

عوامل استرس زای محیطی اثرگذار بر سلامت روان ساکنان محلات*

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰

کد مقاله: ۸۰۸۰۷

ساناز فنائی^{۱*}، غلامرضا حقیقت نائینی^۲

چکیده

سلامتی به عنوان یک سبک زندگی و رویکردی برای زندگی روزمره برای دستیابی فرد به رفاه جسمانی و روانی معرفی شده و تعادلی است که شخص میان خود و محیط زندگی برقرار کرده و در آن به فعالیت می پردازد. این نگاه نشان می دهد رابطه مشخصی میان محیط کار، سکونت و تفریح و سلامتی، علاوه بر شیوه ای که فرد برای زندگی خود برمیگزیند، وجود دارد. از عوامل اثرگذار بر سلامت روان شهروندان آنچه در بستر شهری و در ارتباط با برنامه ریزی و طراحی شهری است، در دسته عوامل استرس زای محیطی قرار می گیرد. عوامل اثرگذار عوامل استرس زای محیطی، ویژگی ها و شرایطی کالبدی، اجتماعی و محیطی هستند که فرد عادی آن ها را تهدیدکننده، خطرناک، آسیب رسان و حتی محدودکننده، درک می کند. از آنجاکه تمرکز صرف بر بیماری ها و اختلالات روانی و تلاش برای درمان آن ها تنها راهکار ارتقاء سلامت روان نبوده، باید در سیاست های غیرپزشکی نیز بهبود سلامت روان افراد مدنظر قرار گیرد. باهدف ارتقاء سلامت روان شهروندان به کمک برنامه ریزی و طراحی شهری، باید از طریق شناسایی عوامل استرس زای محیطی و با خلق شرایط و محیط زندگی قابل اتکا، وضعیت روانی ساکنان شهرها را بهبود بخشید.

واژگان کلیدی: سلامت روان، استرس، عوامل استرس زای محیطی، محلات مسکونی

۱- دانشجوی دکتری شهرسازی، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه هنر، تهران (نویسنده مسئول): sanazfanaei@gmail.com

۲- دانشیار دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه هنر، تهران

*- این مقاله برگرفته از بخشی از رساله دکتری نویسنده اول تحت عنوان «تدوین چهارچوب ارزیابی اثرات پروژه های بازآفرینی شهری پایدار در محلات بر سلامت روان شهروندان» می باشد که در دانشکده معماری و شهرسازی دانشگاه هنر تهران در دست انجام است.

۱- مقدمه

بهداشت و سلامت روان، نیازی اساسی برای بهتر زندگی کردن است. امروزه نقش اختلالات و ناراحتی‌های روانی بر ناتوانی و از کارافتادگی افراد پوشیده نیست و بار سنگینی را بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. مطالعات سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد تنها در دهه اخیر، بار اختلالات روانی ۱۳٪ افزایش داشته و افسردگی و اضطراب یکی از دلایل اصلی ناتوانی انسان‌ها شناخته شده است (WHO, 2019). در ایران نیز، بر اساس مطالعه وزارت بهداشت در سند برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور، شیوع ناراحتی‌ها و اختلالات روانی، حدود ۲۰٪ است که این میزان تقریباً ۱۴٪ بار بیماری‌های کشور را در برمی‌گیرد. به علاوه، شیوع این نوع بیماری‌ها در پایتخت، از متوسط کشور بالاتر است، به طوری که حدود ۳۴٪ از شهروندان تهرانی به یکی از انواع بیماری‌ها و اختلالات روانی، مبتلا هستند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۰). تهران نیز به عنوان پایتخت کشور، شهری پراسترس است و طی یک سال ۸۲٫۳٪ شهروندانش نوعی استرس شدید داشته‌اند (یاسمی و همکاران، ۱۳۹۸). این آمار نشان‌دهنده ضرورت توجه به مبحث سلامت روان در بستر کشور و عوامل مختلفی است که بر آن اثر منفی دارند.

شیوه زندگی و رفتاری که فرد انتخاب و بر اساس آن عمل می‌کند آگاهانه و آنچه محیط زندگی ارائه می‌کند به طور ناخودآگاه، پدیدآورنده وضعیت سلامت وی خواهند بود. بخش قابل توجهی از زندگی افراد علاوه بر مکان‌هایی که در آن‌ها به کار و تحصیل می‌پردازند، در محلات مسکونی می‌گذرد. محلات یکی از عناصر شهری هستند که هر فرد از کودک تا بزرگسال، بخش زیادی از زندگی خود را در آن سپری می‌کند و اکثر عوامل اثرگذار بر سلامت افراد در سطح محلات قابل شناسایی هستند. بدون تردید، وضعیت سلامت افراد و بُعد روانی آن، تنها به ویژگی‌های فردی و خانوادگی وابسته نبوده و محیط زندگی نیز از جنبه‌های مختلف بر آن اثرگذار است. آنچه محلات به ساکنان عرضه می‌دارند نه تنها به طور عام سلامتی ایشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه تنوع گزینه‌های موجود و کیفیت ارائه آن‌ها بر جنبه اختیاری و انتخابی عوامل مرتبط با سلامتی نقش مهمی دارد. لذا، بررسی الگوهای برنامه‌ریزی و طراحی محلات مسکونی و هرگونه سیاست مؤثر بر ساختار شهری، در راستای ارتقاء سلامت روان ساکنان باید مورد توجه تصمیم سازان و تصمیم گیران شهری قرار گیرد. در این راستا، ضروری است عوامل استرس‌زای محلات شناخته شده، دسته‌بندی مشخصی از جنبه‌های اثرگذار محیط بر سلامت روان فارغ از ویژگی‌های جمعیتی، سنی و جغرافیایی افراد ارائه شود.

۲- سلامتی و بُعد روانی آن

۲-۱- مفهوم سلامتی

مفهوم سلامتی همواره در حال تغییر و تحول بوده و درک افراد از آن همچنان در حال تکامل است. تا مدت‌ها سلامتی تنها با توجه به ظاهر و شرایط جسمانی افراد تعریف می‌شد؛ یعنی عدم ابتلای فرد به بیماری نشان‌دهنده سلامت وی بود. اما با پیشرفت‌های صورت گرفته و گسترش اطلاعات، این دیدگاه دچار تغییر شد. تحول شکل گرفته در تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ در سال ۱۹۴۸ از سلامت قابل مشاهده است؛ سلامتی بهره‌مندی کامل از تندرستی جسمانی، روانی و رفاه اجتماعی بوده و صرفاً فقدان بیماری و ناتوانی، نیست (WHO, 1948:1). بنابراین محدودیت سلامت از بُعد جسمانی آن خارج شده و شرایط مورد نیاز برای سلامت نه تنها شامل در دسترس بودن منابع تأمین‌کننده نیازهای اساسی بشر، حفاظت وی از تمامی خطرات زیست‌محیطی و به کارگیری رویکردی پیشگیرانه به منظور جلوگیری از ابتلا به بیماری‌ها بوده، بلکه باید حس امنیت و رفاه را نیز در پی داشته باشد. اگر محیطی که در آن کار یا زندگی می‌کنیم در برخی ابعاد دچار کمبود باشد، این مسئله می‌تواند هم به مشکلات جسمانی و هم روانی منجر گردد.

البته انتقاداتی نیز به تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامتی وارد است. بیشترین نقد مربوط به استفاده از کلمه «کامل»^۲ در رابطه با مفهوم سلامتی است، چراکه این عبارت به طور ناخواسته عده زیادی از اعضاء جامعه را ناسالم می‌شمارد (Huber et al., 2011). مسئله بعدی که در برخورد با این تعریف پدید می‌آید این است که از سال ۱۹۴۸، ساختار جمعیتی و طبیعت بیماری‌ها به شکل قابل توجهی تغییر کرده است. در آن سال، وجود بیماری‌های حاد و مزمن^۳ که به مرگ زودرس منجر می‌شد، عمده‌ترین مشکل در راستای سلامتی و بهداشت جامعه بوده است؛ بنابراین در آن بستر، تعریف ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی، خواسته‌ای معقول بوده است. هم‌چنین، از آن زمان به واسطه اقدامات صورت گرفته در زمینه بهداشت عمومی از قبیل بهبود تغذیه، بهداشت و اصول مربوط به رعایت آن و فعالیت‌های بهداشتی عمده، الگوهای بیماری‌ها تغییر یافته است (Kanungo et al., 2010).

1 World Health Organization (WHO)

2 Complete

۳- بیماری‌های حاد و مزمن مانند بیماری‌های قلبی، انواع سکنه، سرطان، بیماری مزمن تنفسی و دیابت که تا حد زیادی یعنی حدود ۶۰٪ از عوامل مرگ و میر در جهان هستند (WHO, 2019).

در همین راستا بسیاری از متفکران و سازمان‌ها نیز در پی ارائه تعریف خاص خود از سلامتی بوده و هستند. در سال ۱۹۸۲، انجمن بین‌المللی اپیدمیولوژی^۱، تعریف سلامتی را به این شکل ارائه می‌دهد: «وضعیتی است که با نبود نقص کالبدی، فیزیولوژیکی و روانی، توانایی عمل به‌عنوان عضوی ارزشمند در خانواده، شغل و جامعه، توانمندی در راستای مقابله با استرس‌های فیزیکی، بیولوژیکی، روانی و اجتماعی، احساس بهروزی و رهایی از خطرات ابتلا به بیماری و مرگ ناگهانی، تعریف می‌شود.» اما این تعریف در سال ۱۹۸۵ به: «حالت تعادلی میان افراد و محیط‌های کالبدی، بیولوژیکی و اجتماعی اشاره دارد که با فعالیت‌های کامل ایشان سازگاری دارد.» تغییر یافت (Porta et al., 2014). پیشنهادهای تکمیلی دیگری نیز برای تکمیل تعریف سلامتی ارائه شده است که یکی از معروف‌ترین آن‌ها، تعاریف ارائه شده در منشور اتاوا است که بر ظرفیت‌های اجتماعی و شخصی افراد به‌اندازه بُعد جسمانی توجه دارد. «منشور اتاوا برای ارتقاء سلامت»^۲، توافقی بین‌المللی است که در اولین کنفرانس بین‌المللی در مورد ارتقاء سلامت در اتاوا، کانادا، توسط سازمان بهداشت جهانی در نوامبر سال ۱۹۸۶ برگزار شد. در این کنفرانس از ارتقاء سلامت به‌عنوان فرآیند توانمندسازی افراد برای افزایش قدرت کنترل و بهبود سلامتی ایشان یاد شده است. به‌منظور دستیابی به وضعیت کامل جسمانی، روانی و رفاه اجتماعی، فرد یا گروهی از اجتماع باید قادر باشند تا اهدافی را برای خود تعریف و متصور شوند، نیازهای خود را برآورده ساخته و به تغییر یا انطباق با محیط اطراف بپردازند. بنابراین سلامتی به‌عنوان رویکردی برای زندگی روزمره و نه هدفی برای زندگی شناخته می‌شود. در واقع، سلامتی مفهوم مثبتی است که علاوه بر بُعد جسمانی، ابعاد اجتماعی و فردی را در نظر داشته، بنابراین ارتقاء سلامت تنها مسئولیت بخش بهداشت و درمان نبوده، بلکه از سبک زندگی سالم فراتر رفته و به بهروزی^۳ فرد می‌پردازد. در اینجا، صلح، سرپناه، تحصیلات، درآمد، وجود اکوسیستم باثبات، وجود منابع پایدار و عدالت اجتماعی به‌عنوان پیش‌نیازها و شروط دستیابی به سلامتی معرفی می‌شوند (WHO, 1986). شناسایی و معرفی این پیش‌نیازها نشان‌دهنده رابطه ناگسستگی میان وضعیت اجتماعی و اقتصادی، محیط کالبدی و سبک زندگی فردی و سلامتی است. این ارتباطات ارائه‌دهنده راهی برای کسب درکی کلی از سلامتی هستند. چنین درکی این مفهوم را می‌رساند که تمام سامانه‌ها و ساختارهایی که وضعیت اجتماعی و اقتصادی را مدیریت می‌کنند باید پذیرای پیامدهای فعالیت‌های خود در رابطه با تأثیرشان بر سلامت و بهروزی فردی و جمعی باشند (Nutbeam, 1998).

باهداف بررسی تعاریف موجود از سلامتی و تکمیل آن‌ها، سه عنصر ثابت در تعاریف مرتبط با سلامتی در طی نیم‌قرن گذشته از زمان تعریف ارائه‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی معرفی می‌شود. اول ظرفیت عملکردی افراد است که با پتانسیل‌های ایشان مرتبط است، دوم به ظرفیت افراد برای دستیابی به خودشکوفایی و پیگیری ارزش‌ها، وظایف، نیازها، آرزوها و استعدادها اشاره دارد، و مورد سوم ارتباط با محیط اجتماعی را نشان می‌دهد. بر این اساس، می‌توان سلامتی را چنین تعریف کرد: «سلامتی ظرفیتی در رابطه با استعدادها و آرمان‌های فردی برای دستیابی به زندگی کامل در محیط اجتماعی است» (Blane et al., 1996). تعاریف مطرح‌شده و تحولات صورت گرفته در تعریف مفهوم سلامتی نشان می‌دهد که تعریف این مفهوم، امری پیچیده بوده که باید جنبه‌های مختلف را در نظر داشته باشد و بسیاری از ذی‌نفعان را با توجه به فرهنگ و بستر زندگی ایشان مورد توجه قرار دهد. امروزه، پژوهشگران در پی تعریفی پویاتر، کاربردی و بامعنی هستند که نشان دهد سلامتی تنها یک حالت^۴ نبوده بلکه به‌عنوان منبع^۵ و یا ظرفیت‌های^۶ فردی، عمل می‌نماید. بدین ترتیب، طبق نگاه جدید به این مفهوم، سلامتی به‌عنوان «توانایی انطباق و مدیریت فردی» مطرح‌شده است (Huber et al., 2011).

۲-۲- سلامت روان

سلامت روان از نگاه پژوهشگران فرهنگ‌های مختلف، تعاریف متفاوتی دارد و تقریباً تعریف جامع آن غیرممکن است. اما به‌طور کلی مفهوم سلامت روان شامل بهروزی روانی، استقلال، شایستگی‌ها و میزان کارایی، استعداد و پتانسیل‌های ادراک‌شده توسط شخص است (WHO, 2001). سلامت روان به توانایی فرد برای برخورد با چالش‌های روزانه و تعاملات اجتماعی زندگی بدون تجربه‌ی احساسات ناخواسته و یا ناتوانی‌های رفتاری، اشاره دارد. می‌توان گفت که سلامت روان چیزی بیش از نبود اختلالات روانی است. سلامت روان می‌تواند تحت تأثیر عوامل بسیاری به مخاطره بیفتد، از استرس‌های وارده غیرقابل مدیریت گرفته تا نقص‌های بیولوژیکی یا بیماری‌هایی که عملکرد مغز را مختل می‌نمایند. استرس، چه از وقایع زندگی نشأت گیرد و چه از فشارهای موجود یا فشارهای محیطی، با تغییرات بیولوژیکی مرتبط با اختلالات شناختی، احساسی و رفتاری مرتبط است. روش‌های بسیاری برای کاهش ناراحتی‌های روانی پیشنهاد شده است. عادات سالم، مانند تغذیه خوب، مقدار کافی ورزش و تکنیک‌هایی برای آرامش اعصاب ممکن است در کمک به رفع استرس کارآمد باشند (Kahn & Fawcett, 2008). سلامت روان و

1 International Epidemiological Association
2 Ottawa Charter for Health Promotion
3 Wellbeing
4 State
5 Source
6 Capacity

تندرستی از پایه‌های کیفیت زندگی هستند که افراد را قادر می‌سازند تا زندگی بامفهوم‌تری داشته و شهروندانی خلاق و فعال باشند. سلامت روان یکی از اجزاء ضروری انسجام اجتماعی، بهره‌وری، صلح و ثبات در محیط زندگی بوده که به ارتقاء سرمایه اجتماعی و توسعه اقتصادی جوامع کمک می‌نماید. ارتقاء سلامت روان کیفیت زندگی و رفاه روانی همگان از جمله مبتلایان به ناراحتی‌های روانی و مراقبان آن‌ها را افزایش می‌دهد. توسعه و تحقق‌پذیری برنامه‌های تأثیرگذار به‌منظور ارتقاء سلامت روان، بر رفاه روانی کل جامعه می‌افزاید (WHO, 2005). بنابراین، سلامت روان، فراتر از نبود اختلالات روانی بوده و ابتلا و عدم ابتلا به بیماری‌های خاص این حوزه، معرف فقدان سلامت روان و یا برخورداری از سطح بالایی از آن نیستند.

۲-۳- فشار عصبی (استرس)

استرس در علوم پزشکی در ابتدا به‌عنوان پاسخ تعریف‌نشده بدن به هر محرک مضر تعریف‌شده بود، که در ادامه تعریف این مفهوم با تفکیک عامل استرس‌زا^۱ و پاسخ به استرس^۲ تکمیل شد. عامل استرس‌زا محرکی است که فرد آن را تهدیدکننده دانسته و پاسخ به استرس عملی است که در جواب این تهدید و باهدف بازپایی حالت عادی فرد صورت می‌گیرد (Koolhaas et al., 2011). در علوم رفتاری، استرس به‌عنوان «ادراک یک عامل تهدیدکننده، که به اضطراب، تنش روحی و عدم تعادل فرد منجر می‌گردد»، شناخته می‌شود (Fink, 2016). هر فرد در زمان‌های مختلف درگیر فشارهای احساسی، تنش و اضطراب می‌شود، به‌طوری‌که گاهی اوقات افراد احساس می‌کنند به آنچه در زندگی‌شان می‌گذرد بیش‌ازحد درگیر شده‌اند. بروز این حالات و احساسات نشان از وجود استرس است. از آنجاکه هر فرد زندگی را به شیوه‌ی خاصی تجربه می‌کند، شرایطی که می‌تواند موجب شادی یک فرد شود، ممکن است برای دیگری استرس‌زا باشد. زمانی که فرد احساس عدم‌حمایت از اطرافیان خود داشته باشد، حالت استرس در وی افزایش می‌یابد. استرس واکنشی شخصی به عواملی است که تحت عنوان استرس‌زا شناخته می‌شوند. افراد مبتلا به استرس، در برقراری ارتباط با دیگران دچار مشکل شده، احساس زندانی بودن یا ناکارآمدی داشته، بدگمان بوده و لذت اندکی از زندگی می‌برند. استرس می‌تواند به اضطراب، ترس و افسردگی بیانجامد. اضطراب هنگامی در زندگی فرد روی می‌دهد که شرایط استرس‌زا در زندگی او بیش‌ازحد طولانی شوند یا به‌طور مکرر رخ دهند. عوامل مختلفی موجب ایجاد اضطراب در فرد می‌شوند ولی از عوامل محیطی و اجتماعی می‌توان به احساس طردشدگی فرد، نداشتن ارتباطات اجتماعی، تغییرات ناگهانی همچون زلزله، تغییر محل زندگی و مواردی از این قبیل نام برد. ترس نیز ممکن است به‌واسطه استرس ایجاد شود، اما ترس به‌خودی‌خود موجب ایجاد استرس در فرد می‌شود، چراکه این احساس معمولاً با هراسی از مرگ، حسی از خطری حتمی یا اتفاق بدی در حال وقوع و علاقه به فرار از آن، همراه است. افسردگی، خلق‌وخو یا اختلالات عاطفی است که با غم و اندوه، بی‌قراری، ناامیدی، یأس، کاهش ارزش فرد و درماندگی، توصیف می‌گردد. عامل افسردگی یا درونی، یا بیرونی بوده، نیز از عوامل محیطی منتج می‌گردد. محیط نقش مهمی در افسردگی ایفا می‌کند. تغییرات بنیادی در محیط فرد از قبیل جابه‌جایی محل زندگی تا خسارتی جبران‌ناپذیر، می‌تواند به افسردگی منجر شود. افسردگی نگاه فرد به استرس‌های معمول زندگی را نیز تغییر می‌دهد و با مبالغه در جنبه‌های منفی، موجب می‌شود فرد ناامید و درمانده گردد (Kahn & Fawcett, 2008).

۳- عوامل استرس‌زای محیطی

عوامل استرس‌زا به‌طور عام و کلی، شرایطی کالبدی، اجتماعی و محیطی هستند که فرد عادی آن‌ها را تهدیدکننده، خطرناک، آسیب‌رسان و حتی محدودکننده، درک می‌کند (Campbell, 1983). در این راستا، اوانز^۳ سه دسته عمومی برای عوامل استرس‌زا تعیین نموده که دسته اول شامل وقایع ناگهانی، خاص و با شدت زیاد بوده که تعداد زیادی از مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهند و می‌تواند شامل بلایای طبیعی و یا انسانی در سطوح گسترده باشد. دسته دوم، رویدادهای اثرگذاری هستند که ممکن است از لحاظ شدت مشابه دسته قبل باشند اما گروه کمتری از افراد را درگیر می‌کنند. تفاوت در تعداد افراد درگیر با پدیده استرس‌زا اینجا اهمیت می‌یابد، چراکه در دسته اول افراد می‌توانند با اشخاص بیشتری احساسات خود را به اشتراک بگذارند ولی در دسته دوم، تعداد کمتری درگیر بوده و امکان اشتراک‌گذاری احساسات نیز به همان میزان کاهش می‌یابد. بیماری، مرگ و شکست‌های بزرگ زندگی در این دسته قرار می‌گیرند. دسته سوم درگیری‌های روزانه^۴ هستند که به مشکلات تکرارشونده که هر فرد در زندگی روزمره خود با آن روبه‌رو می‌شود، اشاره دارد. نارضایتی از شغل، معضلات مربوط به محل زندگی، رفت‌وآمد و شلوغی از استرس‌های روزمره هستند (Evans, 1984). اما عوامل استرس‌زای روزمره، ممکن است به شرایط و ویژگی‌های شخصی فرد مرتبط باشد مانند شغل و معضلات آن و یا اینکه میان گروهی از مردم مشترک باشد، مانند ترافیک، آلودگی هوا، ناامنی مسیر رفت‌وآمد و مواردی از این دست. عوامل استرس‌زای محیطی، در تضاد با درگیری‌های روزانه، شرایطی تدریجی هستند و ناگهانی رخ نمی‌دهند. اشاره به

1 Stressor
2 Stress Response
3 Evans
4 Daily hassles

تفاوت این دو نوع از عوامل استرس‌زا آنجا است که پیش‌بینی هر یک و نحوه برخورد با آن بر اساس ذات آن عامل متفاوت خواهد بود. در مطالعات بعدی، پنج دسته از عوامل استرس‌زا معرفی شدند که شامل تحولات ناگهانی^۱، وقایع و رویدادهای بزرگ در زندگی^۲، استرس‌زاهای روزمره^۳، استرس‌آورهای محیطی^۴ و استرس وظایف فردی^۵ است. در اینجا، عوامل استرس‌زای محیطی، یعنی شرایط غیرقابل کنترل محیطی که فشار ادامه‌دار بر افراد ایجاد می‌کنند، یک دسته جداگانه را به خود اختصاص داده است. استرس‌زاهای محیطی در طیف گسترده‌ای از عوامل کوچک که چندان قابل‌ملاحظه نیستند تا عوامل بزرگ‌تر از قبیل سروصدا، جمعیت و شلوغی، انواع آلودگی، ترافیک شدید، تغییر دمای زیاد و مواردی از این قبیل، قرار می‌گیرند (Lepore & Evans, 1995).

آنچه در بستر شهری و در ارتباط با برنامه‌ریزی و طراحی شهری است، در دسته عوامل استرس‌زای محیطی قرار می‌گیرد. عوامل استرس‌زای محیطی، عواملی است که قابل درک بوده، اگرچه ممکن است چندان مورد توجه نباشند، حضور دائمی داشته، بار منفی دارند، غیرضروری بوده و در برخی موارد فرد نمی‌تواند وجود یا ساختار این عوامل را تغییر دهد (Honold et al., 2012). با وجود اینکه عوامل استرس‌زای محیطی مزمن بوده و به نسبت سایر عوامل استرس‌زا در اکثر مواقع از شدت کمتری نیز برخوردار بوده و افراد قادر هستند تا حد زیادی با آن‌ها کنار بیایند، اما باید توجه داشت که تکرار چنین عواملی می‌تواند بر شدت آن تأثیرگذار بوده و موجب عدم توانایی افراد در کنترل موقعیت شود. به‌عنوان مثال تکرار زیاد جرائم در یک منطقه مشخص می‌تواند استرس زیادی با شدت بالایی به ساکنان آن محدوده وارد کند. یا اینکه به‌واسطه استرس‌زاهای محیطی، شخص با درگیری‌های بیشتری طی روز روبه‌رو شود. به‌این‌ترتیب، با وجود اثرات کمتر عوامل استرس‌زای محیطی، حضور و تکرار آن‌ها به کاهش تاب‌آوری اشخاص طی مراحل زندگی خواهد انجامید و ایشان را آسیب‌پذیرتر خواهد نمود. جدا از تفاوت‌های فردی، حتی اگر شخص بتواند به شکلی موفقیت‌آمیز با عوامل استرس‌زا روبه‌رو شود، این عوامل اثرات بعدی بر رفتار و کارآیی وی برجای گذاشته که خود می‌تواند مجدداً باعث تکرار چنین شرایطی گردد.

۴- عوامل استرس‌زای محلات مسکونی

خصوصیات هر فرد و سبک و انتخاب‌های وی در زندگی بر سلامت ایشان و جنبه روانی آن تأثیرگذار است، اما بستر زندگی و ویژگی‌های محیط کالبدی و اجتماعی پیرامون نیز با این خصوصیات متقابلاً در تعامل هستند و نتیجه این تعاملات، تعیین‌کننده میزان استرس و یا نبود آن، تعاملات اجتماعی محلی و تحرکات فیزیکی فرد خواهد بود. ویژگی‌های کالبدی محیط از جمله تراکم، طراحی خیابان‌ها، تسهیلات در دسترس شهروندان، نوع و گونه مسکن و مواردی از این دست بوده و خصوصیات اجتماعی، شاخص‌های تمایل برای برقراری تعاملات اجتماعی و میزان برخورداری از حمایت‌های اجتماعی هستند. روهه^۶ عرصه‌های کالبدی و اجتماعی را به‌عنوان مهم‌ترین منبع بالقوه استرس مطرح کرده و اشاره می‌کند اگر بستر کالبدی و اجتماعی، در کنار ویژگی‌های فردی، حدی برای عوامل استرس‌آور تعیین نکرده و تعاملات موردنیاز شخص را تأمین نکند، فرد وارد حالت استرس‌آوری شده که بدون رفع آن‌ها و حضور حمایت‌های اجتماعی، عواقب منفی بلندمدتی بر سلامت روان فرد خواهد گذاشت (Rohe, 1985). اثرگذاری بستر زندگی بر سلامت روان، توسط محققان دیگری نیز تأیید شده است. آنشنسِل و ساکف^۷، بستر محلات را در کنار پیشینه خانوادگی و ویژگی‌های فردی، یکی از عوامل اثرگذار بر سلامت روان معرفی می‌کنند. پیشینه خانوادگی، جدا از اینکه با خصوصیات و الگوهای ذهنی فرد و میزان سلامت روان او رابطه دارد، بر انتخاب محل زندگی ایشان نیز اثرگذار است. وضعیت اقتصادی-اجتماعی و قومیت، افراد را به زندگی در محلات خاصی و ترجیحات مشخصی از مسکن، هدایت می‌کند. بدین ترتیب محلات، از دو بُعد ساختاری و تجربی با سلامت روان افراد در ارتباط هستند، که بُعد ساختاری همان وضعیت اقتصادی-اجتماعی و قومیت غالب ساکنان را نشان می‌دهد و پایه عناصر تجربی زندگی در محلات خواهد بود. عناصر تجربی شامل عوامل استرس‌زای محیطی مانند ترافیک و عدم امنیت و انسجام اجتماعی بوده، که وجود انسجام اجتماعی برای کنترل عوامل استرس‌زا ضروری است (Aneshensel & Sucoff, 1996). بدین ترتیب، محیط اجتماعی و وجود انسجام در آن می‌تواند تا حد زیادی از عوامل استرس‌زای محیطی بکاهد. بنابراین جنبه کالبدی و اجتماعی محیط زندگی دو بخش اساسی اثرگذار از محیط بر میزان استرس ساکنان محلات هستند. اما در اینجا منظور از محیط زندگی چیست؟ محیط در واقع بستری است که دربرگیرنده محل زندگی، کار و گذران فراغت شهروندان است؛ همان‌طور که اشاره شد، این مفهوم صرفاً محدود به ویژگی‌های کالبدی نبوده و با توجه به بُعد اجتماعی زندگی جمعی، دربرگیرنده روابط و نحوه ارتباط فرد با سایرین نیز هست.

- 1 Cataclysms
- 2 Major life events
- 3 Daily stressors
- 4 Ambient stressors
- 5 Role stressors
- 6 Rohe
- 7 Aneshensel & Sucoff

برخی پژوهشگران در زمینه ارتباط محیط زندگی و سلامت روان افراد، برای اثرات محیط بر سلامت دسته‌بندی‌هایی ارائه کرده‌اند که می‌توان به ویژگی‌های طراحانه محیط و ویژگی‌های اجتماعی (Rohe, 1985)، عوامل استرس‌زای کلاسیک، عوامل استرس‌زای اجتماعی و فرآیند برنامه‌ریزی (Halpern, 1995)، بعد ساختاری و بعد تجربی بستر محله (Aneshensel & Sucoff, 1996)، اثرات مستقیم و غیرمستقیم (Evans, 2003)، ویژگی‌های مطلوب و نامطلوب محیط برای سلامت روان (Sullivan & Chang, 2011) اشاره داشت. اما پژوهشگرانی که در سال‌های اخیر به سلامت روان ساکنان محلات پرداخته‌اند، باهدف ایجاد حس رضایت و بهروزی در افراد، ویژگی‌های محیط که موجب بهبود سلامت روان می‌شود را شناسایی و جنبه‌های مختلف هر یک را معرفی کرده‌اند (McCay et al., 2017; Okkels et al., 2018; McCay, 2019). جنبه‌های مختلف محیط رابطه‌ای درهم‌تنیده‌ای دارند و جدا کردن عناصر مختلف محیط امکان‌پذیر نیست اما در ادامه این بخش به‌منظور تسهیل شناسایی، عوامل استرس‌زا در دو محیط طراحی‌شده و محیط اجتماعی و فرآیند برنامه‌ریزی و طراحی شهری موردبررسی قرار می‌گیرند.

۴-۱- محیط طراحی شده

منظور از محیط طراحی شده در اینجا، ویژگی‌های طراحانه محلات مسکونی است که فرد با حضور در عرصه محلات با آن‌ها برخورد داشته و این خصوصیات می‌توانند موجب آرامش فرد شده یا موجب استرس وی شوند. الگوهای طراحی در دو بخش الگوهای طراحی پهنه برای برخورداری از آسایش اقلیمی و دسترسی به عناصر طبیعی با کیفیت تحت عنوان بستر طبیعی و دیگری محیط مصنوع یا انسان‌ساخت، شامل عناصر تشکیل دهنده محلات و ویژگی‌های آن‌ها، در این بخش ارائه شده است.

الف- بستر طبیعی:

عوامل طبیعی در وهله اول به آن جنبه‌هایی از محیط اشاره دارد که با آب‌وهوا، فصل و زمان مشخصی از روز در ارتباط بوده و بر سلامت جسم، روان و اجتماعی افراد اثرگذار است. توجه به چند نکته در اینجا الزامی است، یک آنکه نحوه برخورد افراد با آب‌وهوا به بستر زندگی و فرهنگ آن‌ها نیز مرتبط است، به‌عنوان مثال گرمای هوای هند و یا هوای ابری و نور کم خورشید در انگلستان به‌عنوان معضل تلقی نمی‌گردد و آنچه در اینجا به‌عنوان شرایط آب و هوایی مطرح می‌شود، وضعیتی جدا از شرایط عادی موردنظر بوده که برای افراد آزاردهنده است و در مقابل ساختارهای طراحانه‌ای مدنظر است که آسایش اقلیمی موردنیاز برای حضور در عرصه‌های عمومی را فراهم می‌آورند. مورد بعد اینکه، گروه‌های حساس مانند کودکان، سالمندان و افراد با کم‌توانی‌های جسمی و ذهنی، در شرایط مختلف، که منظور وضعیت آب و هوایی آزاردهنده است، بیشتر در معرض استرس و اختلالات روانی خواهند بود. در ادامه، به‌طور کلی نمی‌توان شرایط جوی را هدایت و برنامه‌ریزی کرد، بلکه تمرکز باید بر ویژگی‌های طراحانه محیط محلات مسکونی باشد که می‌توان آن‌ها را کنترل کرده و بهترین استفاده را از آن‌ها داشت.

میزان روشنایی و به‌خصوص میزان قرار گرفتن در معرض نور خورشید بر سلامت روان افراد اثرگذار است. برای بسیاری، کمبود نور خورشید می‌تواند به اختلال عاطفی فصلی^۱ منجر شود؛ برای ایشان زندگی یا کار کردن در مجاورت عرصه‌هایی که امکان قرار داشتن در معرض نور خورشید را فراهم می‌کند، می‌تواند شدت و مدت‌زمان ناراحتی‌های روانی آن‌ها را کاهش دهد (Halpern, 1995; Evans, 2003; Sullivan & Chang, 2011). با در نظر داشتن تأثیرات فصلی و حتی تأثیرات زمان-های مختلف از روز، دما نیز، بر حالات روانی افراد اثر داشته به این صورت که پرخاشگری و عصبانیت عموماً با بالا رفتن دما افزایش می‌یابد، گرمای بیش از حد و آزاردهنده روزهای بسیار گرم موجب ایجاد استرس و بروز حالات عصبی و پرخاشگری فرد می‌شود (Halpern, 1995; Ho & Wong, 2019; Li, Ferreira & Smith, 2020). باد نیز در شکل‌های آزاردهنده، از جمله بادهای گرم و خشک، می‌تواند به‌عنوان عامل استرس بروز یابد. تجمع بناهای بلندمرتبه که موجب کوران باد در پایین بناها می‌شوند، نیز می‌تواند موجب غیرقابل استفاده شدن آن محدوده از سطح فضای شهری و اختلال در برنامه افراد و آزار ایشان گردد (Halpern, 1995).

پس از شرایط آب و هوایی، دسترسی به طبیعت و فضای سبز و نحوه ارتباط با آن، تأثیر زیادی با سلامت روان افراد و میزان استرس تجربه‌شده توسط ایشان داشته و مطالعات زیادی در زمینه رابطه دسترسی به فضای سبز و سلامت روان صورت گرفته است. نحوه اثرگذاری طبیعت و فضای سبز بر سلامت روان، در سه تئوری بنیادین در این زمینه مطرح شده است. اولین، نظریه بیوفیلیا^۲ است که به رابطه نزدیک انسان‌ها و طبیعت اشاره داشته و این امر یک نیاز بیولوژیکی از پیش تعیین شده بوده که انسان‌ها را به سمت ارتباط با سایر گونه‌ها می‌کشاند. نظریه بعدی، نظریه کاهش استرس^۳ بوده که عرصه‌های طبیعی و ارتباط با آن را

1 Seasonal Affective Disorder (SAD)

2 Biophilia Theory

3 Stress Reduction Theory

موجب کم شدن فشارهای عصبی و استرس می‌داند. در آخر، نظریه ترمیم توجه^۱ است که طبیعت و عناصر آن می‌توانند با دور کردن افراد از وظایف خسته‌کننده که توجه و دقت بالایی را می‌طلبد، خستگی ذهنی ایشان را کاهش داده و فرآیندهای نیازمند تمرکز را تسهیل بخشد (McCay et al., 2017).

برای کارایی عرصه‌های سبز و طبیعی در محلات مسکونی و اثرگذاری مثبت آن‌ها بر سلامت روان ساکنان، کمیت و کیفیت چنین فضاهایی نیز اهمیت پیدا می‌کند. فاصله چنین عرصه‌هایی از یکدیگر و جانمایی آن‌ها به‌نحوی که برای افراد به‌طور پیاده دسترس‌پذیر باشد، علاوه بر اینکه بر روحیه ساکنان اثر مثبت خواهد داشت، موجب افزایش تحرک و فعالیت فیزیکی ایشان شده، که موجب ارتقاء هر دو بُعد جسمانی و روانی سلامت افراد می‌شود (Nutsford, Pearson & Kingham, 2013; Richardson et al., 2013; James et al., 2015; McCay et al., 2017). حتی تنها مشاهده چنین فضاهایی، بر سلامت روان اثر مثبتی دارد، اما کیفیت بهتر این فضاها به‌عنوان مثال از طریق تأمین ایمنی و امنیت مراجعه‌کنندگان، پاکیزگی، آسایش اقلیمی، وجود تنوع گیاهی و سایر عناصر آرامش‌بخش مانند آب روان و مواردی از این دست، باعث می‌شود این عرصه‌ها به مکانی برای حضور بیشتر و حتی فعالیت ایشان تبدیل شود. زمانی که افراد در این فضاهای سبز و باز حضور پذیر به فعالیت می‌پردازند، احساس تعلق بیشتری نیز به مکان مذکور و هم‌چنین محله خود، خواهند داشت (Barton & Pretty, 2010; McCay et al., 2017; Astell-Burt & Feng, 2019). بنابراین، برای بهبود سلامت روان ساکنان محلات، توجه به وجود عرصه‌های سبز و باز ضروری است اما به شکلی که از کیفیت‌های لازم برخوردار بوده و مدیریت آن‌ها تضمین‌کننده حضور اقشار مختلف باشد؛ در غیر این صورت ممکن است این فضاها به محلی برای جرم، جنایت، سوءاستفاده و به‌طور کلی مکانی استرس‌زا تبدیل شوند.

ب- محیط مصنوع:

ویژگی‌های محیط مصنوع یا انسان‌ساخت با موضوعاتی که در بخش‌های دیگر (محیط طبیعی، اجتماعی و فرآیند برنامه‌ریزی و طراحی) مطرح شده است هم‌پوشانی دارد، به‌عنوان مثال آلودگی هوا که در بخش محیط طبیعی به آن اشاره شد، می‌تواند به دلیل حضور بیش‌ازحد خودروها در عرصه محله بوده و یا برخورد‌های ناخواسته افراد با سایرین، اشاره شده در بخش محیط اجتماعی، می‌تواند ناشی از تراکم بالای محله و نبود سرانه مناسب برای خدمات ارائه‌شده باشد. به‌این ترتیب، با در نظر گرفتن این اثرات و به‌منظور شناخت بهتر جنبه‌های استرس‌زای محیط این تفکیک صورت گرفته است. در این بخش به دلیل گستردگی ویژگی‌های محیط مصنوع (انسان‌ساخت)، رابطه آن‌ها با سلامت روان ساکنان در پنج گروه حرکت و دسترسی، فرم کالبدی، کاربری، عرصه‌های همگانی و آلودگی‌های محیطی، موردبررسی قرار می‌گیرند.

نحوه دسترسی افراد به مقاصد مختلف، شیوه حمل‌ونقل مورداستفاده آن‌ها، میزان وابستگی و یا نیاز ایشان به خودروی شخصی و زیرساخت‌های مربوطه، می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل استرس‌زای محیطی تلقی شود. هنگامی که محلات پیاده‌مدار باشند، ساکنان ترجیح خواهند داد برای فعالیت‌های روزانه خود به‌طور پیاده تردد کنند و این تحرک فیزیکی، با تشویق سبک زندگی فعال فواید جسمانی فراوانی به همراه داشته، تأثیرات مثبتی بر روحیه افراد برجای می‌گذارد و با ایجاد بستری برای حضور شهروندان در فضاهای شهری موجب تقویت شبکه‌های اجتماعی و افزایش تعاملات ایشان نیز می‌شود (نعمتی‌مهر، ۱۳۹۰؛ Frumkin, 2002; Sullivan & Chang, 2011; Rogers et al., 2011; Zuniga-Teran et al., 2017). تأکید بیشتر بر پیاده‌مداری محلات از آنجایی حاصل می‌شود که استفاده از خودروی شخصی جدا از کاهش فعالیت‌های جسمانی، تأثیرات منفی متعددی بر سلامت روان داشته و موجب بروز استرس در رانندگان، مسافران و حتی افراد پیاده می‌شود. در مقابل، حمل‌ونقل عمومی در دسترس و قابل استطاعت به شکل کارآمدی افراد را جابه‌جا کرده، جوامع را به هم پیوند زده، دسترسی‌ها را سهولت بخشیده و در نتیجه فرصت‌های بهره‌مندی شهروندان از آموزش و پرورش، مشاغل، مسکن، تفریحات، دسترسی به طبیعت و تعاملات اجتماعی را ارتقاء داده و وابستگی به خودروی شخصی را به‌ویژه برای کسانی که توانایی مالی خرید و نگهداری آن را نداشته و یا مانند گروه‌های حساس جامعه قادر به رانندگی نیستند، کاهش داده و قدمی در راستای پایداری، سرزندگی و دوام شهر خواهد بود (McCay et al., 2017; Nozzi, 2003).

از لحاظ فرم کالبدی، ساختار طراحی محلات و الگوی چیدمان بناها و رابطه آن با سلامت روان ساکنان از دو بُعد فردی و اجتماعی قابل بررسی است. افراد به هنگام حضور در محلات، علاقه‌مند هستند بدانند کجا هستند و راه خود را بشناسند، به‌این ترتیب کیفیت تجربه حضورشان در عرصه‌های محلی ارتقاء خواهد یافت و از استرس ناشی از گم‌گشتگی دور خواهند بود. در این راستا، شبکه خیابان‌های خوانا و بهره‌مند از سلسله‌مراتب مشخص، که حریم خصوصی افراد را نیز حفظ کند به ایشان کمک می‌کند تا موقعیت خود را راحت‌تر درک نموده و حس امنیت درونی را القا می‌کند (Rohe, 1985; Burton & Mitchell, 2006; Sullivan & Chang, 2011). شبکه‌های اجتماعی، ابعاد و کیفیت‌های حمایت‌گر آن‌ها نیز تحت تأثیر ساختار محلات می‌باشند. شکل خیابان‌های محل زندگی، مانند کوچه‌های بن‌بست و یا خیابان‌هایی با طول کوتاه‌تر که ترافیک و در نتیجه سروصدای کمتری

دارند، روابط همسایگی دوستانه‌تر با حمایت بیشتری را خلق می‌کنند. چیدمان بناها نیز بر رفتارهای اجتماعی و نتیجتاً سلامت روان افراد تأثیرگذار است؛ ساکنان بناهایی که روبه‌روی هم قرار گرفته‌اند به احتمال زیاد باهم آشنا هستند، اما ساکنان بناهای تک افتاده ارتباط و دوستی کمتری با یکدیگر دارند. در واقع، فاصله عملکردی و زاویه دید به شکلی که افراد بیش‌ازحد در معرض دید نباشند، برای شکل‌گیری روابط اجتماعی اهمیت دارد (Rohe, 1985; Halpern, 1995). میزان تراکم نیز با روابط اجتماعی و سلامت روان ساکنان در ارتباط است. زمانی که تعداد واحدهای مسکونی کمتر باشد، روابط همسایگی بهتری شکل می‌گیرد اما با افزایش این تعداد، همسایگان کمتری باهم آشنا شده و سطح تعلق اجتماعی کاهش می‌یابد. باید توجه داشت منظور از تأثیرات منفی تراکم آن است که تعداد افراد آن‌قدر بالا باشد که در نتیجه آن عوامل محل سلامت روان یعنی ازدحام، نبود عرصه‌های باز کافی برای حضور و وقوع متعدد برخوردهای ناخواسته و سروصدا موجب آزار ساکنین شود (Thomas, 2016). کیفیت مسکن و محله نیز بر سلامت روان ساکنان اثرگذار بوده و زندگی در بناهایی با طراحی ضعیف یا قدیمی موجب استرس و افسردگی در فرد شده و می‌تواند مانعی برای عملکرد تأثیرگذار او باشد. جدا کردن کیفیت واحد مسکونی از بستر محله که مسکن در آن واقع است، مشکل می‌نماید. به‌عنوان مثال، احتمال وجود خانه‌های با کیفیت پایین، بیشتر در محلاتی با شاخصه‌های متعدد فرسودگی شهری است (Evans, 2003; Sullivan & Chang, 2011).

در نظام کاربری، اختلاط کاربری در خیابان‌های محلات مسکونی که تنوعی از کاربری‌های سرزنده در آن‌ها وجود دارد، موجب خلق حس اجتماع شده، احساس مثبتی به محله ایجاد کرده و تعاملات اجتماعی را تسهیل می‌کند. نزدیکی محل سکونت، کار، تحصیل و سایر مقاصد افراد را به رفت‌وآمد پیاده و یا استفاده از دوچرخه ترغیب می‌کند که فواید اجتماعات پیاده‌مدار از جمله فعالیت جسمانی بیشتر، وابستگی کمتر به خودرو و تعاملات اجتماعی گسترده‌تر را در پی دارد (Younger et al., 2008; McCay et al., 2017). زمانی که کاربری‌ها از هم‌گسخته باشد و در نتیجه استفاده از خودرو میان مقاصد مختلف ضروری گردد، فرصت شکل‌گیری رفتارهای اجتماعی از میان‌رفته و فعالیت‌ها غالباً انفرادی صورت گرفته و در نتیجه فعالیت‌های ساده روزمره می‌تواند به عاملی برای ایجاد استرس در ساکنان تبدیل شود (Frank et al., 2006; McCay et al., 2017). باید توجه داشت کاربری‌های اشاره‌شده باید در مقیاس محلی باشند، در غیر این صورت، کاربری‌های غیرمسکونی افراد بیشتری را به داخل محله کشانده و احتمال وقوع جرم و جنایت و استرس ناشی از آن را افزایش می‌دهند (Rohe, 1985; Halpern, 1995).

عرصه‌های باز همگانی به مکان‌هایی برای دیدار و گردهمایی افراد اطلاق می‌شود که عموماً برای همه شهروندان قابل‌دسترسی بوده و فرصت‌هایی برای ارتباط با طبیعت و همچنین تعاملات اجتماعی فراهم می‌آورد (Talen, 2000; McCay et al., 2017). این فرصت‌ها به‌طور مستقیم، یعنی به‌واسطه اثرات مثبت ارتباط با طبیعت و غیرمستقیم، یعنی با خلق امکان حضور و دیدار افراد، موجب ارتقاء سلامت روان شهروندان می‌شوند (Evans, 2003). علاوه بر جنبه‌های کمی این عرصه‌ها از جمله موقعیت و فاصله آن‌ها از محل زندگی افراد، رابطه کیفیت این فضاها و تسهیلاتی که ارائه می‌دهند با سلامت روان از اهمیت بالایی برخوردار است؛ چراکه عرصه‌های با کیفیت پایین تنها فعالیت‌های ضروری را امکان‌پذیر کرده، اما کیفیت بالای آن‌ها می‌تواند فرصت وقوع گستره‌ای از فعالیت‌های انتخابی، مانند استراحت کردن یا برقراری روابط اجتماعی، را با دعوت شهروندان به ایستادن، نشستن، غذا خوردن، بازی کردن و در کل درگیر شدن و ماندن در فضا، ایجاد کند (Francis et al., 2012; McCay et al., 2017). عرصه‌های عمومی جذاب، سرزنده، پاکیزه و راحت با چیدمان مناسب که برای استفاده‌کنندگان فضا حس امنیت به همراه داشته و از سه طریق، ارتباط با سایرین، انجام فعالیت‌های جسمانی و آگاهی و ارتباط با محیط طبیعی، تجارب اشتراکی و ارزشمندی را برای ایشان به ارمغان آورد، محلی برای دوری از استرس‌های روزانه خواهد بود (Evans, 2003; Anderson et al., 2017). باین‌وجود، باید در طراحی، مدیریت و نگهداری فضاهای باز عمومی دقت بالایی صورت گیرد تا از تبدیل آن‌ها به مکانی برای وقوع جرائم که موجب محدود شدن استفاده از آن‌ها و ایجاد استرس در افراد می‌شود، جلوگیری شود (McCay et al., 2017).

در آخر، آلودگی‌های محیطی از عوامل استرس‌زایی هستند که همیشه و در هر شرایطی موردی منفی تلقی می‌شوند. این وضعیت برای سایر عوامل استرس‌زای محیطی اتفاق نمی‌افتد، شرایط و بستر می‌تواند بر شدت و ضعف عامل استرس تأثیرگذار باشد، اما آلودگی‌ها همواره منبعی آزاردهنده برای سلامت جسم و روان افراد شناخته می‌شوند. آلودگی هوا شناخته‌شده‌ترین نوع آلودگی است. آلاینده‌های موجود در هوا برای سلامت جسم مضرات بسیاری دارند، اما اطلاع از قرارگیری در معرض این مواد خطرناک موجب بروز استرس شدید در افراد شده و حتی بر رفتارهای ایشان اثرگذار است و می‌تواند میزان و نحوه خارج شدن از خانه و تعاملات با دیگران را محدود نماید (Halpern, 1995; Evans, 2003). آلودگی صوتی به‌عنوان سروصداها ناخواسته، غیرقابل کنترل و غیرقابل پیش‌بینی، مانند سروصدای ناشی از عبور و مرور خودروها، فرودگاه‌ها، ساخت‌وسازهای شهری و مواردی از این قبیل شناخته می‌شود. صداها ناگهانی، بلند و غیرقابل کنترل مانند بوق شدید در ترافیک یا صدای بلند درگیری و دعوا، رفلکس‌های شنوایی افراد را تحت تأثیر قرار داده، حساسیت شنوایی ایشان را بالا می‌برد و با گذشت زمان موجب استرس بیشتر

ایشان در مقابل اصوات ناخواسته می‌شود (Halpern, 1995; Evans, 2003; Sullivan & Chang, 2011; McCay et al., 2017).

آلودگی بصری، مجموعه‌ای از عناصر بی‌نظم و نازیبا است که توانایی فرد برای لذت بردن از یک منظره را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تبلیغات محیطی، مبلمان شهری، نورپردازی، الگوهای فضای سبز و منظر عرصه‌های عمومی به‌طور کلی اگر از تحمل فرد خارج شده و یا با اطلاعات بیش از اندازه همراه باشند، به‌عنوان آلودگی بصری شناخته می‌شوند (Chmielewski et al., 2016). کیفیت ویژگی‌های بصری به این دلیل اهمیت دارد که رفتارهای امن و بهتری را ارتقاء داده و موجب برقراری ارتباط و در نتیجه بهبود حس تعلق به جامعه می‌شود (Portella, 2016). هم‌چنین در شرایطی مانند قرنطینه، مناظری که فرد از پنجره‌های خانه خود با آن‌ها روبه‌رو می‌شود بر سلامت روان افراد اثرگذار بوده و کیفیت پایین آن‌ها می‌تواند موجب ایجاد نگرانی و استرس در شخص شود (Amerio et al., 2020). از آنجا که شهروندان به‌طور روزانه در معرض مناظر شهری قرار می‌گیرند، یکی از فرصت‌های برنامه‌ریزان و طراحان شهری برای بهبود سلامت روان شهروندان از طریق کیفیت‌های بصری خواهد بود. اگر این مناظر برای شهروندان از جذابیت کافی برخوردار نباشد یا بیش‌ازحد شلوغ و نازیبا باشند، افراد بیشتر درگیر دنیای خود شده و بی‌حوصله می‌شوند؛ این بی‌حوصلگی با استرس و رفتارهای خطرناک مانند اعتیاد همراه است (McCay et al., 2017).

نور مصنوعی نیز می‌تواند به‌عنوان عاملی استرس‌زا شناخته شود. برای هزاران سال انسان فعالیت خود را با نور طبیعی هماهنگ کرده بود اما با اختراع لامپ روشنایی، افراد به‌جای تنظیم فعالیت‌های خود با نور روز، نور محیط را با فعالیت‌های خود هماهنگ می‌کنند. قرارگیری در معرض نورهای تلویزیون، تبلت، تلفن همراه، مانیتور رایانه و موارد مشابه، اشتغال در فعالیت‌های شیفی و به‌طور کلی آلودگی نوری در سطح شهرها، موجب اختلال در ریتم شبانه‌روزی افراد و زمان خواب‌بیداری و استرس مرتبط با آشفتگی این چرخه می‌شود. باوجود اثرگذاری بالای نور مصنوعی بر سلامت جسم و روح، طراحی محیط زندگی به شکلی که ریتم شبانه‌روزی را تغییر ندهد از اهمیت بالایی برخوردار است (Okkels et al., 2017). بوی ناخوشایند هم باید به‌عنوان بخشی از آلودگی‌های محیطی موردتوجه باشد، اگرچه رابطه مستقیمی میان بو و استرس و ناراحتی‌های روانی در پژوهش‌ها دیده نشده است، اما حس بویایی می‌تواند بر تجربه و درک افراد از محیط زندگی آن‌ها تأثیرگذار باشد (McCay et al., 2017).

۴-۲- محیط اجتماعی

در این بخش به بررسی آن دسته از عوامل استرس‌زای محیطی پرداخته می‌شود که جنبه اجتماعی دارند؛ یعنی منبع آن‌ها سایر انسان‌ها هستند. درواقع عوامل استرس‌زای محیط اجتماعی مجموعه‌ای است از رفتارها و نیت سایرین که توسط فرد مقابل درک شده و ممکن است موجب استرس و ناراحتی وی شود (Halpern, 1995). البته نمی‌توان عوامل مختلف استرس‌زای محیط را به‌واسطه منشأ انسانی یا مصنوع تفکیک کرد، به‌عنوان مثال زمانی که فرد از محدوده‌ای جرم خیز عبور می‌کند و بدون اینکه درگیر حادثه‌ای شود دچار استرس می‌شود، در این شرایط تشخیص اینکه ذهنیت فرد و در مقابل کالبد محیط چه میزان در استرس ایجادشده دخیل بوده است، کار آسانی نیست. باین‌وجود لازم است به دلیل گستردگی پدیده‌های اثرگذار بر سلامت روان افراد، ابعاد اجتماعی و انسانی محیط نیز موردتوجه قرار گیرد.

اولین موضوع در رابطه با محیط اجتماعی و سلامت روان افراد، شبکه‌های اجتماعی و حمایتی است که ایشان در بستر اجتماع از آن برخوردار می‌شوند. شبکه اجتماعی^۱ به گروه‌های مختلفی از جمله آشنایان، دوستان، همکاران و همسایگان گفته می‌شود که فرد با آن‌ها در ارتباط است. شبکه‌های اجتماعی در سطوح مختلف کلان، میانی و خرد بر سلامت روان جامعه اثرگذار بوده و به‌عنوان حائلی در برابر عوامل استرس‌زا عمل می‌نمایند. این شبکه‌های اجتماعی، در سطح محلی به ارتباطات روزانه و کیفیت روابط فردی و در نتیجه حمایت اجتماعی^۲ که فرد از آن برخوردار بوده و حس اجتماعی^۳ که دارد، مربوط است؛ در سطح میانی، به‌واسطه وجود سرمایه اجتماعی^۴، در شبکه‌های اجتماعی، سیاسی و اقتصادی به افراد و اجتماعات کمک می‌کند تا در قالب ارزش‌ها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی که در جریان تعاملات اجتماعی به وجود می‌آید، قابلیت‌های خود را افزایش داده و از لحاظ روانی احساس آرامش بیشتری داشته باشند؛ و در سطح کلان‌تر، به‌صورت انسجام اجتماعی^۵ با نبود تعارضات نهفته، وجود روابط اجتماعی قوی و به عبارتی چسبی است که جوامع را در کنار هم نگه می‌دارد، نمود می‌یابد (Rohe, 1985; Halpern, 1995; Putnam, 2000; Frumkin, 2002; Halpern, 2005; McKenzie & Harpham, 2006; Sullivan & Chang, 2011; Berkman, Kawachi & Glymour, 2014). چنین نیروهایی کیفیت و کمیت تعاملات اجتماعی و نهادهای اجتماعی، که زیربنای جامعه هستند را شکل می‌دهند (McKenzie, 2008). مجموعه این ارتباطات اجتماعی هم برای فرد و هم

- 1 Social Networks
- 2 Social Support
- 3 Sense of Community
- 4 Social Capital
- 5 Social Cohesion

برای جامعه سودمند بوده که هم می‌تواند میان اعضای گروه‌های مختلف اجتماعی پیوند^۱ برقرار کرده و هم میان این گروه‌های متنوع با احترام به هویت اجتماعی آن‌ها رابطه (پُل) ایجاد کند (Eicher & Kawachi, 2011). با وجود سطوح مختلفی از روابط اجتماعی، اشتراکاتی نیز میان آن‌ها وجود دارد، از جمله اینکه ممکن است برخی تصمیمات و عملکردهای مسئولین نتایجی در پی داشته باشد که بر روی کیفیت روابط روزمره تأثیرگذار بوده و در مقابل پایه‌های فرهنگی تأثیرات عمیقی بر سیاست‌های دولتی داشته باشد و تفکیک این سطوح به‌سادگی امکان‌پذیر نیست. نکته دیگر اینکه تعاملات اجتماعی افراد به دلیل بحران‌های پیش-آمده می‌تواند به شکل‌های مختلف تحت تأثیر قرار گیرد. به‌عنوان مثال در شرایط همه‌گیری ویروس کرونا و رعایت فاصله اجتماعی، تعاملات رودررو و برخوردهای تصادفی به حداقل رسیده و افراد بیشتر بر روابط نزدیک خود تمرکز دارند.

روابط اجتماعی افراد در هر سطح، به دو شکل بر سلامت روان ایشان اثرگذار است که از هم جدا نبوده اما به درک بهتر این تأثیرات کمک می‌کند. جنبه‌های ساختاری روابط اجتماعی یعنی شبکه‌های اجتماعی مستقیماً بر سلامت روان اثر گذاشته اما جنبه‌های عملکردی آن مانند حمایت اجتماعی به‌مثابه سازوکاری تدافعی در مقابل عوامل استرس‌زا^۲ عمل می‌کند (Kawachi & Berkman, 2001; Lakey & Orehek, 2011). شبکه اجتماعی یک فرد عادی حدود ۲۰ تا ۴۰ نفر است که حدود ۶ تا ۱۰ نفر از آن‌ها را به‌خوبی می‌شناسد و در این شبکه سطح معینی حدود ۲۰ درصد از این افراد یکدیگر را می‌شناسند، اما در مقابل افراد مضطرب و دارای ناراحتی‌های روانی شبکه‌های اجتماعی کوچک‌تری داشته و روابط این افراد نیز با یکدیگر محدودتر است. این شبکه‌های اجتماعی می‌توانند تأمین‌کننده منابع مادی و احساسی باشند که به فرد در مقابل عوامل استرس‌زا کمک نموده و هم-چنین رفتارها و احساسات مثبت [و حتی منفی] را گسترش دهند، به‌عنوان مثال شادی و حس رضایت یا سبک زندگی سالم، می‌تواند در میان اعضای این شبکه‌ها انتشار یابد (Halpern, 1995; Cohen, 2004; Umberson & Karas Montez, 2010; Miles, Coutts & Mohamadi, 2012).

در ادامه، زمانی که افراد بر محیط اطراف و شرایط آن کنترل دارند، حس بهتری داشته و استرس کمتری را تجربه می‌کنند. ساکنان محلات باید قادر باشند بر شرایط و وضعیت محل زندگی خود و هم‌چنین فرآیندهای در حال وقوع و نتایج آن کنترل داشته باشند؛ مورد اول به ساختار و الگوی محیط کالبدی و هم‌چنین نحوه ارتباط با سایر ساکنان و شهروندان و دیگری به شیوه‌های مشارکتی و ارتباط ایشان با مسئولین و تصمیم‌گیران مرتبط است. از بُعد اجتماعی، فرد به هنگام حضور در عرصه‌های عمومی باید از فضای کافی برخوردار بوده، احساس راحتی کرده و از منابع موجود به‌عنوان مثال نیمکت، فضای بازی و خدمات محله به‌آسانی بهره‌مند شود. این موضوع فراتر از تأمین خدمات در سطح محلات بوده و به وجود فضای امن برای حضور افراد اشاره دارد که پاسخگوی پیچیدگی و انعطاف‌پذیری رفتارهای اجتماعی ایشان باشد. توجه به قلمرو، حریم، حباب و هاله افراد^۳ باید به شکلی باشد که فرد بتواند ارتباطاتش با دیگران، در کجا و چه زمانی را کنترل کرده و از برخوردهای ناخواسته جلوگیری کند (پاکزاد، ۱۳۸۵؛ Rohe, 1985; Halpern, 1995; Evans, 2003; Sullivan & Chang, 2011; McCay et al., 2017).

در آخر، احساس امنیت نیز در زندگی روزانه فرد نقش مهمی در سلامت روان وی دارد. زمانی که شخص واقعه‌ای همچون دزدی یا تجاوز را تجربه می‌کند، یا شاهد چنین جرائمی بوده^۴ و حتی از آن می‌آموزد^۵، استرس زیادی به او وارد می‌شود و ممکن است اثرات آن تا سالیان سال برای او باقی بماند (McCay et al., 2017). در مورد پیشگیری از وقوع جرم از طریق طراحی محیطی^۶ مطالعات بسیاری انجام شده و توضیحات مبسوط در مورد روش‌های کاهش این وقایع ارائه شده، اما آنچه اینجا مورد توجه است، جنبه‌های اجتماعی وقوع جرائم و دلیل انسانی جرم‌خیزی بیشتر برخی نقاط است. تمرکز وقوع جرائم می‌تواند به سه دلیل باشد: حضور بیشتر مجرمین و در مقابل گزینه‌های مناسب برای اهداف ایشان و هم‌چنین نبود افرادی که توانایی نگرهبانی و ایستادگی در مقابل فرد خاطی را داشته باشند. به همین دلیل، در محلات کم برخوردار که محل زندگی اقشار ضعیف‌تر جامعه هستند، متراکم بوده و افراد کمتر یکدیگر را می‌شناسند و سطح پایین‌تری از انسجام اجتماعی در آن‌ها وجود دارد، چنین وقایعی بیشتر رخ می‌دهد. زمانی که جرم رخ می‌دهد، استرس و ترس ناشی از وقوع جرم از دو بُعد اساسی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اول اثرات ناشی از قربانی جرائم بودن (بُعد ادراکی) و دیگری استرس احتمال وقوع جرم (بُعد احساسی). هر دو بُعد مذکور موجب افزایش استرس فرد و اختلالات روانی فرد شده و این سلامت روان ضعیف‌تر خود ترس و استرس از وقوع جرم را افزایش داده و این احساسات می‌تواند بر رفتارهای فرد در خارج از خانه اثرگذار بوده و موجب کاهش تعاملات اجتماعی و فعالیت‌های فیزیکی وی

1 Bond

2 Bridge

3 Stress-buffering model of social ties

۴ قلمرو و حریم معمولاً حوزه‌هایی هستند که در پیرامون یک فرد یا شیء به‌گونه‌ای تعریف می‌شوند که به آن تعلق داشته باشند. هاله یا حباب چیزی است که فرد فارغ از مکان در اطراف خود ایجاد می‌کند. تفاوت هاله با قلمرو و حریم این است که قلمرو و حریم وابسته به مکان هستند و با قرارگیری فرد یا شیء در آن مکان رابطه دارند در حالیکه هاله یا حباب مستقل از مکان، با انسان تغییر مکان می‌دهد (پاکزاد، ۱۳۸۵: ۵۲).

5 Victimization

6 Witnessing

7 Learning of

8 Crime prevention through environmental design

گردد (Loren et al., 2012). از طرف دیگر، هنگامی که یک محله به‌عنوان، محدوده‌ای جرم‌خیز شناخته می‌شود، این برجسب^۱ بیانگر شخصیت ساکنان و نوع رفتارهایی است که انتظار می‌رود در آن محله دیده شود. هنگامی که فرآیند برجسب‌زنی (از جنبه منفی آن) رخ می‌دهد جلوگیری و مقاومت در برابر کم‌تر صورت می‌گیرد، به‌این ترتیب علاوه بر اینکه روند روبه‌زوال مکان‌ها تسریع شده و امکان وقوع جرائم را بالا می‌برد، اثر مستقیمی بر تصویر ذهنی و سلامت روان ساکنان نیز خواهد داشت (Halpern, 1995; Slattery, 2003). پس به‌طور کلی، فقدان امنیت از جنبه‌های مختلفی بر سلامت روان افراد اثرگذار است؛ به‌طور مستقیم که عمدتاً جنبه طراحانه محیط مصنوع منشأ آن بوده و غیرمستقیم که ناشی از تجربه و ترس از وقوع جرائم و تشدید آن به‌واسطه برجسب خوردن است.

۴-۳- فرآیند برنامه‌ریزی و طراحی شهری

رابطه فرآیند برنامه‌ریزی و طراحی شهری با سلامت روان و میزان استرس وارد بر ساکنان محلات از دو جنبه قابل‌بررسی است. اول، اثرات غیرمستقیمی که تصمیمات و پروژه‌های توسعه شهری که به‌عنوان محصول، بر وضعیت سلامت روان حال حاضر افراد دارند و شامل تمام عواملی است که در بخش‌های پیشین موردبررسی قرار گرفت. مورد دوم که در این بخش بیشتر موردتوجه قرار می‌گیرد، نقش فرآیند برنامه‌ریزی و طراحی شهری است که علاوه بر محصولی که در پی دارد و به‌طور مستقیم، سلامت روان افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درواقع مسیر تصمیم‌گیری تا اجرایی شدن برنامه‌ها و طرح‌ها و نحوه درک و تجربه آن توسط شهروندان و جایگاهی که برای ایشان در این فرآیندها در نظر گرفته می‌شود نیز می‌تواند استرس‌زا و یا در مقابل رضایت‌بخش باشد.

همان‌طور که اشاره شد تأثیر فرآیند برنامه‌ریزی و طراحی شهری بر سلامت روان افراد جدا از اثرگذاری آن از طریق ویژگی‌های طراحانه محیط، می‌تواند به شکل‌های مختلفی صورت پذیرد. مورد اول، شناسایی مخاطب، یعنی شناخت نیازهای شهروندان، سلیقه و فرهنگ ایشان است (Halpern, 1995). از آنجا که برنامه‌ریزی و طراحی بر اساس معیارها و استانداردهای موجود و ایده‌های متخصصین ممکن است از خواسته‌های استفاده‌کنندگان نهایی دور باشد، لازم است ترجیحات و حضور مکفی ایشان در روند پروژه‌های شهری در هر مقیاسی، در نظر گرفته شود. البته باید تعادل میان خواسته‌های افراد و آنچه صحیح است رعایت شود، همان‌طور که در «ده الزام آموزش سلامت جامعه»^۲ اشاره می‌شود که باید به جامعه احترام گذاشت اما آن را تقدیس نکرد. این عبارت به این معنی است که از طرفی باید به خواست جامعه و سنت‌ها احترام گذاشته شود، اما هم‌زمان استانداردهای اخلاقی شخصی و حرفه‌ای نیز رعایت شود. به‌عبارت‌دیگر، ایمان کور به جامعه نباید مانع از پیش رفتن به سمت برقراری عدالت اجتماعی شود (Minkler, 1994).

جنبه دیگر رابطه برنامه‌ریزی و طراحی بر سلامت روان شهروندان، مشارکت ایشان در این روند بوده که خود با ایجاد حس توانمندی برای کنترل رویدادها و دیگری توسعه شبکه‌های اجتماعی همراه است. مفهوم کنترل اجتماعی، «ظرفیت یک جامعه برای تنظیم و تعدیل خود با توجه به اصول و ارزش‌های موردنظر» است و بهره‌مندی از این توانمندی قدرتی انگیزشی به شخص می‌دهد، در مقابل زمانی که فرصت‌های کنترل فرد بر شرایط موجود از بین می‌رود، احساس استیصال و درماندگی به او دست می‌دهد. زمانی که شهروندان از فرآیندهای برنامه‌ریزی و طراحی شهری کنار گذاشته می‌شوند و یا تلاش‌های ایشان در مرحله تصمیم‌سازی نادیده گرفته شود، تصور ایشان بر این خواهد بود که کنترلی بر امور نداشته و در ادامه تلاشی برای تغییر وضعیت نمی‌کنند. عدم توجه به ساکنان، حتی در شرایطی که محصول از کیفیت قابل قبولی برخوردار باشد، اثر منفی بر سلامت روان ایشان می‌گذارد؛ بنابراین برنامه‌ریزان و تصمیم‌سازان باید از روش‌های مشارکتی استفاده کنند که به ساکنان اجازه می‌دهد حتی اگر امکان کنترل تمامی تغییرات را ندارند، تا حد مناسبی اثرگذار باشند (Rohe, 1985; Halpern, 1995; Evans, 2003; Aboelata, 2011). Ersoylu & Cohen, 2011). گسترش شبکه اجتماعی ایجادشده از طریق مشارکت، موجب پرورش تعاملات و حمایت اجتماعی میان شهروندان می‌شود. زمانی که تعاملات افراد افزایش می‌یابد، ایشان بیشتر علاقه‌مند می‌شوند تا ارتباطات دوستانه خود با سایرین را افزایش داده و احساس تعلق اثرگذاری به جامعه به‌عنوان یک کل دارند. مشارکت در فعالیت‌هایی که نیازمند تعاملات اجتماعی است، احتمال شکل‌گیری حمایت اجتماعی، به‌عنوان حفاظت‌کننده افراد در مقابل تأثیرات منفی شرایط استرس-آور، را افزایش می‌دهد.

1 Label

2 Ten commitments of community health education

نتیجه‌گیری

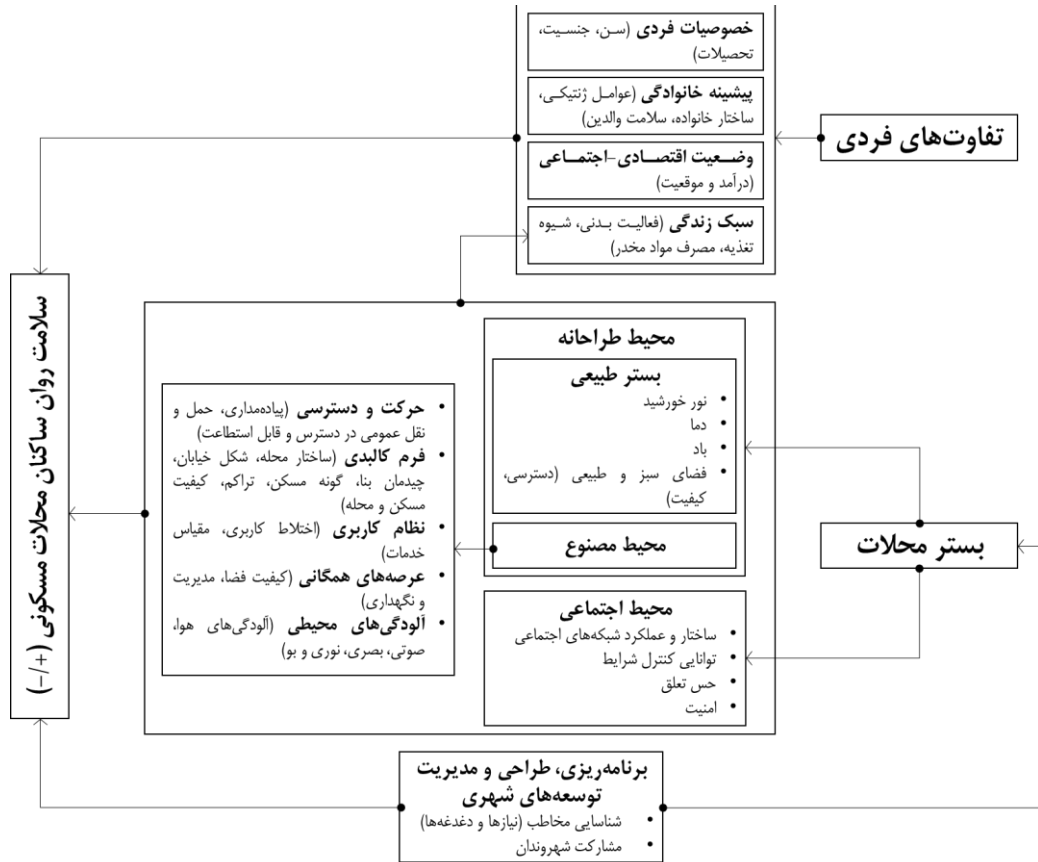
شهرنشینی، یعنی نسبتی از جمعیت که در شهرها ساکن هستند، به دلیل خدمات بهتری که در شهرها ارائه می‌شود از جمله تنوع شغلی، فرصت‌های تحصیل، الگوهای بهداشتی بهتر و خدمات درمانی، بهره‌گیری بیشتر از فناوری‌های روز، در تمام جهان رو به افزایش است. اما با توجه به منابع محدود شهرها و رشد گسترده و بی‌برنامه جمعیت، تغییرات جمعیتی جنبه‌های منفی نیز به همراه داشته که می‌تواند استرس‌زا بوده و سلامت روان شهروندان را تحت تأثیر قرار دهند. از بُعد اقتصادی، زمانی که افراد از شغلی مناسب، یعنی شغلی هماهنگ با توانایی‌ها و نیازمندی‌هایشان، برخوردار نباشند به واسطه هزینه‌های بالای زندگی در شهر و عدم دستیابی به سطح قابل قبولی از کیفیت زندگی، فشار روانی بالایی را متحمل خواهند شد. از طرف دیگر، دسترسی به مسکن باکیفیت و قابل استطاعت، چالشی استرس‌آور است که گروه‌های مختلفی از شهروندان همواره با آن درگیر هستند. در بستر اجتماعی شهرها، محرومیت‌های و نابرابری‌ها، فقدان حس تعلق به جامعه و محل سکونت، احساس امنیت پایین، ازدحام و شلوغی بیش‌ازحد در تمامی عرصه‌های شهری، با تحمیل تنش و فشار روانی، شهروندان را منزوی خواهد کرد. محیط کالبدی و ساختار شهر نیز با شرایطی که برای زندگی افراد ایجاد می‌کند مانند هوای پاک/آلودگی، آرامش و سکوت/ترافیک و شلوغی، دسترسی/عدم دسترسی به فضاهای سبز و موارد مشابه، عاملی اثرگذار بر بهبود و یا اختلال در سلامت روان شهروندان خواهد بود.

محیط محلات مسکونی به‌عنوان عنصری از شهر که همه شهروندان بخش عمده زندگی خود را در آن سپری می‌کنند نیز می‌تواند علاوه بر عوامل فردی یعنی متغیرهای شخصیتی از قبیل درون‌گرایی یا برون‌گرایی و نحوه‌ی کنترل شخصیتی و موارد عام از جمله سن، جنسیت، نژاد، قومیت و دارایی‌های شخص، به شکل‌های مختلف بر سلامت روان ساکنان اثرگذار باشد. ویژگی‌های محلات به‌عنوان عامل استرس‌زا، تأثیرات آن بر نوع و میزان روابط اجتماعی افراد، شهرت محل زندگی و نگاهی که به این واسطه به افراد شکل خواهد گرفت و در نهایت فرآیندهای برنامه‌ریزی شهری که می‌تواند نیازهای شهروندان را شناسایی کرده و افراد را در فرآیندهای برنامه‌های توسعه شهری دخیل کند و یا جایگاهی برای ایشان در سازوکارهای تصمیم‌گیری قائل نباشد. ویژگی‌های محلات می‌تواند به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت روان ساکنان تأثیرگذار باشند. به‌عنوان مثال کیفیت نازل ساخت مسکن و محله‌ای که در آن واقع شده و عدم رسیدگی به آن‌ها موجب افزایش استرس در ساکنان شده، یا زندگی در طبقات بالای مجتمع‌های مسکونی برای سلامت روان مادران و کودکان مخاطره‌آمیز است. سالخوردگان در محلاتی که خوانا نیستند و طراحی همراه‌کننده‌ای دارند، احساس ناراحتی داشته و مشکلاتشان برای ادامه زندگی عادی، چندین برابر می‌شود. تراکم بالای جمعیتی و مسکونی، سروصدای بلند و غیرقابل کنترل، آلودگی هوا، عدم دسترسی به میزان کافی نور خورشید و عواملی از این قبیل همگی مستقیماً بر سلامت روان فرد تأثیر منفی می‌گذارند. از سوی دیگر، محیط محله ممکن است به‌طور غیرمستقیم، از طریق وجود شرایطی در سطح محله برای تجدید قوای روانی، امکان کنترل شرایط، انسجام اجتماعی و امکان مشارکت شهروندان در فرآیندهای برنامه‌ریزی و طراحی محله، بر سلامت روان ساکنین تأثیر بگذارد.

بستر محلات ابعاد درهم‌تنیده‌ای دارند که جدا کردن آن‌ها و تشخیص اثر هر یک به‌تنهایی بر سلامت روان ساکنان مشکل بوده و تا حدی امکان‌پذیر نیست، اما به‌منظور شناسایی عوامل استرس‌زای محیطی، ضروری است. هر محله، دارای دو عرصه طراحی شده و اجتماعی است. بُعد طراحانه محیط می‌تواند با ایجاد آسایش اقلیمی و دسترسی مناسب به عرصه‌های سبز باهدف تجدید قوای روانی افراد به دوری از استرس و اضطراب ساکنان از طریق بستر طبیعی محلات کمک نماید. این جنبه از محیط در ساختار مصنوعی محله نیز به کمک وجود مسیرهای پیاده و امنیت عابران پیاده، علاوه بر اینکه موجب تشویق افراد به زندگی فعال می‌شود، از استرس کاسته، با ارتقاء کیفیت زندگی افراد موجب شادی و رضایتمندی ایشان می‌گردد. وجود عرصه‌هایی با مرزبندی مشخص و سلسله‌مراتب مناسب و دارای مبلمان شهری کارآ، چیدمان مناسب بناها، تراکم مناسب و کیفیت مسکن و محله از لحاظ طراحی و قدمت می‌تواند حس آرامشی برای ساکنان به همراه آورده و بر عملکردهای ایشان اثر مثبت داشته باشد. وجود کاربری‌های متنوع در کنار عرصه‌های عمومی باکیفیت در سطح محلات علاوه بر سرزندگی، حس تعلق ساکنان را ارتقاء بخشیده و تعاملات اجتماعی را تسهیل می‌کند. در ادامه، آلودگی‌های محیطی نیز یکی از عوامل استرس‌زای موجود در محلات هستند که راهکارهای طراحانه کاهش آن‌ها می‌تواند به ارتقاء سلامت روان ساکنان کمک نماید.

عرصه اجتماعی محلات و روابطی که افراد در آن تجربه می‌کنند نیز به دو شکل بر سلامت روان ایشان اثرگذار است. به‌منظور برخورداری از سطح معقولی از سلامت روان، افراد باید قادر باشند عضو شبکه‌ای متعادل از روابط اجتماعی بوده که بخشی از آن در محل زندگی آن‌ها شکل می‌گیرد، در ادامه کیفیت این روابط و میزان حمایت اجتماعی و اطمینان افراد از اینکه از حمایت‌های لازم برخوردار خواهند بود، توانایی افراد در مقابل عوامل استرس‌زای محیطی را تقویت می‌کند. در آخر، فرآیندهای برنامه‌ریزی و طراحی شهری در مقیاس محلات، با توجه به نظریات و خواسته‌های ساکنان و امکان مشارکت ایشان، با توانمندسازی افراد این حس را به ایشان القا می‌کند که بر محیط اطراف و محله نظارت و کنترل داشته و احساس آرامش و امنیت خواهند داشت. این موارد، نمونه‌هایی از عوامل موجود در حوزه‌های اثرگذار بر سلامت روان ساکنان محلات مسکونی را نشان می‌دهد و در ادامه رابطه این حوزه‌ها

با در نظر گرفتن ویژگی‌های افراد و اثرات مستقیم و غیرمستقیم آن‌ها بر سلامت روان که می‌تواند مثبت و یا منفی باشد، در نمودار زیر نشان داده شده است.



شکل ۱- عوامل اثرگذار بر سلامت روان ساکنان در محلات مسکونی

منابع

۱. پاکزاد، ج. (۱۳۸۵). مبانی نظری و فرآیند طراحی شهری، تهران: انتشارات شهیدی.
۲. نعمتی مهر، م. (۱۳۹۰). پیاده رهواری گامی به سوی شهر سالم، نشریه شهر، زندگی، زیبایی، سازمان زیباسازی شهر تهران، دوره اول، شماره ۲، زمستان، ۵۴-۵۸.
۳. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۰). برنامه جامع ارتقاء سلامت روان کشور (۱۳۹۴-۱۳۹۰). تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ معاونت بهداشت.
۴. یاسمی، م.، حاجبی، ا.، شریفی، و.، خردمند، ع.، دماري، ب.، اسدی، ع. (۱۳۹۸). سلامت روان در جهان و ایران، در کتاب جامع بهداشت عمومی (جلد سوم)، صص ۲۶۹۳-۲۷۰۹، تهران: نشر ارجمند.
5. Aboelata, M. J., Ersoylu, L., & Cohen, L. (2011). Community engagement in design and planning. In *Making Healthy Places* (pp. 287-302). Island Press, Washington, DC.
6. Amerio, A., Brambilla, A., Morganti, A., Aguglia, A., Bianchi, D., Santi, F., ... & Serafini, G. (2020). COVID-19 Lockdown: Housing Built Environment's Effects on Mental Health. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5973.
7. Anderson, J., Ruggeri, K., Steemers, K., & Huppert, F. (2017). Lively social space, well-being activity, and urban design: Findings from a low-cost community-led public space intervention. *Environment and behavior*, 49(6), 685-716.
8. Aneshensel, C. S., & Sucoff, C. A. (1996). The neighborhood context of adolescent mental health. *Journal of health and social behavior*, 293-310.
9. Astell-Burt, T., & Feng, X. (2019). Association of urban green space with mental health and general health among adults in Australia. *JAMA network open*, 2(7), e198209-e198209.
10. Barton, J., & Pretty, J. (2010). What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis. *Environmental science & technology*, 44(10), 3947-3955.
11. Berkman, L. F., Kawachi, I., & Glymour, M. M. (Eds.). (2014). *Social epidemiology*. Oxford University Press.
12. Blane, D., Brunner, E., & Wilkinson, R. G. (1996). *Health and social organization: towards a health policy for the twenty-first century*. Psychology Press.
13. Burton, E., Mitchell, L., & Lynne Mitchell, M. E. S. (2006). *Inclusive urban design: Streets for life*. Taylor & Francis.
14. Campbell, J. M. (1983). Ambient stressors. *Environment and behavior*, 15(3), 355-380.
15. Chmielewski, S., Lee, D. J., Tompalski, P., Chmielewski, T. J., & Wezyk, P. (2016). Measuring visual pollution by outdoor advertisements in an urban street using intervisibility analysis and public surveys. *International Journal of Geographical Information Science*, 30(4), 801-818.
16. Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676.
17. Eicher, C., & Kawachi, I. (2011). Social Capital and Community Design. In A. Dannenberg, H. Frumkin, & R. Jackson, *Making Healthy Places: Designing and Building for Health, Well-being, and Sustainability* (pp. 117-128). Washington: Island Press.
18. Evans, G. W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of urban health*, 80(4), 536-555.
19. Evans, G. W. (Ed.). (1984). *Environmental stress*. CUP Archive.
20. Fink, G. (2016). Stress, definitions, mechanisms, and effects outlined: lessons from anxiety. In *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 3-11). Academic Press.
21. Francis, J., Wood, L. J., Knuiam, M., & Giles-Corti, B. (2012). Quality or quantity? Exploring the relationship between Public Open Space attributes and mental health in Perth, Western Australia. *Social science & medicine*, 74(10), 1570-1577.
22. Frank, L. D., Sallis, J. F., Conway, T. L., Chapman, J. E., Saelens, B. E., & Bachman, W. (2006). Many pathways from land use to health: associations between neighborhood walkability and active transportation, body mass index, and air quality. *Journal of the American planning Association*, 72(1), 75-87.
23. Frumkin, H. (2002). Urban sprawl and public health. *Public health reports*, 117(3), 201-217.

24. Halpern, D. (1995). *Mental Health and The Built Environment: More Than Bricks and Mortar?* London: Taylor & Francis.
25. Halpern, D. (2005). *Social Capital*. Cambridge: Polity Press.
26. Ho, H. C., & Wong, M. S. (2019). Urban environmental influences on the temperature–mortality relationship associated mental disorders and cardiorespiratory diseases during normal summer days in a subtropical city. *Environmental Science and Pollution Research*, 26(23), 24272-24285.
27. Honold, J., Bever, R., Lakes, T., & van der Meer, E. (2012). Multiple environmental burdens and neighborhood-related health of city residents. *Journal of Environmental Psychology*, 32(4), 305-317.
28. Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *Bmj. British Medical Journal (Compact Ed.)*, 343, d4163-d4163.
29. James, P., Banay, R. F., Hart, J. E., & Laden, F. (2015). A review of the health benefits of greenness. *Current epidemiology reports*, 2(2), 131-142.
30. Kahn, A., & Fawcett, J. (2008). *The Encyclopedia Of Mental Health*. New York: Facts On File.
31. Kanungo, S., Tsuzuki, A., Deen, J. L., Lopez, A. L., Rajendran, K., Manna, B., ... & Ali, M. (2010). Use of verbal autopsy to determine mortality patterns in an urban slum in Kolkata, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 667-674.
32. Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78(3), 458-467.
33. Koolhaas, J. M., Bartolomucci, A., Buwalda, B., de Boer, S. F., Flügge, G., Korte, S. M., ... & Richter-Levin, G. (2011). Stress revisited: a critical evaluation of the stress concept. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1291-1301.
34. Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological review*, 118(3), 482.
35. Lepore, S.J., & Evans, G.W. (1995). Coping with Multiple Stressors in the Environment. In Zeidner, M., & Endler, N. S. (Eds.). (1995). *Handbook of coping: Theory, research, applications (Vol. 195)*. John Wiley & Sons.
36. Li, M., Ferreira, S., & Smith, T. A. (2020). Temperature and self-reported mental health in the United States. *PLOS ONE*, 15(3), 1-20.
37. Lorenc, T., Clayton, S., Neary, D., Whitehead, M., Petticrew, M., Thomson, H., ... & Renton, A. (2012). Crime, fear of crime, environment, and mental health and wellbeing: mapping review of theories and causal pathways. *Health & place*, 18(4), 757-765.
38. McCay, L. (2019). Urban design and mental health. In *Urban Mental Health* (pp. 32-48). Oxford University Press, United Kingdom.
39. McCay, L., Bremer, I., Endale, T., Jannati, M., & Yi, J. (2017). Urban design and mental health. In *Mental health and illness in the city* (pp. 421-444). Springer, Singapore.
40. McKenzie, K. (2008). Urbanization, social capital and mental health. *Global Social Policy*, 8(3), 359-377.
41. McKenzie, K., & Harpham, T. (2006). *Social capital and mental health*. Jessica Kingsley Publishers.
42. Miles, R., Coutts, C., & Mohamadi, A. (2012). Neighborhood urban form, social environment, and depression. *Journal of Urban Health*, 89(1), 1-18.
43. Minkler, M. (1994). Ten commitments for community health education. *Health education research*, 9(4), 527-534.
44. Nozzi, D. (2003). *Road to ruin: an introduction to sprawl and how to cure it*. Greenwood Publishing Group.
45. Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.
46. Nutsford, D., Pearson, A. L., & Kingham, S. (2013). An ecological study investigating the association between access to urban green space and mental health. *Public health*, 127(11), 1005-1011.
47. Okkels, N., Kristiansen, C. B., & Munk-Jørgensen, P. (2017). Review of Urban mental health. In *Mental Health and Illness in the City* (pp. 1-12). Springer.
48. Porta, M. S., Greenland, S., Hernán, M., dos Santos Silva, I., & Last, J. M. (Eds.). (2014). *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford University Press.

49. Portella, A. (2016). Visual pollution: advertising, signage and environmental quality. Routledge.
50. Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: The collapse and revival of American community. Simon and schuster.
51. Richardson, E. A., Pearce, J., Mitchell, R., & Kingham, S. (2013). Role of physical activity in the relationship between urban green space and health. *Public health*, 127(4), 318-324.
52. Rogers, A., Huxley, P., Evans, S., & Gately, C. (2008). More than jobs and houses: mental health, quality of life and the perceptions of locality in an area undergoing urban regeneration. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(5), 364-372.
53. Rohe, W. M. (1985). Urban planning and mental health. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 4(1-2), 79-110.
54. Slattery, M. (2003). Key ideas in sociology. Cheltenham: Nelson Thornes.
55. Sullivan, W. C., & Chang, C. Y. (2011). Mental health and the built environment. In *Making healthy places* (pp. 106-116). Island Press, Washington, DC.
56. Talen, E. (2000). Measuring the public realm: A preliminary assessment of the link between public space and sense of community. *Journal of Architectural and Planning Research*, 344-360.
57. Thomas, D. (2016). Placemaking: An urban design methodology. Routledge.
58. Umberson, D., & Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior*, 51(1_suppl), S54-S66.
59. WHO. (2005). Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki: World Health Organisation.
60. World Health Organization (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
61. World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva.
62. World Health Organization (2001). Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
63. World Health Organization. (2019). Mental health atlas 2017; resources for mental health in the Eastern Mediterranean Region.
64. Younger, M., Morrow-Almeida, H. R., Vindigni, S. M., & Dannenberg, A. L. (2008). The built environment, climate change, and health: opportunities for co-benefits. *American journal of preventive medicine*, 35(5), 517-526
65. Zuniga-Teran, A. A., Orr, B. J., Gimblett, R. H., Chalfoun, N. V., Guertin, D. P., & Marsh, S. E. (2017). Neighborhood design, physical activity, and wellbeing: applying the walkability model. *International journal of environmental research and public health*, 14(1), 76.