارد، نباید موجبات نادیده‌نگاری تحلیل فرامحله‌ای به پدیده همه‌گیری در ساکنین یک محله گردد. براین

۱. پرخطر، پرخطر و کم‌خطر، براساس دسته‌بندی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

همان‌طور که گفته شد، سلامتی نه فقط نبود بیماری و ناتوانی، بلکه حالتی از تندرستی فیزیکی، ذهنی و اجتماعی است که بدون نظر گرفتن برتری و تفاوت‌های نژادی، مذهبی، باورهای سیاسی، اقتصادی، موقعیت اجتماعی بعنوان حقوق هر انسانی در نظر گرفته می‌شود (منشور جاکارتا، ۱۹۹۸). این تعریف از سازمان بهداشت جهانی، فرضیهٔ رایج که می‌باید امر سلامتی منحصر به متخصصان حوزهٔ بهداشت قرار بگیرد را مورد چالش قرار می‌دهد (بارتون و تیسورو^۱، ۲۰۱۱). امروزه برنامه‌ریزی در امر سلامت شهری، از بهداشت و سلامت فردی گذر کرده و معنای جدیدی یافته که نیازمند دخالت حوزه‌های تخصصی فرایزشکی، از جمله برنامه‌ریزان و طراحان شهری می‌باشد. هر شهر سالم، شهری نیست که به سطح مشخصی از وضعیت سلامت دست پیدا کرده باشد، بلکه هدف اصلی آن کسب آگاهی نسبت به سلامتی و تلاش برای بهبود و ارتقای آن در جامعه است. بدین ترتیب هر شهر می‌تواند با لحاظ نمودن فرآیندی سلامت‌محور، قدم‌نهادن به سوی یک شهر سالم را آغاز و محقق نماید؛ بدون توجه به آنکه شرایط موجود آن چه باشد (کُربن^۲، ۲۰۰۹).

از دیدگاه پاپلی^۳ و همکاران (۲۰۱۱)، شهر سالم یک ایدهٔ عملی، اجرایی و واقع‌گرایانه است. شهر سالم در بسیاری از موارد در متون با عنوان «شهر پاک، شهر روان، شهر سبز، شهر فرهنگ، شهر پویا، شهر همه‌شمول» به کار گرفته می‌شود (مهندسین مشاور فجر توسعه، ۱۳۸۵). براساس دیدگاه (گروه سلامت و خدمات انسانی، ۲۰۰۱ و پائولیت و دومه، ۲۰۰۰) صرف نبود بیماری، شرط کافی برای تعریف شهر سالم نیست، بلکه شهروندان شهر سالم، باید از قابلیت و کیفیت زندگی بالایی برخوردار باشند. شهر سالم، در واقع یک وضعیت ایستا و یا مجموعه‌ای از اقدامات بهداشتی را شامل نمی‌شود، بلکه تعهد به بهبود مستمر رفاه، آسایش، سلامتی مردم و مکان‌ها و فرآیندهای سیاست‌گذاری با تأکید صریح بر کاهش نابرابری‌های بهداشتی است (خلیل‌آبادی^۴، ۲۰۱۴). براساس دیدگاه شیخ‌زاده^۵ (۲۰۰۸)، بین شهرسازی و سلامت انسان رابطهٔ مستقیمی وجود دارد. حوزهٔ نفوذ برنامه‌ریزان شهری شامل عرصه‌های اجتماعی، کالبدی و اقتصادی است، بنابراین نقش مهمی در حل و فصل مشکلات و تأمین شرایط مناسب در شهرها به عهده دارند تا بتوانند کیفیت بالای زندگی را فراهم کنند. هدف اصلی از شهر سالم، این است که سلامتی را در قلب ساختار شهر جای

دهد و انتقادی است به فعالیت‌های برنامه‌ریزی که بر مداخله در محیط‌های مصنوع برای تضمین فعالیت‌های بدنی و سلامتی و بر حذف نابرابری‌ها تمرکز دارد (هاول^۶، ۲۰۱۳). رویکرد شهر سالم، از سال ۲۰۱۹، با ظهور بحران همه‌گیری، اهمیت دوچندانی یافته است و لازم است تأثیرات این بحران با تمرکز بر محله مورد بررسی قرار گیرد.

محله و ظهور کرونا

بررسی سیر تحول موضوعات حوزهٔ سلامت در مقیاس جهانی، حاکی از آن است که تا پیش از سال ۱۸۷۵، همسو با دستاوردهای حیاتی دانشمندان همچون پاستور و کوخ، در علم پزشکی، نگاه کاملاً تخصصی سلامت، صرفاً به مقولهٔ بهداشت و درمان اختصاص داشت. تلاش می‌شد تا تمامی سوالات و پدیده‌ها، از منظر پزشکی و دارویی پاسخ داده شود و بیشترین اهمیت بر بعد فردی در سلامت، - خصوصاً سلامت جسمانی، - متمرکز بود. از سال ۱۸۷۵ ابعاد روانی و اجتماعی نیز به بعد فردی درمان افزوده شده و چنین پنداشته شد که پزشکی یک علوم اجتماعی است و سیاست، چیزی بیش از پزشکی در مقیاس بزرگ نیست (Ketabollahi & Mirgholami, 2021).

این دوره را می‌توان با توجه به اهمیت «روح و روان» و برجسته‌شدن تخصص‌های روانپزشکی و روانشناسی و علم روانکاوی، زیست‌روان، نام نهاد. با این حال از سال ۱۹۷۴، اهمیت بعد محیطی نیز در تکمیل ابعاد قبلی، پر رنگ‌تر شد. در همین راستا، نقش تخصص‌های مرتبط با طراحی محیط در تجربهٔ زیستهٔ افراد و میزان سلامتی آنها مورد توجه قرار گرفت. امروزه نیز با شیوع همه‌گیری، اهمیت محیط، فضا و مکان به مثابهٔ ظرف زیست‌انسان، اهمیت دوچندان یافته است. این دوره به اختصار زیست‌مکان^۷ نام دارد. بنابراین زیست‌مکان با کسب دستاوردهای زیست‌پزشکی^۸ و زیست‌روان^۹، درصدد خلق مکان‌های سالم در شرایط پساکرونا می‌باشد و این رویه بایستی به یک الگووارهٔ غالب در سطح شهرها و محله‌ها تبدیل گردد (جدول ۱).

براساس این جدول سیر تحول سلامت، مورد بررسی قرار گرفت و دسته‌بندی سه‌گانهٔ زیست‌انسانی مبتنی بر پزشکی، روانی و مکانی، معرفی گردید.

6. Howell

7. Bio Place

8. Bio Medical

9. Bio Spirit

1. Barton & Tsourou

2. Corburn

3. Papli Yazdi

4. Khalil abadi

5. Sheikh zadeh

جدول ۱. سیر تحول مفهوم سلامت در جهان

زیست مکان بعد فردی/ اجتماعی/ روانی/ محیطی			زیست روان بعد فردی/ اجتماعی/ روانی			زیست پزشکی بعد فردی					
۲۰۲۱	۲۰۰۹	۲۰۰۸	۱۹۹۸	۱۹۹۱	۱۹۸۸	۱۹۸۵	۱۹۸۴	۱۹۷۴	۱۹۴۵	۱۹۰۹	۱۸۷۵
طراحی شهری مبتنی بر امر سلامت	توزیع سالم به کمک طراحی	گزارش شهر نابرابر	کنفرانس جاکارتا	کنفرانس ساندرزوال	کنفرانس آلابام	مشور آتورا	ایده شهر سالم	گزارش چشم‌انداز سلامت کانادا	تأسیس سازمان بهداشت جهانی؛ تأسیس سازمان ملل	تأسیس دفتر بهداشت بین‌المللی؛ کنفرانس‌های پاریس، درزن و وین	کنفرانس پاریس اولین کنفرانس سلامت
این دوره همزمان بود با دستاوردهای حیاتی و مهم رابرت کوخ و پاستور که در سطح جهانی شناخته شده هستند. صعود دیدگاه زیست پزشکی آغاز شده بود (Hancock, 1985).			شيوه ساخت شهرها و عملکرد آنها نه فقط در بحث سلامت، بلکه بر اجتماع و اقتصاد شهرها نیز تأثیر می‌گذارد (Woodward, 2000).			پزشکی یک علوم اجتماعی است و سیاست چیزی بیش از پزشکی در مقیاس بزرگ نیست (Ibid).					

الگوهای گسترش همه‌گیری تأثیر بگذارند و جمع‌بندی مطالعات انجام گرفته در (جدول ۲)، آورده شده است.

عوامل مؤثر بر تجربه زیسته ساکنان در دوره همه-گیری در سه‌دسته زیست‌مکان، روان و پزشکی به‌طور کلی، بدیهی است که عوامل متعددی می‌توانند بر

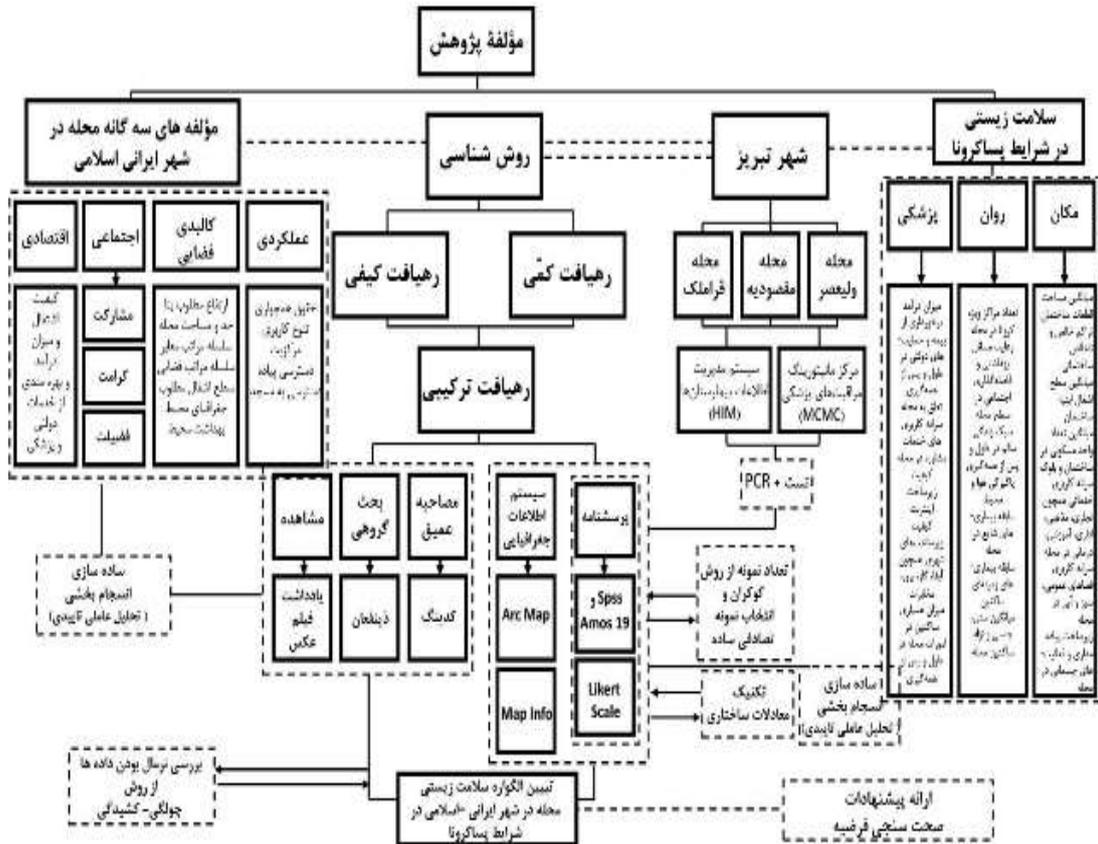
جدول ۲. مدل مفهومی پژوهش با اقتباس از Ketabollahi et al., 2024

منبع	سنججه	مؤلفه
(Bryan et al 2020; Wilkinson et al 2020)	میانگین مساحت قطعات ساختمان	زیست مکان
(DiMaggio 2020; Wilkinson et al 2020)	تراکم خالص و ناخالص ساختمانی	
(DiMaggio 2020; Wilkinson et al 2020; Cromer et al 2020; Emeruwa 2020)	میانگین سطح اشغال ابنیه ساختمان	
(Huang et al 2020)	ارتفاع ساختمان	
(Brito et al 2020; Franch-Pardo et al 2020; Lai et al 2020; Liu et al 2020; Mollalo et al 2019; Sangiorgio & Parisi 2020) (Huang et al 2020) (Franch-Pardo et al 2020; Jin et al 2020; Ren et al 2020, Sangiorgio & Parisi 2020)	سرانه کاربری خدماتی همچون تجاری، مذهبی، اداری، آموزشی، درمانی در محله	
(Bustamante et al 2022; Huang et al 2020; You et al 2020; Mossabir et al 2021; Wiles et al 2012, Brown and Mijic, 2019)	سرانه کاربری فضاهای عمومی، سبز و آبی در محله	
(Lai et al 2020; Mollalo et al 2019; Wilkinson et al 2020; Credit et al 2020; Huang et al 2020; Franch-Pardo et al 2020; Jin et al 2020; Ren et al 2020)	زیرساخت پیاده‌مداری و فعالیت‌های جسمانی در محله	
(Glover et al 2020; Lai et al 2020; Liu et al 2020; Wilkinson et al 2020)	تعلق به محله	
(Harris, 2020)	میزان درآمد	
(Suzuki et al, 2020; Tomasso et al, 2021; Young et al, 2022; Soga et al, 2021)	برخوردار از بیمه و حمایت‌های دولتی در طول و پس از همه-گیری	
(Glover et al 2020; Lai et al 2020; Liu et al 2020; Wilkinson et al 2020)	تعلق به محله	زیست روان
(Lai et al 2020; Mollalo et al 2019; Wilkinson et al 2020)	سرانه کاربری‌های خدمات مشاوره در محله	
(Bryan et al 2020)	کیفیت زیرساخت اینترنت	
(Birenbaum-Carmeli et al 2020; Bryan et al 2020; Credit 2020; DiMaggio 2020; Emeruwa 2020; Franch-Pardo et al 2020; Gu et al 2020; Huang et al 2020; Joseph 2020; Lai et al 2020; Liu et al 2020; Peng et al 2020; Ren et al 2020; Sharifi & Khavarian-Garmsir, 2020; Wilkinson et al 2020)	کیفیت زیرساخت‌های شهری همچون آبفا، گاز، برق، مخابرات	
(Glover et al 2020; Lai et al 2020; Liu et al 2020; Wilkinson et al 2020)	میزان همپاری ساکنین در امورات محله در طول و پس از همه‌گیری	
(Lai et al 2020; Mollalo et al 2019; Wilkinson et al 2020)	تعداد مراکز ویژه کرونا در محله	
(Public Health England, 2020)	رعایت مسائل بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی در سطح محله	
(Glover et al 2020; Lai et al 2020; Liu et al 2020; Wilkinson et al 2020)	سبک زندگی سالم در طول و پس از همه‌گیری	
(Bryan et al 2020; Franch-Pardo et al 2020; Mollalo et al 2019; Sharifi & Khavarian-Garmsir 2020, Sharifi & Khavarian-Garmsir 2020; Wilkinson et al 2020; Public Health England, 2020)	پاکیزگی هوا و محیط	
(O'Donnell et al, 2022)	سابقه بیماری‌های شایع در محله	
(Bryan et al 2020 ;National Conference of State Legislatures, 2021; Derks et al, 2020; Pouso et al., 2021; Dzhambov et al., 2021; Geng et al., 2021; Franch-Pardo et al 2020; Kim & Bostwick 2020; Wilkinson et al 2020))	سابقه بیماری‌های زمینهای ساکنین	زیست پزشکی
(Bryan et al 2020 ;National Conference of State Legislatures, 2021; Derks et al, 2020; Pouso et al., 2021; Dzhambov et al., 2021; Geng et al., 2021)	میانگین سنی، جنسی و نژاد ساکنین محله	

روش انجام پژوهش

نظری دو مفهوم بنیادین «محلّه ایرانی-اسلامی» و مفهوم نوظهور «همه‌گیری» تکوین یافته است. روش تحقیق پژوهش حاضر مضمون‌مبناست.

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی- توسعه‌ای است. ماهیت این پژوهش علمی با رجعت به دوره‌ی داده‌های زمینه‌ای از ظهور کرونا تا سال ۱۴۰۱ و مبتنی بر تناظر تجربیات عملی و ادبیات



شکل ۱. روش‌شناسی پژوهش

عملکردی و اقتصادی- اجتماعی، سه محلّه شهرک ولیعصر، مقصودیه و قراملک براساس رویکرد عمل‌گرایی، از رهیافت ترکیبی (کمی و کیفی)، استفاده شده است. در رهیافت ترکیبی، مجموعه‌ای از اطلاعات از طریق، پرسشنامه، سامانه اطلاعات جغرافیایی، مصاحبه و مشاهده جمع‌آوری گردیده و در نهایت با استفاده از روش تحلیل عاملی، و یکسان‌سازی داده، نسبت به بررسی وزن آماری هر محلّه اقدام می‌گردد. در نهایت این وضعیت با آمارهای رسمی مرکز مانیتورینگ مراقبت‌های پزشکی و سامانه مدیریت بیمارستان‌ها، با استناد به تست مثبت پی‌سی‌آر مورد سنجش قرار گرفته و زیست‌پذیری سالم در سه محلّه مذکور مورد تحلیل و قیاس تطبیقی قرار خواهد گرفت (شکل ۱).

ارزیابی محتوای مضمون‌مبنا ارزیابی مضمونی یک راهبرد و شیوه‌ی ساده‌سازی داده‌هاست که در آن داده‌های کیفی تقسیم‌بندی، طبقه‌بندی، خلاصه و بازسازی شده به شیوه‌ای که در آن مهم‌ترین داده‌های شاخص در جریان پژوهش ذخیره شوند. لذا مطالعات مرتبط با «محلّه» بر اساس دو مؤلفه کالبدی/فضایی، عملکردی و اجتماعی/ اقتصادی و همچنین مطالعات مرتبط با «همه‌گیری» با جست‌وجو در پایگاه داده‌های پاب‌مد، ساینس‌دایرکت، اشپرینگر، اسکوپوس و الزویر براساس دسته‌بندی محقق‌ساخته «زیست‌پزشکی، زیست‌روان و زیست‌مکان» از بررسی مقاله‌های معتبر مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش از یافته‌های پژوهش (ketabollahi et al, 2022)، استفاده شده است. در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن راهبرد کلان بررسی تاب‌آوری مؤلفه‌های کالبدی- فضایی،

۱. جهت کسب اطلاعات بیشتر در زمینه مؤلفه‌های سه‌گانه شهر ایرانی- اسلامی، ر.ک ketabollahi et al., 2022

محدوده مورد مطالعه

شهر تبریز مرکز استان آذربایجان شرقی با جمعیت ۱,۵۵۹,۰۰۰ نفر، (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵)، به عنوان سومین شهر پرجمعیت کشور، دارای ۷۷ محله عرفی است (طرح جامع نقش محیط). در طول ظهور همه‌گیری کرونا، کشور ایران تا اسفند ۱۴۰۱ با ثبت آمار مرگ و میر تعداد ۱۴۱۴۳۹ نفر ناشی از ابتلا به این بیماری در رده ۱۷ دنیا قرار دارد. در این میان شهر تبریز در رده مرگ و میر ناشی از کرونا در رده ۹ در کشور و با ثبت آمار ابتلا به بیماری و آمار بهبودی به ترتیب در رده ۶ و ۱۱ کشور جای دارد.

با توجه به اینکه تحقیق مشخصی در زمینه همه‌گیری شهر تبریز با تمرکز بر ساختار فضای-کالبدی، عملکردی و اجتماعی-اقتصادی محله‌های آن انجام نگرفته است، لذا محله‌های منتخب-قراملک، مقصودیه و شهرک ولیعصر که هرکدام از یک طیف بحرانی همه‌گیری و همچنین ساختار محله‌ای متفاوت می‌باشند- در شهر تبریز به عنوان نمونه موردی انتخاب می‌گردد. در این بخش موقعیت جغرافیایی و آمار هر سه محله در زمینه مواجهه با بیماری کرونا (جدول ۳)، قابل ملاحظه است.

جدول ۳. جمع‌بندی آماری جامعه و نمونه پژوهش

شهر	محله	منطقه - ناحیه	جمعیت منطقه		جمعیت محله منتخب؛ جامعه آماری برآورد شده در سال ۱۴۰۰ براساس ضریب رشد شهر تبریز	حجم نمونه - نفر	آمار درگذشتگان ناشی از کرونا
			براساس سرشماری ۱۳۹۵	شهر تبریز			
شهرک ولیعصر	شهرک ولیعصر	۲-۱	۲۱۸۶۴۷ نفر	۳۳	۱۰۸ هزار نفر	۶	۱۳۹۹
تبریز	مقصودیه	۳-۹	۲۹۳۸۴ نفر	۲۱	۱۱ هزار نفر	۳	۱۳۹۹
	قراملک	۱-۱۳	نامشخص	۲۴	۸ هزار نفر	۴	۱۳۹۹
میتلایان به کرونا در استان آ. ش		درگذشتگان در استان آ. ش	میتلایان به کرونا در شهر تبریز	درگذشتگان در شهر تبریز	تاریخ ۲۵ دی ۱۳۹۹	۷۷	۲۸۵۹
			۲۶۶	۸۱۳			

بررسی اقدامات انجام گرفته در شهر تبریز نشان می‌دهد که بیشترین آنها جهت کاهش میزان شیوع، در حوزه‌های مختلف با تمرکز بر زیست‌پزشکی و رعایت جنبه‌های فاصله-گذاری اجتماعی و ترویج دورکاری و فعالیتهای غیرحضوری و گاهاً زیست‌روان، با تمرکز بر رفع استرس و اختلالات شخصیتی ناشی از ماندن در خانه و زندگی در قرنطینه صورت گرفته است. این موارد نشان می‌دهد که مجموعه اقدامات عمدتاً در شهر تبریز بصورت هماهنگ در تمامی محله‌ها صورت پذیرفته است. لذا متغیر بی‌عدالتی در خدمات اضطراری و سیاست‌های اجباری دوره همه‌گیری از بررسی‌ها

حذف می‌گردد. همچنین اقدامات مؤثری در حوزه زیست‌مکان مشاهده نگردید. جمعیت مطالعه موردی این پژوهش شامل نمونه منتخبی از جامعه آماری است که با توجه به محدودیت‌های پژوهش از جمله پراکندگی جمعیت و گستردگی جغرافیایی مورد نظر و همچنین مدت زمان پژوهش در سال ۱۴۰۱ انتخاب شده است. لذا حجم نمونه در این پژوهش با استناد به فرمول کوکران با ضریب اطمینان ۵ درصد و براساس اطلاعات بلوک آماری سال ۱۳۹۵ مرکز آمار استان آذربایجان شرقی و با در نظر گرفتن ضریب رشد ۵ ساله، مورد استفاده قرار گرفته است (جدول ۳ و شکل‌های ۲ الی ۵).

شهرک ولیعصر محله مقصودیه محله قراملک موقعیت محله‌ها در شهر تبریز



شکل‌های ۲ الی ۵. موقعیت محله‌های منتخب پژوهش در شهر تبریز با اقتباس از طرح جامع

یافته‌های پژوهش

ارزیابی بعد زیست مکان

تقاضا در این دو، بیشتر از ظرفیت موجود پارکینگ خودرو است. در محله قراملک، پارکینگ رسمی موجود نمی‌باشد و به دلیل وجود فضاهای باز و همچنین عدم وجود ابنیه و جاذبه‌های مراجعت‌پذیر، فقدان پارکینگ این محله نقطه منفی برای آن محسوب نمی‌گردد. در مجموع با در نظر گرفتن ارزش یکسان موارد مندرج در جدول ۴، میانگین امتیازات بعد زیست مکان در هر سه محله، بشرح ذیل بدست آمد. علیرغم اینکه تصور می‌شد محله قراملک از وضعیت نامناسبتری از دو محله دیگر برخوردار باشد، با این وجود دارای امتیاز بیشتری از نظر سلامت‌زیستی ساکنین مبتنی بر شرایط همه‌گیری بوده و اکیداً نمی‌تواند بیانگر وضعیت کالبدی/ فضایی و عملکردی بهتری در شرایط عادی، از دو نمونه دیگر باشد. به زعم نگارنده، از دلایل آن می‌توان به این نکته اشاره کرد که محله قراملک به دور از مرکز فعلیتی و موقعیت جغرافیایی شهر تبریز است. این محله با جمعیت ساکن و دارا بودن حد نسبتاً مناسبی از مراکز خدماتی، تجاری، آموزشی و درمانی و غیره، ضمن دریافت خدمات مورد نیاز از آنها، به دلیل عدم جذابیت محله برای غیرساکنین، می‌توان گفت محله‌ای با ماهیت صرفاً مسکونی، ایزوله و بسته است و به همین دلیل وضعیت بهتری را در امتیازبندی سلامت‌زیستی مکانی به خود کسب کرده است (جدول ۴).

شهرک ولیعصر نسبت به دو محله دیگر دارای تراکم بیشتری می‌باشد. این عامل براساس تحقیقات بسیاری، تأثیر مستقیمی در شیوع همه‌گیری کرونا ایفا می‌نماید. از دیگر سوی نسبت معابر موجود در شهرک ولیعصر نسبت به دو محله دیگر، با سهم ۱۶٪ از مساحت محله، از میانگین کمتری نسبت به تراکم جمعیتی برخوردار می‌باشد. باید توجه داشت که به دلیل بافت آپارتمانی و برج‌گونه شهرک ولیعصر، مساحت فضای باز موجود قطعات ساختمانی، شاید تا حدودی جبران‌کننده کمبود سطح معابر برای ساکنین باشد. آمار دقیقی از مراجعت‌پذیری خودروهای سواره به درون بافت محله‌ها موجود نیست که براساس آن تناسب بین ظرفیت پارکینگ‌ها و میزان تقاضا برای آن محاسبه گردد، اما در مجموع شواهد میدانی نشان می‌دهد که میزان پارکینگ‌های موجود در بخش تجاری شهرک ولیعصر که ماهیت تجاری و گردشگری در مقیاس شهر تبریز دارد و همچنین در بافت محله مقصودیه، که دارای جاذبه‌های دیدنی بسیار چون ارگ علیشاه، ساختمان شهرداری، کلیسا و موزه‌های متعدد است و در هجواری پیاده-راه پرازدحام تربیت و بازار تاریخی شهر تبریز قرار گرفته و از طرفی محل قرارگیری ساختمان‌های دولتی و آموزشی و بسیاری است، می‌تواند تعداد و ظرفیت بیشتری داشته باشد و

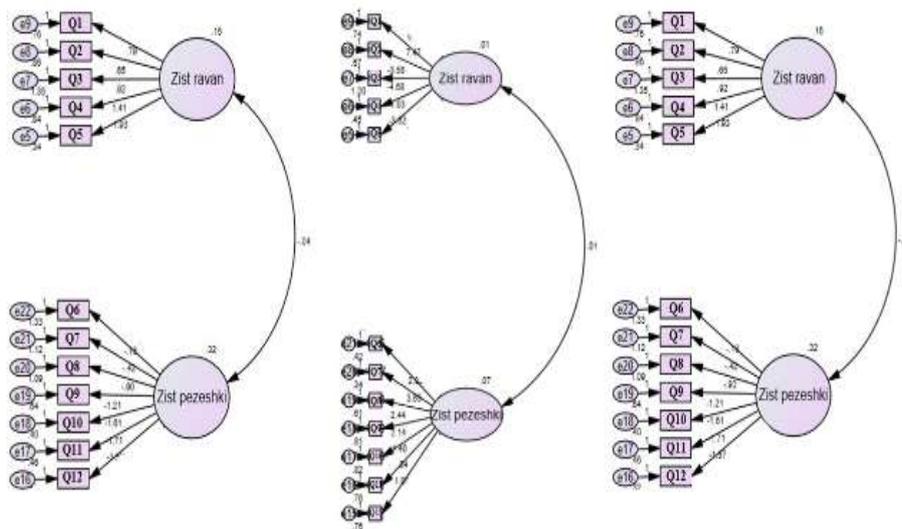
جدول ۴. جدول اشتراکات و میانگین امتیازات بعد زیست‌مکان محله‌های منتخب شهر تبریز

قراملک	ش ولیعصر	مقصودیه	Extraction	Initial
۰/۷۳۱	۰/۷۹۷	۰/۶۸۰	۰/۷۳۶	۱/۰۰۰
۰/۵۸۰	۰/۸۶۴	۰/۴۵۸	۰/۶۳۴	۱/۰۰۰
۰/۷۱۷	۰/۷۵۳	۰/۵۷۰	۰/۶۸۰	۱/۰۰۰
۰/۳۶۶	۰/۸۶۶	۰/۳۲۸	۰/۵۲۰	۱/۰۰۰
۰/۷۳۶	۰/۷۶۲	۰/۸۸۴	۰/۷۹۴	۱/۰۰۰
۰/۲۴۹	۰/۷۷۰	۰/۳۲۵	۰/۴۴۸	۱/۰۰۰
۰/۵۲۰	۰/۲۴۷	۰/۴۶۰	۰/۴۰۹	۱/۰۰۰
۰/۷۲۰	۰/۷۲۰	۰/۷۲۰	۰/۷۲۰	۱/۰۰۰
۰/۶۳۱	۰/۷۰۰	۰/۷۵۴	۰/۶۹۵	۱/۰۰۰
بُعد موثر بر همه‌گیری زیست مکان	محله قراملک	محله مقصودیه	شهرک ولیعصر	
۰/۲۷	۰/۲۲	۰/۱۱		

شد و همچنین جدول مربوط به رگرسیون ایجاد شده توسط نرم‌افزار آموس نیز در ادامه پیوست شده است (شکل ۶).

ارزیابی ابعاد زیست‌روان و زیست‌پزشکی

پس از انجام تحلیل عاملی تاییدی مدل معادلات ساختاری مربوط به هر سه محله با استفاده از نرم‌افزار آموس استخراج



محلہ قرامک

محلہ مقصودیه

محلہ شهرک ولیعصر

شکل ۶. مدل معادلات ساختاری بعد زیست روان و زیست پزشکی در هر سه محلہ

جدول ۵. آمار عددی مدل معادلات ساختاری ابعاد زیستی

Label	P	C.R.	S.E.	تخمین
QZR <---				زیست روان
Q5 <---	۰۰۷.	۲/۷۱۱	۱۵۶.	زیست روان
Q4 <---	***	۴/۰۶۱	۱۹۹.	زیست روان
Q3 <---	***	۴/۶۸۱	۲۰۴.	زیست روان
Q2 <---	***	۴/۲۳۵	۱۸۰.	زیست روان
Q1 <---	***	۴/۰۱۰	۱۵۵.	زیست روان
QZP <---				زیست پزشکی
Q6 <---	***	-۱۳/۱۶۵	۱۱۹.	زیست پزشکی
Q7 <---	***	-۱۲/۹۱۲	۱۳۲.	زیست پزشکی
Q8 <---	***	-۱۲/۹۳۴	۱۲۵.	زیست پزشکی
Q9 <---	***	-۱۰/۸۵۶	۱۱۲.	زیست پزشکی
Q10 <---	***	-۷/۷۳۲	۱۱۷.	زیست پزشکی
Q11 <---	***	-۴/۰۳۳	۱۰۵.	زیست پزشکی
Q12 <---	۲۴۰.	-۱/۱۷۵	۱۱۱.	زیست پزشکی

رسمی فوتی‌های ناشی از کرونا در سه محلہ، در جدول فوق آمده است (جدول ۵).

در پژوهش حاضر، الگوواره مفهومی ارزشمندی به دست آمد که زیربنای سنجش و ارزیابی سلامت‌زیستی محلہ‌های منتخب در شهر تبریز شد. هرچند که گستردگی مؤلفه‌ها، ابعاد، شاخص‌ها و سنجہ‌ها، با تکیه بر مقیاس محلہ‌ای، این پژوهش را از پژوهش‌های انجام‌گرفته پیشین متمایز و خاص می‌نماید، با اینحال بررسی طبقه‌بندی‌شده نتایج

جدول رگرسیون فوق تاثیر یا میزان تبیین یک متغیر بر اساس متغیرهای دیگر را بررسی می‌کند. مقادیر پی در جدول فوق نشان می‌دهد که درون عوامل همبستگی بالایی وجود دارد. همچنین مقادیر ضریب کواریانس نیز برای همه مؤلفه‌ها بالاتر از مقدار ۱/۹۶ است و این بدان معنی است که روابط بین متغیرها بر حسب کواریانس پذیرفته است و نشان از روایی بالایی پرسشنامه دارد. همچنین نرمال‌سازی داده‌ها در هر سه بُعد زیست‌مکان، روان و پزشکی در ارتباط با آمار

تعریف شده و نمونه مشابه دیگری ندارد، لذا در این بخش، شاخص‌های زیستی تأثیرگذار بر همه‌گیری هستند که مورد قیاس قرار می‌گیرد (شکل‌های ۷ الی ۹).

بدست‌آمده با سایر پژوهش‌ها، در ارتباط با سلامت‌زیستی محله در شرایط همه‌گیری کرونا، می‌تواند ارزشمند باشد. باتوجه به اینکه دسته‌بندی ابعاد زیستی در این پژوهش، خلأقانه و براساس زیست‌مکان، زیست‌روان و زیست‌پزشکی



شکل ۷. جمع‌بندی قیاس نتایج بعد زیست‌روان با سایر پژوهش‌ها



شکل ۸. جمع‌بندی قیاس نتایج بعد زیست‌پزشکی با سایر پژوهش‌ها



شکل ۹. جمع‌بندی قیاس نتایج بعد زیست‌مکان در پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها

که این آمار تا خرداد ۱۴۰۱ به ۳۳، ۲۱ و ۲۴ نفر افزایش یافته‌است. باتوجه به ناشناخته‌بودن بیماری در بدو ظهور و سیاست‌های کلی کشور در نادیده‌انگاری بیماری و تأخیر در اعلام عمومی ورود آن به کشور و تأخیر در برقراری قرنطینه فراگیر، لذا آمارهای اولیه تعداد مرگ و میر ناشی از بیماری جای تعقل و تأمل دارد و شاید ملاک و معیار مناسبی جهت انجام پژوهش علمی نباشد. بر این اساس آمار رسمی خرداد ۱۳۹۹، مورد استفاده و استناد قرار نمی‌گیرد. از دیگر سوی، محرمانه‌بودن اطلاعات و عدم همکاری سازمان‌های ذی-مدخل در ارائه آمارهای رسمی و تفصیلی براساس محله و مناطق، یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود که خوشبختانه با مکاتبات انجام گرفته این مهم محقق گردید و از بدعت‌های این پژوهش بشمار می‌آید.

آنچه در مصاحبه با کادر درمان مراکز و بیمارستان‌های هدف مقابله با بیماری کرونا در سه محله مشارالیه و حوزه بلافصل آن استدلال گردید، وجود درصد قابل قبولی از خطا در آمارهای اعلام شده است. به این دلیل که بسیاری از افراد از مراجعه به مراکز درمانی امتناع می‌نمودند و یا از ارائه آدرس ثبتی دقیق خود به این دلیل که ممکن است از دیدگاه جامعه طرد شده و یا مغضوب حمایت خانواده قرار گیرند، اجتناب می‌نمودند. براین اساس با در نظر گرفتن درصد خطا در آمارهای رسمی، نهایتاً آمار مربوط به خرداد ۱۴۰۱ اخذ گردید و ملاک عمل در این پژوهش قرار گرفت.



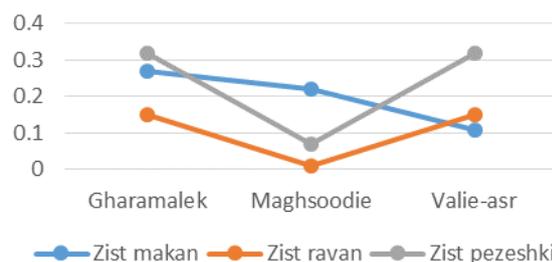
شکل ۱۲. قیاس تطبیقی سلامت زیستی و آمار مرگ و میر سه محله تبریز

برای سلامت زیستی پایین در مواجهه با همه‌گیری باشد، با این وجود آمارها حاکی از نتایج متفاوتی هستند. یافته‌ها سلامت زیستی این محله را در قیاس با دو محله دیگر، در وضعیت بهتری نشان می‌دهند. براین اساس این محله از نظر سلامت روانی بالاترین و به لحاظ سلامت مکانی وضعیت بهتر

ای است که همگن‌بودن و یکدستی ساکنین، جای خودش را به یک- به اصطلاح- فخرفروشی می‌دهد.

در دوره همه‌گیری، اقلامی همچون ماسک، الکل، ضدعفونی کننده و دیگر اقلام بهداشتی، کمیاب بود. در برخی محله‌های فروپاشیده، زدن ماسک فیلتردار، عاملی برای پُزدادن و فخرفروشی شده بود.

در حالیکه این ویژگی‌ها از الگوی محله ایرانی- اسلامی به دور است. نتایج داده‌های نرمال‌سازی شده کیفی و کمی سه مؤلفه سلامت زیستی، نشان داد که معیارهای سلامت‌زیستی مکانی در محله قراملک ۰/۲۷، سلامت روانی و پزشکی ساکنین در این محله به ترتیب ۰/۱۵ و ۰/۳۲ می‌باشد. با توجه به عدم ارزش‌گذاری مؤلفه‌ها، (ارزش برابر)، میانگین هندسی سلامت زیستی در محله قراملک ۰/۰۶۴ محاسبه شده است. در محله مقصودیه، معیار سلامت‌زیستی مکانی در این محله ۰/۲۲، سلامت روانی و پزشکی ساکنین به ترتیب ۰/۰۱ و ۰/۰۷ و میانگین هندسی سلامت‌زیستی ۰/۰۵۵ محاسبه شده است. در محله شهرک ولیعصر، معیار سلامت‌زیستی مکانی ۰/۱۱، سلامت روانی و پزشکی ساکنین به ترتیب ۰/۱۵ و ۰/۳۲ و میانگین هندسی سلامت زیستی ۰/۰۴۱ می‌باشد. حال به تفسیر آماری از یافته‌های پژوهش که قابل تأمل است، می-پردازم. آمارهای رسمی مأخوذه از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۴۰۲، نشان می‌دهد که تا فروردین ۱۳۹۹، آمار فوتی‌های ناشی از بیماری کرونا در سه محله قراملک، مقصودیه و ولیعصر به ترتیب ۶، ۳ و ۴ نفر می‌باشد

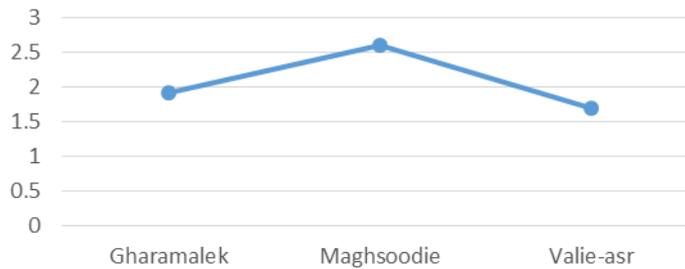


شکل ۱۱. داده‌های نرمال شده سه مؤلفه سلامت زیستی در سه محله تبریز

از شکل ۱۱، چندین مورد قابلیت استنتاج داد. نخست، محله قراملک علیرغم اینکه پیش از آزمون پژوهش، تصور می‌شد که نسبت به دو محله دیگر از نظم انتزاعی و شاکله ساختاری کالبدی پایین‌تر و سطح اقتصادی و همزیستی اجتماعی کمتری نسبت به دو محله دیگر برخوردار است و بالتبع می‌تواند دلیلی

تراز کمتری برخوردار بوده است. با این حال نسبت میانگین هندسی سلامت زیستی به میزان نفرات مرگ و میر در شکل ۱۳، نشان داده شده است.

از مقصودیه و برابر با محله ولیعصر را دارد. براساس شکل ۱۲، محله مقصودیه دارای پایین‌ترین آمار مرگ و میزان سلامت زیستی براساس ابعاد زیست مکان، روان و پزشکی می‌باشد. این محله با سلامت زیستی ۰/۰۲۱ نسبت به دو محله دیگر از



شکل ۱۳. نسبت میانگین هندسی سلامت زیستی به میزان نفرات مرگ و میر در سه محله شهر تبریز

نمی‌توان این مهم را کتمان کرد که اقدامات عاجل و وضع توأمان سیاست‌های بازدارنده، حمایتی و تشویقی در سطح ملی و شهری، تأثیر بسزایی بر حفظ زیست سالم ساکنین محله داشته است،- یا حداقل مانع از تسریع روند همه‌گیری شده است، واضح است که اقدامات مؤثری از طرف سازمان‌های ذی‌مدخل دولتی و غیر دولتی با هدف کاهش تأثیرگذاری بیماری کرونا، در شهر تبریز به انجام رسیده است. می‌توان اذعان داشت که هدف اقدامات، یاری رساندن به تمامی محله‌ها، با تمرکز بر بیشتر بر محله‌های کمتر برخوردار، بود. بر این اساس باید در نظر گرفت که با ظهور بیماری، قطعاً رویه اصلی، انجام اقدامات و کمک‌های خیلی فوری درمانی، دارویی، بهداشتی و روانکاو بود که اهمیت و ضرورتی دوجندانی یافت. بالتبع تصمیم‌گیری و اجرای پروژه‌ها و برنامه‌های بنیادین در بُعد عمرانی، محیطی و مکانی در بحوه روند رو به صعود بیماری طبیعی بود که در اولویت‌های بعدی قرار گیرد و اکنون،- یعنی گذر از مرحله سوم و شکل‌گیری نرمال جدید،- زمان مناسبی است که با کسب تجربه از گذشته، بازاندیشی در ساختار محله‌ها انجام گیرد. البته از این نکته نباید چشم‌پوشید که برخی اقدامات مکانی خصوصاً در زمینه انعطاف‌پذیری کاربری‌ها، تغییر عملکرد موقت فضاهای شهری به پیاده‌مداری، تطابق بخشی حمل و نقل عمومی و غیره، به عنوان مکمل ابعاد پزشکی و روانی در تعدیل بیماری، تأثیرگذار بود. بایستی به این نکته نیز توجه داشت که اقدامات زیرساختی، می‌بایست در دو برهه پیشگیرانه و درمانگر، محقق شود. منظور از برهه پیشگیرانه، مجموعه اقداماتی است که تا پیش از ظهور همه-گیری بعدی براساس تجربیات قبلی اعمال می‌گردد تا در ابعاد

این شکل، نشان می‌دهد که محله مقصودیه در نهایت نسبت به دو محله دیگر در زمان همه‌گیری بیماری کرونا، بهتر عمل کرده است. این محله دارای بیشترین میانگین هندسی مرتبط با سلامت زیستی به میزان نفرات مرگ و میر بوده و براین اساس می‌توان این محله را در مجموع محله تاب‌آورتر در برابر همه‌گیری قلمداد نمود. حال این سوال مطرح می‌گردد که چه عواملی در این امر بیشترین تأثیر را داشتند؟ ذکر این نکته ضروری است که ظهور همه‌گیری، به خودی خود موجبات شکل‌گیری همبستگی و انسجام اجتماعی در بین ساکنین محله‌ها با سوابق سکونت کمتر یا زیادتر را سبب شده است. در دوران قرنطینه و نیازمندی هم‌محله‌ای‌ها به کمک‌های معنوی و گاهاً مالی، علی‌الخصوص کمک‌های بهداشتی، غذایی، حفاظتی و غیره. همچنین باید در نظر داشت تراکم ساختمانی در محله مقصودیه، تراکم ۱۰۰ نفر در هکتار بوده و نسبت به دو محله دیگر در پائین‌ترین میزان قرار دارد. از طرفی موقعیت این محله در مرکز شهر و دسترسی به بازار و انواع کاربری‌های خدماتی مورد نیاز از دیگر مواردی است که تعاملات عمومی ساکنین را در دوران همه‌گیری با کمترین میزان فاصله و زمان، محقق نمود. قرارگیری در مرکز شهر، کمترین میزان نیاز به دسترسی حمل و نقل عمومی را رقم زده است. علی‌رغم، گستردگی شاخص‌ها و سنجه‌های مؤثر بر همه-گیری بیماری، نسبت دادن قطعی دلیل گسترش بیماری و آمار مرگ و میر به یک یا چند مؤلفه، امکان‌پذیر نیست. اما در نظر گرفتن راهکارهای منطقی، همزمان و یکپارچه در زمینه ابعاد مکانی، روانی و درمانی، می‌تواند به عنوان متضمن سلامت زیستی ساکنین یک جامعه محلی قلمداد شود. از طرفی

مورد در محله فراملک، به دلیل تعدد مالکیت شخصی و خانه-های ویلایی، می‌تواند پاسخدهی بیشتری داشته باشد. - تلفیق بخشی از نما و آستانه‌های ساختمان به پوشش گیاهی و فضای سبز جهت تلطیف هوا و عجین شدن فضای مسکونی و طبیعی^۵

- پیوستگی پیاده‌رو در تمامی معابر مقابل ساختمان‌ها جهت پیاده‌روی و تسهیل عبور و مرور پیاده و تعبیه رمپ‌هایی به جهت خلق ارتباط با سطح خیابان جهت تردد سهل‌تر افراد استفاده‌کننده از وسایلی همچون دوچرخه، اسکوتر، اسکیت، اسکیت‌برد و غیره.

- تلفیق و آرایش حیاط و لابی با پوشش گیاهی جهت فضایی برای سپری کردن ساعاتی از شبانه روز.

- کاهش سطح اشغال ساختمان و افزایش فضای باز جهت افزایش امکان دید به آسمان، کاهش دید به همسایگان، نورگیری بهتر فضای منزل و امکان استفاده بهتر و بیشتر از فضاهای خصوصی و نیمه خصوصی به جهت افزایش فاصله

- کنترل و تعدیل تراکم ساختمانی سبب کاهش تعدیل تجمع افراد در فضاهای مشاع ساختمانی، کاهش تمرکزپذیری ورود و خروج به ساختمان و غیره و نتیجتاً کاهش تماس‌های فیزیکی و اجتماعی افراد.

- کنترل و تعدیل ارتفاع ساختمان‌ها براساس دسترسی ساختمان‌های مجاور به نور و هوای مطلوب.

- بهره‌مندی از فرم‌های متنوع طراحی بلوک، همچون بلوک درونگرایی حیاط بلوکی.

- استفاده بیشتر از بلوک‌های ساختمانی کوچک مقیاس^۶.

- جهت‌گیری بلوک‌ها در مسیر نور آفتاب و بهره‌مندی هرچه بهتر از آب و هوای مطلوب.

مختلف،- و خصوصاً زیست مکان،- به بالاترین کیفیات دست یافته و از طرفی موجبات اعتلای بعد زیست روان و امکانات بهتر خدمات‌رسانی در بعد زیست پزشکی باشد.

راهکارها

شایان ذکر است توصیه‌ها در ارتباط با همه‌گیری می‌توانند در چهار سطح ساختمان، محله، شهر و منطقه ارائه گردد، با توجه به مقیاس کلان‌تر منطقه و شهر، توصیه‌ها در این دو مورد مرتبط با سطوح مدیریتی و نظام حاکم بر کشور است.

بر این اساس، توصیه‌های ذیل در مقیاس ساختمان و محله و با تمرکز بر تخصص رشته شهرسازی می‌باشد^۱.

- سرمایه‌گذاری بر امر بازآفرینی محله‌ها و بافت‌های تاریخی بعنوان پهنه‌های با زمینه‌های سالم‌تر در شهرها^۲

- افزایش انعطاف‌پذیری آستانه‌های ساختمان همچون تراس، بالکن و ایوان^۳ به عنوان فضای نیمه‌عمومی نیمه‌خصوصی و نه فضایی برای انباری و استفاده‌های نامناسب.

- افزایش توجه به فضاهای مشاع همچون لابی، حیاط و پشت‌بام سبز^۴ به عنوان فضایی اجتماع‌پذیر و خودمانی؛ این

۱. مجموعه توصیه‌هایی که خارج از حرفه شهرسازی باشد، خصوصاً در بعد زیست‌روان و زیست پزشکی، به جهت اینکه مخاطب اصلی این رساله، دانشجویان، اساتید و فارغ‌التحصیلان مرتبط با حوزه شهر و شهرسازی می‌باشند، خودداری می‌گردد.

۲. با توجه به اینکه محله تاریخی مقصودیه، سلامت زیستی متوسطی در شرایط کرونا داشته و بالاترین تاب‌آوری را نسبت به میزان مرگ و میر ناشی از کرونا به ثبت رسانده است، این سوال مطرح می‌گردد، که الزاماً «یا تمامی محله‌ها و بافت‌های تاریخی دارای بیشترین تاب‌آوری در برابر شیوع بیماری‌های عفونی و همه‌گیری‌ها می‌باشند؟». این سوالی است که به استناد نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند مورد تحقیق و کنکاش قرار گیرد.

۳. براساس میحت ۴ مقررات ملی ساختمان، ضوابط طراحی به شرح ذیل است:

۱- در طراحی نقشه شهرداری احداث پیش‌آمدگی و بالکن در گذرهای کمتر از ۱۲ متر مقذور نمی‌باشد.

۲- احداث پیش‌آمدگی در خیابان‌های ۱۲ متر تا ۲۰ متر به عمق ۸۰ سانتی‌متر و برای خیابان ۲۰ متر به بالا به عرض ۱۲۰ سانتی‌متر مجاز می‌باشد.

۳- در طراحی نقشه شهرداری ارتفاع پیش‌آمدگی نسبت به کف پیاده‌رو، نباید از ۳۵ متر کمتر باشد و سطح آن مطابق ضوابط مربوطه جزء تراکم محسوب خواهد شد.

همانطور که بیشتر توضیح داده شد و قطعاً تجربه عینی همه ما در مراحل اول تا سوم شیوع ویروس کرونا، نشان می‌دهد، توجه مجدد به تراس و بالکن باید بیش از پیش در اولویت قرار گیرد، و این میزان می‌تواند دستخوش تغییر و افزایش گردد.

۴. از جمله طرح‌های تشویقی شهرداری تهران برای اجرای روف گاردن: اخذ عوارض کمتر، افزایش تراکم ساخت و مشوق‌های مالیاتی است. همچنین ضوابط و قوانین شهرداری تهران در جهت اجرای بام سبز به شرح ذیل می‌باشد:

- به ازای هر مترمربع فضای سبز گسترده روف گاردن، یک مترمربع به وسعت مجاز افزوده خواهد شد. - به ازای هر مترمربع فضای سبز نیمه متراکم، به وسعت مجاز دو متر مربع اضافه خواهد شد. - به ازای هر متر مربع فضای سبز متراکم، سه متر مربع به وسعت مجاز اضافه خواهد شد.

باید توجه داشت که اگر در مورد بام سبز و فواید آن برای شهروندان اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی نشود، با داشتن ضوابط و قوانین استاندارد، باز هم موفق نخواهیم بود. این مورد همچنین باید با در نظر گرفتن مؤلفه‌های اجتماعی-اقتصادی و قواعد فقهی همسو باشد که مسائلی همچون محرمیت و سایه‌اندازی در زیست سکونت‌ی ساکنین، نادیده انگاشته نشود. در همین راستا در ماده ۸۴ ضوابط- الزامات- دستورالعمل طراحی، کنترل و اجرای نماهای شهری شهرداری تبریز آمده است که:

«جهت رفع اشرافیت و سایه‌اندازی، رعایت حداقل فاصله یک و نیم متری از لبه‌های بام در اجرای بام سبز الزامی است. مالک می‌تواند بعد از رعایت این فاصله نسبت به اجرای حفاظ تا ارتفاع ۱۸۰ متر که ۱۲۰ متر با مصالح بنایی و بقیه نرده مشبک همراه با پوشش شیشه‌ای نشکن و مات و با رعایت تمهیدات لازم خواهد بود، اقدام نماید».

۵. در همین راستا در ماده ۸۴ ضوابط- الزامات- دستورالعمل طراحی، کنترل و اجرای نماهای شهری شهرداری تبریز آمده است که:

«جهت ارتقای کیفیت بصری و ملاحظات زیست محیطی، استفاده از جداره‌های سبز در نمای ساختمان توصیه می‌شود».

۶. وقتی صحبت از کوچک در نظر گرفتن بلوک‌ها می‌شود، منظور نگارنده، بلوک‌هایی است که پاسخده باشد. یا این حال نظر شما را به خبر تأمل‌برانگیزی که در تاریخ ۶ مرداد ۱۴۰۲، مبنی بر سیاست دولت بر ساخت ملی قوطی کبریت، به جای مسکن مناسب منتشر شد، جلب می‌نماید.

«رئیس بخش مسکن وزارت راه و شهرسازی در حالی نسخه خانه ۲۵ متری برای زندگی حداقلی کافی دانسته و یکی از پاسخ‌های دولت به تأمین مسکن می‌داند که سرپرست دفتر اقتصاد مسکن میانگین مساحت واحدهای نهفت ملی مسکن به عنوان پکیج دولت برای پاسخگویی به نیاز مسکن مردم را ۸۰ متر مربع اعلام کرده است».

- جانمایی و استقرار بلوک‌ها براساس ساختار پلکانی در استفاده حداکثری از آسمان آبی خصوصاً در محله شهرک ولیعصر.

- تعدیل مساحت و تحدید ابعاد محله براساس پیاده‌روی ۱۵ دقیقه‌ای ساکنین^۱. این مورد می‌تواند در بازتعریف مرکز محله در شهرک ولیعصر و محله مقصودیه اثرگذار باشد.

- ساماندهی منسجم مرکز محله با امکان ارائه خدمات مقیاس محله روزانه- هفتگی.

- ساماندهی منسجم مراکز نواحی در مرز محله‌ها با امکان ارائه خدمات مقیاس هفتگی- ماهانه^۲.

- تنوع دسترسی به حمل و نقل عمومی همچون اسکوتر و دوچرخه برقی، اتوبوس شهری، مترو، تراموا و تاکسی.

- جانمایی کاربری‌ها براساس ماتریس تحلیلی سازگاری، مطلوبیت، ظرفیت و وابستگی و تلاش در جهت تعدیل تمرکز فضای تجاری در محله شهرک ولیعصر.

- اختصاص حداقل ۴۳/۷۶ درصد مساحت محله به فضای باز عمومی و تجهیزات و تأسیسات شهری^۳. خصوصاً در محله قراملک که قریب به ۱۸/۵ درصد آن را فضاهای عمومی به خود اختصاص می‌دهد و استفاده از فضای محدوده غربی در جهت افزایش سرانه خدماتی و معابر.

- استفاده از فضاهای باز واقع در ساختمان‌های دولتی و نیمه-دولتی در خدمت روابط اجتماعی ساکنین محله همچون حیاط مدارس، ادارات دولتی، هنرستان‌ها و غیره^۴.

- افزایش استفاده از فضاهای آبی در ادغام با فضاهای سبز در مراکز محله و پارک‌های مقیاس محله.

- بازاندیشی در عرض و پیوستگی پیاده‌رو در تمامی سطح محله^۵ خصوصاً در محله مقصودیه با احترام به ارزش‌ها و فرهنگ کهن تاریخی این محله.

- افزایش انعطاف‌پذیری برخی از معابر در جهت ممانعت از ورود خودرو و اختصاص آن به پیاده‌مداری در شرایط خاص همچون همه‌گیری و از طرفی تعبیه معابر جایگزین سواره جهت جلوگیری از سردرگمی رانندگان و ترافیک.

- افزایش انعطاف‌پذیری کاربری‌های خدماتی عمومی در شرایط بحران همه‌گیری، همچون ساختمان‌های آموزشی، اداری، مذهبی، درمانی، حمل و نقل و انبارداری، فرهنگی و غیره.

- تعبیه اینترنت^۶ مناسب در مراکز و پارک‌های محله جهت استفاده عموم^۷ و همچنین زیرساخت مناسب اینترنت خانگی به جهت انجام امورات دورکاری و غیره.

سپاسگزاری

بدین وسیله از اعضای محترم خانواده، به خصوص همسر گرانقدرم که در انجام پژوهش حاضر همواره حامی و مشوق بنده بودند، کمال سپاس و قدردانی را دارم. همچنین از ریاست ارجمند دانشکده هنر و معماری دانشگاه بوعلی سینا و استادان محترم همکار در گروه طراحی صنعتی، به پاس حمایت‌های معنوی از زمان آغاز همکاری در این گروه، کمال تشکر و امتنان را دارم.

۱. ک نظریات مطرح‌شده تحت عنوان شهرهای ۱۵-۲۰ دقیقه‌ای می‌تواند کمک‌کننده باشد. در همین راستا مقاله کسری کتاب‌اللهی با عنوان «شهر و همه‌گیری کرونا: بررسی پیامدهای اجتماعی و فضایی اقدامات شهری مرتبط با سلامت»، در نشریه مطالعات بین‌رشته‌ای در تعالی معماری و شهرسازی، می‌تواند کمک‌کننده باشد.

۲. جهت کسب اطلاعات بیشتر از روندها و رویکردهای مختلف به مراکز شهری و محله‌ای ر.ک فصل پنجم کتاب «بازآفرینی شهری: رویکردها و تجربه‌ها»، با عنوان «بازآفرینی و بازتولید منسجم فضاها در مراکز شهری»، نوشته هادی پندار و کسری کتاب‌اللهی انتشارات قطب علمی بازآفرینی و بهسازی شهری ایران

۳. انتظار می‌رود استانداردهای تبصره ۳ ماده ۱۰۱ قانون اصلاحی شهرداری‌ها، در این محله-ها اعمال گردد.

۴. مرور یک خاطره در این رابطه می‌تواند برای خواننده ارزشمند باشد. نگارنده سعادت میزبانی سرکار مهندس مهسا حسینی را در جلسه‌ای با عنوان «الزامات طراحی مجموعه‌های آموزشی و مدارس؛ با مروری بر انگاره طراحی مدرسه جدگال چابهار استان سیستان و بلوچستان به عنوان طرح برگزیده گروه عمومی جایزه معمار ۱۴۰۰»، در دانشگاه کردستان، در آبان ماه سال ۱۴۰۰، داشت. در این جلسه، تجربیات مهمان، از شکل‌گیری انگاره تا افتتاح مدرسه و چگونگی استقبال دانش‌آموزان از این مدرسه نوساخته، ارائه شد. بخش‌هایی از سخنان ایشان عیناً نقل می‌گردد: «... بعد از اینکه مدرسه افتتاح شد، با توجه به فرم دایره‌ای مدرسه و قرارگیری حیاط در مرکز، شور و شوق زیادی در زنگ‌های تفریح توسط دانش‌آموزان، در این حیاط دیده می‌شد. با توجه به اینکه در روستای جدگال، فضای جمعی وجود نداشت، بعد از مدتی این حیاط به محل دوره‌های خودجوش ساکنین روستا در ساعات غیرآموزشی تبدیل شد...».

۵. براساس مبحث ۴ مقررات ملی ساختمان، ضوابط طراحی به شرح ذیل است که لازم است با توجه به تراکم جمعیتی هر محله، با ابعاد و استانداردهای مناسبی جایگزین گردد «عرض مفید پیاده‌رو و راه پیاده در مناطق مسکونی پرتراکم نباید از ۱٫۵ متر و در مناطق مسکونی کم تراکم و یا با تراکم متوسط از ۱٫۲۵ متر کمتر باشد. در مناطق تجاری، این عرض نباید از ۲ متر کمتر باشد.».

۶. جدیدترین گزارش اسپید تست نشان می‌دهد میانه سرعت اینترنت موبایل و ثابت جهان در یازدهمین ماه ۲۰۲۳ میلادی (نوامبر) به ترتیب ۴۸٫۶۱ و ۹۰٫۲۱ مگابیت برثانه بوده است. همچنین این گزارش حاکی از آن است که در نوامبر ۲۰۲۳ میلادی میانه سرعت اینترنت موبایل ایران ۳۱٫۸۲ و میانه سرعت اینترنت ثابت ۱۲٫۷۶ مگابیت برثانه بوده است. در این ماه هرچند جایگاه ایران در رده بندی کشورهایی با بیشترین میانه سرعت اینترنت موبایل نسبت به ماه قبل تغییری نکرده و همچنان رده ۷۵ است، اما در رده بندی میانه سرعت اینترنت ثابت، ایران یک پله سقوط کرده و در رده ۱۵۴ قرار دارد. به مجموعه این موارد، فیلترینگ و وسایط‌ها و شبکه‌های اجتماعی و قطعی‌های گاه و بی‌گاه در بزنگاه‌های سیاسی و غیره را باید اضافه کرد. اینترنت که امروزه به عنوان یکی از زیرساخت‌های اصلی توسعه در کنار آب، برق، گاز، مخابرات و فاضلاب، شناخته می‌شود در دوره همه‌گیری نقش و اهمیت دو چندان می‌یابد و این مهم باید مورد بازاندیشی قرار گیرد.

۷. تجربه بازدیدهای میدانی بنده از شهرهای اروپایی مؤید همین مطلب است. در شهر میلان، تابلوهایی در سطح محله‌ها نصب بود که مُرف وای‌فای عمومی رایگان است. این امکان برخورداری از اینترنت رایگان محدود- به گمانم ده دقیقه- علاوه بر شهروندان ایتالیایی، برای افراد دارای کُد پرمسو (اقامت موقت)، در ایتالیا نیز در نظر گرفته شده است.

References

- Birenbaum-Carmeli, D., Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2021). Transgender men's fertility preservation: Experiences, social support, and the quest for genetic parenthood. *Culture, health & sexuality*, 23(7), 945–960.
- Brito, D., Meester, S., Yanamala, N., Patel, H. B., Balcik, B. J., Casaclang-Verzosa, G., Seetharam, K., Riveros, D., Beto, R. J., 2nd, Balla, S., Monseau, A. J., & Sengupta, P. P. (2021). High prevalence of pericardial involvement in college student athletes recovering from COVID-19. *JACC Cardiovascular Imaging*, 14(3), 541–555. <https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2020.10.023>
- Brown, K., & Mijic, A. (2019). *Integrating green and blue spaces into our cities: Making it happen*. Imperial College London. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22773.12002>
- Bryan, M. S., Sun, J., Jagai, J., Horton, D. E., Montgomery, A., Sargis, R., & Argos, M. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) mortality and neighborhood characteristics in Chicago. *Annals of Epidemiology*, 56, 47–54.
- Bustamante, G., Guzman, V., Kobayashi, L. C., & Finlay, J. (2022). Mental health and well-being in times of COVID-19: A mixed-methods study of the role of neighborhood parks, outdoor spaces, and nature among US older adults. *Health & Place*, 76, Article 102813. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102813>
- Credit, K. (2020). Neighbourhood inequity: Exploring the factors underlying racial and ethnic disparities in COVID-19 testing and infection rates using ZIP code data in Chicago and New York. *Regional Science Policy & Practice*, 12, 1249–1271.
- Cromer, S. J., Lakhani, C. M., Wexler, D. J., Burnett-Bowie, S. A. M., Udler, M., & Patel, C. J. (2020). Geospatial analysis of individual and community-level socioeconomic factors impacting SARS-CoV-2 prevalence and outcomes. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.09.30.20201830>
- Derks, J., Giessen, L., & Winkel, G. (2020). COVID-19-induced visitor boom reveals the importance of forests as critical infrastructure. *Forest Policy and Economics*, 118, Article 102253. <https://doi.org/10.1016/J.FORPOL.2020.102253>
- Dzhambov, A. M., Lercher, P., Browning, M. H. E. M., Stoyanov, D., Petrova, N., Novakov, S., & Dimitrova, D. D. (2021). Does greenery experienced indoors and outdoors provide an escape and support mental health during the COVID-19 quarantine? *Environmental Research*, 196, Article 110420. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110420>
- Emeruwa, U. N., Ona, S., Shaman, J. L., Turitz, A., Wright, J. D., Gyamfi-Bannerman, C., & Melamed, A. (2020). Associations between built environment, neighborhood socio-economic status, and SARS-CoV-2 infection among pregnant women in New York City. *JAMA*, 324(4), 390–392.
- Franch-Pardo, I., Napoletano, B. M., Rosete-Verges, F., & Billa, L. (2020). Spatial analysis and GIS in the study of COVID-19: A review. *Science of the Total Environment*, 739, Article 140033. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.140033>
- Geng, Y., Gu, J., Wang, J., & Zhang, R. (2021). Smartphone addiction and depression, anxiety: The role of bedtime procrastination and self-control. *Journal of Affective Disorders*, 293, 415–421. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.062>
- Glover, R., van Schalkwyk, M. C., Akl, E., & Welch, V. (2020). A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 128(4). <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.004>
- Harris, R. (2020). Exploring the neighbourhood-level correlates of Covid-19 deaths in London using a difference across spatial boundaries method. *Health & Place*, 66, Article 102446. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102446>
- Huang, R., Xia, J., Chen, Y., Shan, C., & Wu, C. (2020). A family cluster of SARS-CoV-2 infection involving 11 patients in Nanjing, China. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 534–535.
- Joseph, P. M., & Mkulu, D. G. (2020). Online classes during COVID-19 pandemic in higher learning institutions in Africa. *Global Research in Higher Education*, 3(3), 1–21. <https://doi.org/10.22158/grhe.v3n3p1>
- Ketabollahi, K. (2023). The city and the corona pandemic; Examining the social and spatial consequences of urban measures related to health. *Interdisciplinary Studies in Architecture and Urbanism Development*, 2(1), 7–22. (In Persian) <https://doi.org/10.30495/jjsaud.2023.1985226.1065>
- Ketabollahi, K., Balali Oskoyi, A., & Mirgholami, M. (2022). Explaining the concept of good fellowship in contemporary Iranian neighborhoods based on the Islamic lifestyle (Case study: 3 neighborhoods in Sanandaj). *Journal of Applied Arts*, 2(2), 87–103. <https://doi.org/10.22075/aaj.2022.25288.1121>
- Ketabollahi, K., & Mirgholami, M. (2021). Healthy city, comparative analogy, the view of Hakim Bu Ali Sina and contemporary western thinkers. 7th National Conference on Management Studies in Human Sciences, Tehran. (In Persian)

- Ketabollahi, K., Mirgholami, M., & Shahbazi, Y. (2022). Rethinking the concept of biological health of the contemporary Iranian-Islamic neighborhood in the post-Corona era. *CIAUJ*, 7(2), 77–98. (In Persian)
- Ketabollahi, K., Mirgholami, M., & Shahbazi, Y. (2024). Investigating biological health in the Iranian-Islamic neighborhood after the epidemic of Corona disease; A case study of neighborhoods in Tabriz city. *Research and Urban Planning*. (In Persian) <https://doi.org/10.30495/jupm.2023.31818.4335>
- Ketabollahi, K., & Nejad Ebrahimi, A. (2022). The role of culture of Islamic sects in the social cohesion of historical neighborhoods—Case study: Sartpuleh Neighborhood of Sanandaj. *Journal of Urban and Regional Development Planning*, 7(21), 161–191. (In Persian) <https://doi.org/10.22054/urdp.2022.65268.2022>
- Khavarian-Garmsir, A. R., Sharifi, A., & Moradpour, N. (2021). Are high-density districts more vulnerable to the Covid-19 pandemic? *Sustainable Cities and Society*, 70, Article 102911. <https://doi.org/10.1016/j.scs.2021.102911>
- Kim, S. J., & Bostwick, W. (2020). Social vulnerability and racial inequality in COVID-19 deaths in Chicago. *Health Education & Behavior*, 47(4), 509–513. <https://doi.org/10.1177/1090198120929677>
- Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J., & Hsueh, P. R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(3), Article 105924. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>
- Liu, K., Yuan, Y., Liu, Z., Liu, J., & Liu, M. (2020). The impact of meteorological and environmental conditions on the spread of COVID-19. *Journal of Public Health and Preventive Medicine*, 31, 9–13.
- Mollalo, A., et al. (2019). A GIS-based artificial neural network model for spatial distribution of tuberculosis across the continental United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 157.
- Mossabir, R., Brown, L., Harrison, N., Brundle, C., Smith, J., & Clegg, A. (2021). Life in lockdown: A telephone survey to investigate the impact of COVID-19 lockdown measures on the lives of older people (≥75 years). *Age and Ageing*, 50(2), 341–346. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa255>
- Mossabir, R., Brown, L., Harrison, N., Brundle, C., Smith, J., & Clegg, A. (2021). Life in lockdown: A telephone survey to investigate the impact of COVID-19 lockdown measures on the lives of older people (≥75 years). *Age and Ageing*, 50(2), 341–346. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa255>
- National Conference of State Legislature. (2021). Library of Congress. <http://www.ncsl.org/>
- O'Donnell, J., Cárdenas, D., Orazani, N., Evans, A., & Reynolds, K. J. (2022). The longitudinal effect of COVID-19 infections and lockdown on mental health and the protective effect of neighbourhood social relations. *Social Science & Medicine*, 297, Article 114821. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114821>
- Peng, Y., Pei, C., Zheng, Y., Wang, J., Zhang, K., Zheng, Z., & Zhu, P. (2020). A cross-sectional survey of knowledge, attitude and practice associated with COVID-19 among undergraduate students in China. *BMC Public Health*, 20, 1–8.
- Pouso, S., Borja, Á., Fleming, L. E., Gómez-Baggethun, E., White, M. P., & Uyarra, M. C. (2021). Contact with blue-green spaces during the COVID-19 pandemic lockdown beneficial for mental health. *Science of the Total Environment*, 756, Article 143984. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.143984>
- Public Health England. (2020). Disparities in the risk and outcomes of Covid-19 (Report). *Public Health England*.
- Ren, S. Y., Gao, R. D., & Chen, Y. L. (2020). Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus disease 2019 epidemic. *World Journal of Clinical Cases*, 8(4), 652–657.
- Sangiorgio, V., & Parisi, F. (2020). A multicriteria approach for risk assessment of Covid-19 in urban district lockdown. *Safety Science*, 130, Article 104862. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104862>
- Soga, M., Evans, M. J., Cox, D. T. C., & Gaston, K. J. (2021). Impacts of the COVID-19 pandemic on human–nature interactions: Pathways, evidence, and implications. *People and Nature*, 3(3), 518–527. <https://doi.org/10.1002/pan3.10201>
- Suzuki, Y., Maeda, N., Hirado, D., Shirakawa, T., & Urabe, Y. (2020). Physical activity changes and its risk factors among community-dwelling Japanese older adults during the COVID-19 epidemic: associations with subjective well-being and health-related quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6591. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186591>
- Tomasso, L. P., Yin, J., Cedeño Laurent, J. G., Chen, J. T., Catalano, P. J., & Spengler, J. D. (2021). The relationship between nature deprivation and individual well-being across urban gradients under COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), Article 1511. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041511>

- Wiles, J., Leibing, A., Guberman, N., et al. (2012). The meaning of 'aging in place' to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366.
- Wilkinson, A., Ali, H., Bedford, J., Boonyabancha, S., Connolly, C., Conteh, A., Dean, L., Decorte, F., Dercon, B., Dias, S., Dodman, D., Duijsens, R., D'Urzo, S., Eamer, G., Earle, L., Gupte, J., Frediani, A. A., Hasan, A., Hawkins, K., ... Whittaker, L. (2020). Local response in health emergencies: key considerations for addressing the COVID-19 pandemic in informal urban settlements. *Environment and Urbanization*, 32(2), 503–522. <https://doi.org/10.1177/0956247820922843>
- You, H., Wu, X., & Guo, X. (2020). Distribution of COVID-19 morbidity rate in association with social and economic factors in Wuhan, China: implications for urban development. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3417.
- Young, L., O'Connor, J., & Alfrey, L. (2022). Moving from physical literacy to co-existing physical literacies: What is the problem? Monash University. <https://doi.org/10.26180/19345001>

مأله به النشر