طراحی نظام رتبه بندی سلامت شهرهای کشور

کاظم ندافی[1]، سهند ریاضی اصفهانی[2]، مهران خائفی[3]، بهزاد دماری[2*]

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. مرکز سلامت محیط و کار، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱/۲۰
سال شانزدهم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۶ صص ۲۸۰-۲۷۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۵ اردیبهشت ۹۶]

چکیده

مقدمه: در حال حاضر حدود ۷۰ جمعیت کشور ساکن شهرها هستند. با افزایش جمعیت شهری و حاشیه آن ضرورت بهبود عادلانه شاخص های سلامت در این محیط پیچیده بیش از پیش عیان شده است. هدف از انجام این طرح تدوین شیوه نامه ای برای اعتبار بخشی و رتبه بندی سلامت شهرهای کشور بود.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع طراحی یک سیستم بوده و با رویکرد کیفی انجام گرفت. اطلاعات از سه منبع گرد آوری شدند: بررسی متون، مصاحبه با خبرگان و ذینفعان و جلسات بحث گروهی متمرکز. نمونه گیری هدفمند برای مطالعه انتخاب شد . نتایج بر اساس تحلیل درون مایه ای در قالب شیوه نامه و جدول معیار های رتبه بندی سلامت جمع بندی شد.

یافته ها: در این مطالعه بر اساس بررسی متون سوالات پژوهشی انتخاب شدند. در مجموع ۱۲ مصاحبه انجام گرفته و نتایج مصاحبه ها در دو جلسه بحث گروهی با شرکت ذینفعان خبره در سه موضوع مورد اجماع قرار گرفتند: ۱) الگوی مفهومی و اصول طراحی ۲) جدول معیار های سلامت شهرها ۳). شیوه نامه اعتبار بخشی و رتبه بندی سلامت شهرها. در نهایت ۴۳ معیار در سه مولفه شهر، شهروند و مدیریت شهری تعیین شدند.

بحث و نتیجه گیری: شیوه نامه اعتباربخشی و رتبه بندی سلامت شهرها با هدف افزایش رقابت و پاسخگویی شهرداران و کلیه دستگاه های مسئول در سلامت شهرها تدوین شده است. با اجرای این شیوه نامه مفهوم شهرسالم عینی شده و وضعیت شهرها به سیاست گذاران برای تصمیم گیری مبتنی بر شواهد منعکس می شود و در نهایت انتظار می رود کاهش نابرابری ها اتفاق بیافتد. نتایج این طرح در جلسه چهاردهم شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور به تصویب رسید تا با استفاده از این روش شهرها از نظر سلامت رتبه بندی شوند. در صورت به کارگیری نتایج این مطالعه می توان انتظار داشت رقابت مثبت بین شهرداران و شوراهای اسلامی شهرها شکل گیرد و پاسخگویی شهرداران و دستگاه های مسئول در شهر افزایش یابد.

کلیدواژه: رتبه بندی، سلامت، شهر

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان بزرگمهر، بین فلسطین و و صال، پلاک ۷۰، موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران
تلفن: ۶۲۹۲۱۳۳۳
E-mail: bdamari@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.1.2]

مقدمه

بر اساس نتایج سرشماره کشور سال ۱۳۹۰، در حال حاضر حدود ۷۰ جمعیت کشور ساکن شهرها و حاشیه آنها هستند. اهمیت سلامت در محیط شهری و لزوم تعیین معیارهایی برای سلامت محوری شهرها بر کسی پوشیده نیست. اگر سلامت به عنوان یک مفهوم عام در نظر گرفته شود، نشان داده شده که توسعه اقتصادی و اجتماعی از عوامل مهم و تاثیرگذار در وضعیت سلامت است و استان هایی که وضعیت اجتماعی اقتصادی بهتری داشته اند از لحاظ وضعیت سلامت و میزان مرگ و میر کودکان در شرایط مطلوب تری قرار داشته اند[۱].

با افزایش جمعیت شهری و حاشیه آن ضرورت بهبود عادلانه شاخص های سلامت در این محیط پیچیده بیش از پیش عیان شده است. چنانکه معیارهای سالم بودن یک شهر تدوین و به اجرا گذاشته شود شهرداری ها می توانند با مشارکت ارگان های دیگر از جمله استانداری ها و فرمانداری ها برای بهبود وضع سلامت شهر تلاش جدیدی را آغاز کنند. و به علاوه انتشار دوره ای رتبه سلامت شهرها حساسیت مسئولان شهرها را نسبت به تامین استانداردهای مورد نیاز افزایش می دهد. تاکنون مطالعات مختلفی برای تهیه معیارهایی برای تعیین میزان سلامت شهرهای کشور انجام شده است. امینی و همکاران با استفاده از روش تلفیقی تحلیل عاملی و تاکسونومی، ضمن حذف همبستگی خطی بین متغیرها، با استفاده از ۳۵ شاخص دسترسی و کارایی خدمات بهداشتی و درمانی، بهداشت باروری، جمعیتی، میرایی و امنیت غذا و تغذیه، استانهای کشور را برحسب سلامت رتبه بندی نمودند[۲]. در مطالعه انجام شده توسط شیخ بگلو و همکاران با هدف ارزیابی سطح توسعه شهرستان های کشور و شناسایی مناطق محروم با استفاده از فن تصمیم گیری چند شاخصه، ۵۴ شاخص مختلف توسعه تعریف و تنظیم گردید. بر اساس امتیازات حاصل از این روش، شهرستان ها در هفت گروه توسعه شامل: بسیار توسعه یافته، توسعه یافته، نسبتا توسعه یافته، متوسط، نسبتا محروم، محروم و بسیار محروم طبقه بندی شدند. تحلیل شاخص های مختلف در این مطالعه، نابرابری آشکاری را میان شهرستان ها از نظر سطح توسعه یافتگی نشان می داد[۳]. ملکی و همکاران در پژوهش خود استان های مختلف کشور از نظر شاخص های توسعه یافتگی مورد بررسی و رتبه بندی قرار دادند. نتایج مطالعه فوق نشان داد که رتبه اول به استان تهران تعلق دارد و استان های خراسان رضوی، اصفهان، فارس، آذربایجان شرقی، مازندران، خوزستان، کرمان و گیلان در مراتب بعدی هستند[۴]. موذنی و علیزاده به مطالعه ای با هدف تعیین شاخص‌های نظری سنجش کیفیت زندگی عینی، ضمن ارایه الگویی برای سنجش کیفیت زندگی شهری در ایران، به رتبه‌بندی استان‌های ایران از لحاظ برخورداری از میزان کیفیت زندگی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد، استان اصفهان با نمرهٔ کیفیت زندگی ۴/۵۲ بالاتر از حد میانگین، بالاترین رتبه را در میان استان‌های ایران به خود اختصاص داده و استان‌های یزد با نمرهٔ ۳/۸۵، فارس با نمرهٔ ۳/۱۶ و تهران با نمرهٔ ۳/۱۲ در رتبه‌های بعدی قرار دارند. استان ایلام نیز با نمرهٔ ۳/۵۸- زیر حد میانگین در کیفیت زندگی پایین‌ترین رتبه را در این خصوص داشت[۵]. میرغفوری و همکاران در مطالعه خود به بررسی درجه توسعه‌یافتگی استانهای کشور پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد در زمینهٔ شاخصهای کتابخانه‌ای، ۲۷٪ از استانهای کشور توسعه‌یافته، ۵۰٪ نسبتاً توسعه‌یافته و ۲۳٪ توسعه نیافته تلقی می‌شوند[۶]. نشان داده شده که رابطه ای معنادار میان توسعه یافتگی و مهاجرت برقرار است[۷]. در مطالعه قنبری به رتبه بندی، تعیین سطوح توسعه و پیش بینی اولویت برنامه ریزی و توسعه نقاط شهری استان های ایران با استفاده از ۵۴ شاخص در بخش های بهداشتی و درمانی، فرهنگی و آموزشی، اقتصادی، زیربنایی و مسکن، ورزشی و تلفیقی از شاخص های مورد مطالعه پرداخته است. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که در میان نقاط شهری استان های ایران، عدم تعادل و شکاف وجود دارد[۸]. در مطالعه انجام گرفته توسط زیاری با عنوان سنجش درجه توسعه یافتگی فرهنگی در استانهای ایران، ۲۳ شاخص انتخابی فرهنگی با استفاده از الگوی تاکسونومی عددی ضرایب توسعه یافتگی فرهنگی محاسبه شد. تخصیص بهینه منابع فرهنگی از پایین ترین استانها در نظام سلسله مراتب توسعه و سپس ارائه در فرصتهای برابر منابع به عنوان دو راهبرد اساسی توسعه فرهنگی توصیه می شود[۹]. با این حال تاکنون نظام نامه مدنی برای رتبه بندی سلامت محوری شهرها در کشور تدوین نشده است. هدف از انجام این طرح تدوین شیوه نامه ای برای اعتبار بخشی و رتبه بندی سلامت شهرهای کشور بود. این مطالعه از از نوع طراحی یک سیستم بوده و با رویکرد کیفی انجام گرفت. اطلاعات از سه منبع بررسی متون، مصاحبه با خبرگان و ذینفعان، جلسات بحث گروهی متمرکز با اعضای کمیته راهبری فنی گردآوری شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.1.2]

مواد و روش کار

این مطالعه از از نوع طراحی یک سیستم بوده و با رویکرد کیفی انجام گرفت. اطلاعات از سه منبع بررسی متون، مصاحبه با خبرگان و ذینفعان، جلسات بحث گروهی متمرکز با اعضای کمیته راهبری فنی گردآوری شد.

بخش اول) بررسی متون

در بخش بررسی متون این مطالعه ابتدا جهت بررسی مستندات موجود با استفاده از کلیدواژه های مناسب(جدول شماره ۱)، یک جستجو در موتور های جستجوگر scholar.google.com و google.com و پایگاه های داده www.eric.ed.gov و www.cochrane.org و magiran.com و medlib.ir و www.irandoc.ac.ir و www.who.int و iranmedex.com و sid.ir و pubmed.org و sciencedirect.com انجام شده و کلیه مستندات و مقالات مربوطه استخراج گردید. مقالات جمع آوری شده از نظر ارتباط با موضوع بررسی شده و مقالات بدون ارتباط کنار گذاشته شدند.

معیارهای زیر برای ورود مطالعات در نظر گرفته شدند: مطالعاتی که معیار یا معیارهایی برای رتبه بندی سلامت محوری تعریف کرده بودند، مطالعاتی که جنبه ملی داشتند یعنی در بیش از سه استان اجرا شده بودند.

بر اساس بررسی متون پرسشنامه ای با سوالات زیر تهیه گردید و روایی آن در دو جلسه بحث گروهی متمرکز توسط اساتید تایید گردید.

۱). به نظر شما نظام اعتبار بخشی و رتبه بندی سلامت شهرهای کشور چقدر به ارتقای سلامت کمک می کند؟

۲). به نظر شما به منظور اعتبار بخشی و رتبه بندی سلامت شهرهای کشور از چه شاخص هایی باید استفاده شود؟

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

۴). به نظر شما بهتر است مرجع یا مراجع تصویب و اجرای این نظام نامه کدام سازمان یا سازمان ها باشند؟

۵). به نظر شما مراحل اجرا و پیاده سازی این ارزیابی باید چگونه باشد؟ و پیش نیازهای اجرای چنین ارزیابی هایی چیست؟

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

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

یافته‌ها

نتایج دو بخش مصاحبه ها و بحث گروهی به شرح زیر بودند:

الف) مصاحبه ها: در این طرح مجموع ۱۲ مصاحبه انجام گرفت (جدول شماره ۲). خبرگان معتقد بودند که نظام اعتبار بخشی و رتبه بندی سلامت شهرها تبعات مثبت زیادی به همراه خواهد داشت از جمله: ۱) ایجاد رقابت باعث ارتقای شهرها از نظر سلامت محوری خواهد شد. اگر سلامت را به عنوان یکی از معیارهای زیست پذیری شهری در نظر بگیریم سنجش این معیار می تواند در حوزه رقابت پذیری شهرها موثر باشد و به شکل گیری نام نشان شهر و رقابت شهرها با یکدیگر، کمک کند. ۲) باعث عینی شدن مفهوم "شهر سالم" خواهد شد. ۳) رسالت دانشگاه و نقش پژوهش راه، مشخص می کند و مسئولیت اجتماعی آنها را شفاف میکند. ۴) وضعیت را برای سیاستگذاران مشخص کرده و به عنوان نقشه راهی محورهایی را که باید روی آن کار کنند را تعیین می کند. اما گروهی از خبرگان نیز معتقد بودند که این نظام رتبه بندی در صورت عدم اجرای صحیح می تواند باعث سرخوردگی شده و تبعات منفی به بار داشته باشد. همچنین به عقیده خبرگان معیار ها باید دارای خصوصیات زیر باشند: ۱) جامعیت داشته باشند و همه ابعاد سلامت را دربر بگیرد. " شاید در نظر گرفتن یک معیار به تنهایی خیلی مناسب نباشد و باید ترکیبی از شاخص های مختلف در نظر گرفته شوند." و "مناسبتر است که چند شاخص کلان در هم ادغام شده و از آنها بهره گرفته شود "۲) قابل اندازه گیری و عینی (Objective) باشند ۳) معیار ها باید طوری انتخاب شوند که قابلیت مداخله داشته باشند. " باید از شاخص هایی استفاده نمود که علاوه بر قابلیت وصول و گردآوری بتوانیم بعدا برروی آنها کار نماییم و مداخله نماییم." ۴) حتی الامکان از تدوین معیار جدید خودداری شود و از معیار های تعریف شده استفاده گردد. " بهتر است در مرحله اول از داده های ثانویه استفاده شود و درصورت نیاز در فاز دوم معیار های جدید تعریف و اندازه گیری شوند."

معیار هایی که خبرگان بر آن تاکید داشتند به قرار زیر بودند: ۱) شاخص های ۵۲ گانه عدالت در سلامت ۲) پوشش همگانی سلامت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.1.2]

۳) سایر معیار های پیشنهادی. تغذیه، دسترسی به خدمات، محیط زیست، سلامت اجتماعی، سلامت روان، رعایت اصول اخلاقی و حقوق شهروندی، مشارکت مردم در توسعه شهری و نحوه اندازه گیری آن شامل تعداد شوراهای محله، سمن ها، مشارکت خیرین، همکاری بین بخشی، مشارکت بخش خصوصی و جامعه مدنی(جامعه ای که در آن مردم بدون وجود یک ساختار رسمی، به حقوق یکدیگر احترام می گذارند)، معیار های زیست پذیری و رقابت پذیری شهرها.

نکته ای که تقریباً تمانی خبرگان بر آن متفق القول بودند این بود برای در دسته بندی شهرها بهتر است از روش های تشخیص مناطق همگن (همگن بودن در حوزه سلامت) استفاده نمود؛ "طبیعی هست که ما نمی توانیم همه شهرها را در یک رنکینگ بیاوریم. هم بحث جمعیت و هم معیار توسعه یافتگی هست و باید شهرهایی که از نظر توسعه یافتگی همسان هستند با همدیگر مقایسه بشوند بنابراین تقسیمات کشوری و جغرافیایی خیلی مبنای خوبی نمی باشند." و "الان متاسفانه به دلیل توزیع نا عادلانه منابع، هر کس قدرت بیشتری دارد می تواند منابع(هم بودجه و هم نیروی انسانی) بیشتری را جذب نماید، بنابر این باید این مسئله در هنگام مقایسه شهرها حتماً لحاظ گردد."

دسته بندی های پیشنهادی از این قرار بودند: ۱) توجه به اقلیم شهرها ۲) وضعیت الگو و ترکیب فعالیت های اقتصادی شهرها ۳) وضعیت توسعه یافتگی:" می توان شهرها را به سه دسته توسعه یافته، توسعه یافته متوسط وکم تر توسعه یافته تقسیم بندی نمود و مقایسه را بین هم تراز ها انجام داد. "

نکاتی که که خبرگان در مورد مرجع یا مراجع تصویب و اجرای این شیوه نامه بر آن تاکید داشتند: ۱) الزامات استقرار نظام نامه۲) ضمانت اجرایی. به نظر برخی از آنان، آنچه که از مرجع تصویب نظام نامه نیز مهمتر است، ضمانت اجرایی آن است.

مراجع پیشنهادی برای تصویب نظام نامه از دیدگاه خبرگان به قرار زیر بودند: ۱) شهرداری ها: "در برنامه چهارم توسعه بیشتر مسئولیت ها به شهرداری ها واگذار شده است." ۲) وزارت کشور: "وزارت کشور مدیریت استانداری ها را بعنوان حکمرانان محلی بر عهده دارد." ۳) وزارت بهداشت: "از آنجا که این رتبه بندی در حیطه سلامت انجام می شود، بهترین متولی تصویب و اجرای این نظام نامه وزارت بهداشت و سازمان های وابسته به آن و دانشگاه های علوم پزشکی می باشند." ۳) شورای عالی سلامت و امنیت غذایی: "چون این موضوع تخصصی است، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی می تواند برای تصویب و قانع کردن سایر سازمان ها موثر باشد." ۴) کمیسیون امور کلان شهرها در هیات دولت: "بهتر است این موضوع از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مطرح نگردد. بهترین جا، کمیسیون امور کلان شهرها (که در این دولت ایجاد شده است) می باشد. چرا وقتی از این طریق برود آنها شاید بیش تر احساس بکنند که برنامه خودشان است و شانس اجرای آن بالاتر می رود. حال پس از تصویب آن در این کمیسیون، در هیات دولت مطرح و مصوب گردد. چون این زمینه ذهنی در کمیسیون مذکور وجو د دارد." ۵) شورای عالی استانها: " شورا ها نقش هماهنگی و سیاستگذاری دارند بنابراین شورای عالی استان ها می تواند این مسئولیت را برعهده گیرد " ۶) بخش خصوصی: به عقیده عده ای از خبرگان مشارکت بخش خصوصی ضروری است. "ارزیابی باید برعهده یک نهاد مستقل غیر دولتی باشد مانند NICE، یعنی ارزشیابی شاخص ها را انجام داده و وضعیت معیار های هر استان را فارغ از تعارض منافع بیان کند." و " بهتر است بدلیل تغییرات مدیریتی زیاد در دستگاه های دولتی، کار ارزیابی برون سپاری شده و مثلا به بخش غیر دولتی سپرده شود(با نظارت دولت یک جور خرید خدمت انجام شود)."

در مورد مراحل اجرا و پیاده سازی، تقریباً تمام مصاحبه شوندگان بر این عقیده بودند که بهتر است این نظام نامه ابتدا به صورت پایلوت اجرا شود و پس از مشخص شدن مشکلات اجرایی به تمام کشور تعمیم داده شود. با این حال در مورد چگونگی انجام پایلوت عقاید مختلفی وجود داشت. پیش‌نیازهای اجرای نظام نامه به عقیده خبرگان به قرار زیر بودند: ۱) آموزش: "یکی از پیش نیازهای اجرایی آموزش جدی کسانی است که می خواهند این رتبه بندی را انجام دهند. همچنین ایجاد ظرفیت لازم در مجریان نیز بسیار مهم می باشد و سازمانهایی برای اجرا انتخاب شوند که دارای ظرفیت های اجرایی لازم باشند." و "زیر ساخت آموزش در اینجا خیلی مهم است و باید استانداران و شهرداران دوره های آموزشی ببینند و نشریات خاصی برایشان فراهم گردد" ۲) تشکیل ساختار: "تشکیل کارگروهی که توانایی تحلیل و کاربرد این ابزار و تطبیق آن برای شهرهای مختلف را داشته باشند ضروری به نظر می رسد." و " بهتر است یک یک دبیرخانه شهر سالم تعریف شود که شامل کارگروهی از ذینفعان باشد."

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.1.2]

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

عده ای که معتقد بودند که این نظام نامه باید منابع مالی داشته باشد، در مورد منبع بودجه موارد زیر را بیان کرده بودند: ۱) وزارت بهداشت ۲) وزارت کشور (استانداری ها):تامین منابع مالی برعهده استاندار است. بودجه باید توسط سازمان برنامه و بودجه پیش بینی و در اختیار وزارت کشور قرار داده شود. ردیفی با عنوان اعتباربخشی سلامت شهرها جداگانه از بودجه عمرانی کشور برای توانمندسازی شهرها، اجرای پروژه و تشویق ها درنظر گرفته شود. ۳) شهرداری ها ۴) شوراهای شهر

همچنین خبرگان نکته هایی در مورد تشویق و تنبیه بیان کرده بودند: ۱) شیوه های جریمه نباید به قصد مچ گیری و یا تخریب صورت بگیرد بلکه باید راهی برای افزایش انگیزه در جهت ارتقا باشد. ۲) در مرحله اول نباید بحث جریمه و تنبیه مطرح گردد و باید بر تشویق شهرها تاکید گردد. ۳) باید به دنبال علت بود: "من کلاً با این بصورت مطرح شده تشویق و تنبیه موافق نیستم زیرا ما باید بدنبال رفع علت باشیم نه مقصر، اینکار اجرای نظام نامه رتبه بندی شهرها باید در جهت کاهش نابرابری باشد." ۴) به عقیده اکثر خبرگان، بهترین روش تشویق همین انتشار رتبه بندی است: "ابتدا می توان فقط رتبه بندی را منتشر نمود حال زمانی که بصورت قانون در آمد و مدتی نیز از آن گذشت و ساختارش فراهم شد آن وقت می توان شهری را که متوقف شده یا تنزل کرده است را جریمه هم نمود."، " خود انتشار رتبه بندی شهر ها و مشارکت دادن خود متولیان شهرها، هم بهترین تشویق و هم بهترین جریمه برای مسئولان شهری هست. چرا که می توانند عملکردشان را در این آیینه ببینند." ، " مورد مشابه این را وزارت آموزش و پرورش با اعلام رتبه استان ها در کنکور سراسری انجام می دهد، که باعث رقابت بین استان ها گردیده است. بدون اینکه تشویق و تنبیهی در کار باشد همین اعلام آن باعث تحرک بین استان ها شده است." ، "اگر معیاری باشد که مورد اقبال همگان باشد، صرف اعلام آن، انگیزه تحرک را بالا می برد." ، "بهترین تشویق و جریمه رسانه ای نمودن است و باید بازخورد این ارزیابی ها به عرصه عمومی کشیده شود." ۵) "می توان براساس وضعیت سلامت محوری هر شهر بودجه آنرا تقسیم کرد اما اجرای این روش بسیار پیچیده خواهد بود"

ب) بحث گروهی:

پس از تهیه الگوی (شکل شماره ۱) مفهومی اصول زیر در طراحی شیوه نامه و انتخاب معیار های اعتباربخشی و رتبه بندی سلامت شهرها مورد اجماع قرار گرفت: ۱) معیار های جدیدی تعریف نشود و از شاخص های موجود برای این کار استفاده شود. ۲) از معیار هایی استفاده شود که قابلیت اندازه گیری بیرونی داشته باشند. ۳) هر چهار بعد سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) را پوشش دهد و به پیشگیری و عوامل خطر توجه بیشتری شود. ۴) مبتنی بر عدالت بودن معیار های نیز لحاظ شود. ۵) برای مدیریت شهری ملموس باشد. (هر سه مولفه شهر، شهروند و مدیریت شهری را پوشش دهد). ۶) منطبق بر اسناد بالادستی باشد. ۷) مشارکت مردم و همکاری بین بخشی (دو بازوی مدل فندق شکن) در آن لحاظ شود. ۸) شاخص های میانی را که ملموس تر است شامل شود. ۹) تشویقی و رقابتی باشد. ۱۰) شواهد معتبری برای معیار و مداخله پیشنهادی وجود داشته باشد.

در نهایت معیارهای اعتباربخشی و رتبه بندی سلامت شهرها در سه حیطه شهر، شهروند یا مدیریت شهری تدوین شد و مورد اجماع قرار گرفت.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.1.2]

جدول ۱: کلیدواژه های جستجو

یکی از واژه های زیر		یکی از واژه های زیر		یکی از واژه های زیر
شهر		رتبه		سلامت
شهرها	به همراه	رتبه بندی	به همراه	بهداشت
استان		معیار		توسعه
استان ها		معیار ها		
شهرستان				
شهرستان ها				
کشور				

جدول ۲: مشخصات مصاحبه شوندگان

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

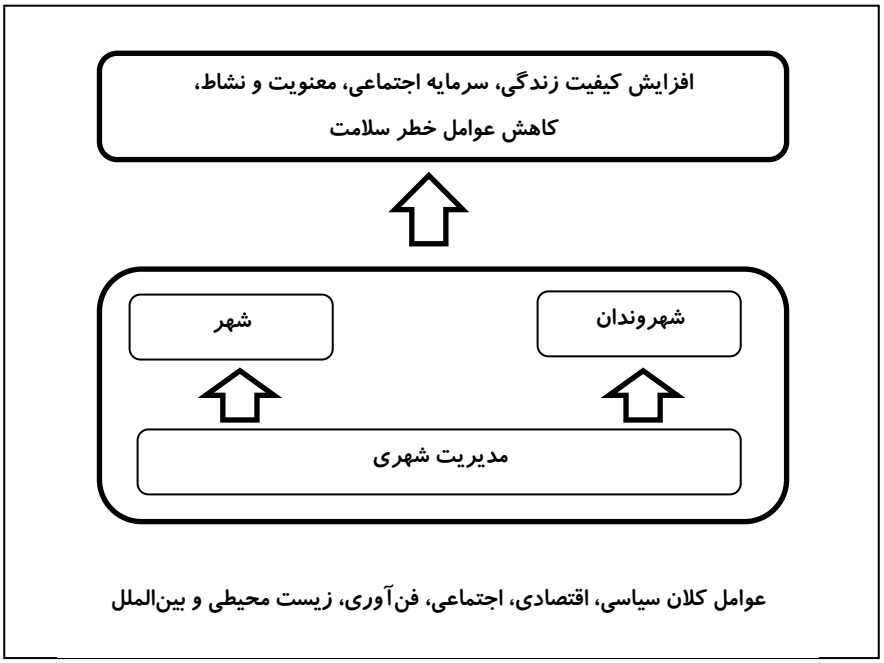
جدول ۳ : معیارهای اعتباربخشی و رتبه بندی سلامت شهرها

وزن	مثلث سلامت شهری	معیارها
٪۵۰	مولفه شهر	تدارک غذای ایمن، مقبول و قابل دسترس، میزان تولید محلی غذا و توزیع آن تدارک خدمات مراقبت از سلامت جسمی و روانی برای همه (میزان بهره مندی) ایمنی خیابان‌ها و پیاده روها برای همه گروه های سنی و افراد با محدودیت حرکتی فضای سبز به تناسب جمعیت و با دسترسی عادلانه (سرانه فضای سبز/M2) اماکن مسکونی در مناطق ایمن آلودگی هوای شهر (متوسط غلظت SO2 و NO2روزانه) و وضعیت صدای اضافه در شهر آب ایمن و فاضلاب مناسب حمل و نقل عمومی و به ویژه برای افراد دچار ناتوانی تسهیل و قابل دسترس شود، برنامه های تکامل دوران کودکی (نسبت مهد کودک به شاغلان زن، زمین های بازی و برنامه های تفریحی کودکان....) زیباسازی شهری متناسب با نظر شهروندان و تصویب شورای شهر داشتن تقویم و تسهیلات تفریحات شهری میزان فضاهای عاری از دخانیات درصد مقاومت ساختمان های مسکونی و عمومی شهر در مقابل بلایای طبیعی دسترسی به فرصت های شغلی یا در صد بیکاری شاخص متوسط روزانه جرم تعداد بازماندگان تحصیلی درصد میزان نفوذ اینترنت تسهیلات ورزشی و فرهنگی (تعداد کتابخانه ها به ازای یک میلیون نفر) درصد خانوراهای زیر خط فقر وجود استانداردهای مدیریت پسماند ساماندهی عرضه کالا و خدمات ایجاد فضاهای شهری برای تعامل مردم در محلات و مرکز شهر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.1.2]

٪۳۰	مولفه شهروند	میزان تحرک مردم وضعیت تغذیه سالم میزان مصرف دخانیات، قلیان، مواد مخدر و الکل رعایت ایمنی و ارگونومی مشارکت اجتماعی (انتخابات ملی و شورای شهر، عضویت در محلات) میزان رعایت حقوق دیگران و قانون گرایی رعایت اصول اخلاقی مطابق آموزه های دینی و فرهنگی میزان مصرف انرژی میزان تفریحات روند رضایتمندی شهروندان از مدیریت شهری
٪۲۰	مولفه مدیریت شهری	ایجاد فرصت‌های مشارکت مردم (تسهیم اطلاعات درباره برنامه‌ریزی شهری برای سلامت، تشویق گفتگوی عمومی و درگیر ساختن مردم در تصمیم‌گیری‌ها) میزان بودجه جذب شده داوطلبانه از شهروندان و بخش خصوصی نشان دادن همکاری بین بخشی با بخش های دولتی، خصوصی و غیردولتی اجرایی کردن پیوست توسعه پایدار (سیاست ها، برنامه ها و پروژه های شهری) آموزش سلامت محوری ویژه مدیران و کارکنان شهرداری و سایر دستگاه های مسئول اقدام مستمر مبتنی بر شواهد از جمله رصد رضایت، تعیین نیازها و اولویت ها، ارزشیابی، نظارت و استفاده از مشاوران وخبرگان اجرای برنامه های ارتقای سلامت در درون نهاد شهرداری داشتن برنامه ویژه برای ارتقای وضع سلامت مردم حاشیه شهر و اسکان غیررسمی میزان پوشش آموزش های شهروندی (مدیریت فردی، رفتارهای سالم اجتماعی از جمله پاسخگویی و مسئولیت پذیری، مهارت های زندگی، همسری و والدی مهارت های معنوی و اخلاقیات) بازاریابی اجتماعی استفاده از خدمات فرهنگی، تفریحی و مشارکت مردم در شهر



[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.1.2]

بحث و نتیجه‌گیری

به طور خلاصه بر اساس یافته های این مطالعه که حاصل مرور تجربیات، تحلیل نظرات ذینفعان و خبرگان، سلامت مردم در شهرها حداقل به سه مولفه شهر، شهروند و مدیریت شهری وابسته است. در همین راستا اهداف قابل سنجش ناشی از اجرای این شیوه نامه عبارت بودند از: ۱) افزایش تسهیلات پیشگیری کننده از بیماری ها و حوادث (مولفه شهر) ۲) افزایش رفتارهای سالم شهروندان (مولفه شهروند) ۳) افزایش نمره پاسخگویی مدیریت شهری در کاهش نابرابری های در شهروندان (مولفه مدیریت شهری)

در نهایت با دستیابی به این اهداف انتظار می رود میزان مرگ ها، بیماری ها و حوادث کاهش یافته و نمره سرمایه اجتماعی و نشاط شهر بهبود یابد. در مجموع ۴۳ معیار در سه مولفه شهروند، شهر و مدیریت شهری با وزن به ترتیب ۳۰٪، ۵۰٪ و ۲۰٪ تعیین شد. جنس معیار ها بیشتر عینی و ملموس، پیشگیرانه، دارای مداخله بهبود ی و با قابلیت اندازه گیری دوره ای بود؛ به طوریکه برای مجری (مدیریت شهری) قابلیت برنامه ریزی عملیاتی سالانه داشت. دوره ارزیابی در اولین سال و آخرین سال حضور یک دوره از شورای اسلامی شهر بود. اعلان عمومی رتبه شهرها در درون چهار گروه کلان شهرها، شهرهای توسعه یافته، شهرهای با توسعه متوسط و شهرهای کم توسعه به صورت مستقل و از دومین دوره صورت می گیرد. کلان شهرها و شهرهایی که بالای ۸۰٪ استانداردهای لازم را کسب کرده باشند نشان شهرسالم از ریاست جمهوری دریافت می کنند. بر اساس گزارش ۲۰۱۰ سازمان سلامت جهان توصیه های پنج گانه این سازمان به دولت ها این است که برای بهبود سلامت شهری پنج راهبرد را در پیش بگیرند[۱۱]: ۱) مداخلات و تسهیلات در راستای رفتارهای سالم و ایمن فراهم کنند ۲) بهبود شرایط زندگی شهری را بهبود دهند ۳) از حکمرانی مشارکتی در شهر اطمینان پیدا کنند. ۴) شهرهایی دوستدار همه گروه های سنی (به ویژه کودکان، سالمندان و معلولان) پایه‌گذاری کنند ۵) تاب‌آوری مناطق شهری به بلایا و فوریت‌ها را افزایش دهند.

مرور معیار های تدوین شده تطبیق بالای تنوع و توزیع این معیار ها را با پنج راهبرد پیشنهادی نشان می دهد. با توجه به وزن های تعلق گرفته به هر یک از مولفه ها، شاهد هستیم که مولفه شهر به دلیل تعامل کلیه گروه ها در ایجاد شهر سالم وزن بالاتری دارد. مولفه شهروند بدون مولفه مشوق شهر و تلاش مدیران شهری احتمال تغییر کمتری دارد لذا وزن پائین تری دارد. با اینکه مولفه مدیریت شهری وزن پائین تری دارد ولی سهمی از مولفه مدیریت شهر (تعامل با بخش خصوصی، مردم و بخش های دولتی دیگر) نتیجه اش در مولفه شهر نمایان است. به طور کلی شاخص های تدوین شده در این مطالعه بر خلاف مصوبه دولت در مورد شاخص های ۵۲ گانه نتیجه محور و پیشگیرانه دیده شده است[۱۱]. حدود ۸۰٪ وزن به دو حیطه شهر و شهروند متعلق است که این موضوع موجب می شود شهردار بتواند هدف گذاری سالانه برای هر شهر داشته باشد. روند اسناد بالادستی به سمت ایجاد حاکمیت واحد شهری است [۱۲] اما در دو برنامه توسعه پنج ساله چهارم و پنجم به کندی پیش رفته است. رتبه بندی سلامت شهرها روند اجرایی کردن این قانون را سرعت می بخشد. شیوه نامه اعتباربخشی و رتبه بندی سلامت شهرها با هدف افزایش رقابت و پاسخگویی شهرداران و کلیه دستگاه های مسئول در سلامت شهرها تدوین شده است. با اجرای این شیوه نامه مفهوم شهرسالم عینی شده و وضعیت شهرها به سیاست گذاران برای تصمیم گیری مبتنی بر شواهد منعکس می شود و در نهایت انتظار می رود کاهش نابرابری ها اتفاق بیافتد.

سهم نویسندگان

ندافی کاظم ندافی: تحلیل داده ها و تهیه گزارش نهایی
سهند ریاضی اصفهانی: جمع آوری و تحلیل داده ها، نگارش مقاله
مهران خائفی: جمع آوری و تحلیل داده ها
بهزاد دماری: مدیریت پروژه، تحلیل داده ها و تهیه گزارش نهایی

تشکر و قدردانی

این طرح به سفارش مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مطابق قرارداد شماره ۹۳۶۷/م/۲۴۱ در موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران انجام گرفته است. تیم پژوهش بر خود واجب می داند تا از همکاری عزیزانی که با راهنمایی های ارزنده، حوصله علمی و دقت خاص خویش، پژوهش حاضر را پربار ساختند قدردانی نماید: دکتر حسین ملک افضلی، دکتر حسین سالاریان زاده، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر غلامرضا کاظمیان، دکتر حمید پوراصغری، جناب آقای منصور روشناسی، دکتر محمد مهدی گلمکانی، مهندس رضا قهرمانی، مهندس علی نوذر پور، سرکار خانم حسینی، مهندس نسرین مشرقی، دکتر فروزان اکرمی و دکتر مریم حاجیان.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.1.2]

منابع

1. Farhadian M, Mahjub H, Sadri GH1, Aliabadi M. Ranking Health Status of Children in Iran's Provinces and Assessing its Relation with Socio-Economic Indicators . Hakim 2010; 13:108-114

2. Amini N, Yadolahi H, Inanloo S. Ranking of Country Provinces Health. Social Welfare 2006; 5:27-48

3. Shikhbegloo R, Taghvaee M. Assessment of the level of development of the country provinces using multi-criteria decision-making method. Joghrafia. 2014; 11: 138-157

4. Maleki S, Sheiki H. Analysis and classification of indicators and development priorities in the country provinces using factor analysis and cluster analysis. Geography and Planning 2010; 14: 61-85

5. Moazzeni A, Alizadeh-Aghdam M. Evaluating the quality of urban life: a model for assessing and ranking Iranian provinces using cluster analysis. Iranian Journal of Sociology 2013; 13: 149-174

6. Mirghafouri SHA, Tahari-Mehrjerdi MH, Babaee H. Determine the ranking of provinces in terms of development and access to the Librarianship indicators. Librarianship and Information 2012; 13: 243-270

7. Gharakhloo M, Habib K. Migration analysis in relation to the level of development of the country provinces using planning techniques. Tahghighat Joghrafiaee 2006; 21: 59-83

8. Ghanbari A. Determine the degree of development and forecast planning and development priorities of the cities in Iranian provinces. Joghrafia 2011; 9: 165-179

9. Ziari K. The degree of cultural development of provinces in Iran. Iranian Journal of Social Sciences. 2001; 8: 91-104

10. World Health Organization. Why Urban Health Matters Geneva: WHO; 2010.

11. Council of Ministers of Iran. Indicators of Health Equity, Approval of the Council of Ministers of Iran 2011; Available at: http://sdh.behdasht.gov.ir/uploads/331_1650_Legislation.pdf.

12. FarhoudiGhalibaf MB, Hafeznia MR, Mahmoudpoor A. The role of political-administrative divisions of the city in an integrated urban management The Tehran case study. Joghrafia 2000; 6: 27-44

13. Ahmadnia S. Urban Management Municipalities Organization Press. Tehran; 2000

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.1.2]

ABSTRACT

Designing a health ranking system for cities in Iran

Kazem Naddafi[1], Sahand Riazi-Isfahani[2], Mehran Kaefi[3], Behzad Damari[2*]

1. School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Environment and Occupational Health Center, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
3. National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2017; 3: 271-280
Accepted for publication: 9 April 2017
[EPub a head of print-15 May 2017]

Objective (s): Currently, about 70% of the Iranian population are living in cities. Considering the increase in population of the cities and outskirts, the need to improve health indicators in an equitable way in this complex environment is more crucial than ever. The aim of this study was to design a guideline for health ranking of Iranian cities.
Methods: This study was a system design with qualitative approach. The data were collected from three sources: literature review, interviews with experts and stakeholders, and focus group discussions. Intentional sampling method was chosen. Based on a thematic analysis, the results were summarized into the guideline and a table of indicators for ranking.
Results: A total of 12 interviews were conducted and a consensus was reached on three subjects in two group discussions: 1) the conceptual model and designing principles 2) the table of indicators for health ranking 3) the charter of accreditation and health ranking system for cities. Eventually 43 indicators were determined in three components including city, citizens and urban management.
Conclusion: The results of this study were rectified in the fourteenth session of the Supreme Council for Health and Food Safety. By implementation of the results of this study, it can be expected that a positive movement occur among municipalities and urban councils, and the accountability of mayors and responsible authorities will be increase.

Key Words: ranking, health, cities

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.1.2]

[*] Corresponding author: Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
Tel: 62921333
E-mail: bdamari@gmail.com