

نقش طراحی شهری بر سلامت روان: تبیین چارچوب مفهومی رابطه کیفیت‌های محیط شهری و سلامت روان ساکنان شهر با تأکید بر افسردگی*

فاطمه دهقان^{۱*} - کورش گلکار^۲ - پانته آ حکیمیان^۳

۱. دانشجوی دکترای طراحی شهری، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
۲. استاد گروه طراحی شهری، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه طراحی شهری، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۲۲ تاریخ اصلاحات: ۱۴۰۰/۰۸/۲۹ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۰۹/۰۱ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۳/۳۱

چکیده

شهر به عنوان محل سکونت، کار، تفریح و ارتباطات، تأثیر به‌سزایی بر سلامت و عدم سلامت روان شهروندان دارد. امروزه، رشد و گسترش شهر و شهرنشینی، زمینه وسیعی از عوامل تهدیدکننده سلامت روان را به ویژه در کشورهای در حال توسعه ایجاد نموده است، چنان که اختلالات روانی یکی از بیماری‌های رایج در شهرها و افسردگی شایع‌ترین آن‌هاست. با این وجود، اکثر مطالعات، بر سلامت جسمی متمرکز شده‌اند و کم‌تر به تأثیرات روانی محیط‌های شهری پرداخته‌اند. اندک مطالعات موجود نیز با تأکید بر جنبه‌های کمی، کم‌تر به ویژگی‌های کیفی محیط توجه داشته‌اند. لذا، هدف این پژوهش، تحلیل و بررسی ارتباط کیفیت‌های محیط شهری و سلامت روان با تأکید بر رایج‌ترین اختلال روانی؛ یعنی افسردگی، و تدوین چارچوب مفهومی معرف این رابطه در حوزه طراحی شهری است. پژوهش، مروری، و از نوع کیفی می‌باشد. داده‌ها از طریق مطالعه اسنادی متون معتبر علمی گردآوری شده و به منظور شناسایی کیفیت‌های محیطی و چگونگی تأثیر آن‌ها، از تحلیل محتوای کیفی متون استفاده شده است. نتایج حاکی از این امر است که کیفیت محیط مصنوع شهر به عنوان یک عامل در سطح میانی با سایر عوامل در سطوح خرد و کلان دارای اثر هم‌افزایی بر سلامت روان شهروندان است و نفوذپذیری، ایمنی، امنیت، غنای حسی، آسایش اقلیمی، زیبایی و اجتماع‌پذیری مهم‌ترین کیفیت‌ها هستند. این کیفیت‌ها، به شکل مستقیم و غیرمستقیم، بر افسردگی و سلامت روان افراد تأثیر می‌گذارند که در ارتباط غیرمستقیم، فعالیت بدنی، تعاملات اجتماعی، کیفیت خواب، تاب‌آوری در برابر استرس و خلق‌وخو، عوامل میانجی هستند که تأثیر برخی از کیفیت‌های محیط مصنوع را ممکن و پایدارتر می‌سازند. بنابراین، این شواهد از لزوم ارتقاء کیفیت محیط شهرها برای پیشگیری و درمان افسردگی ساکنان شهرها حمایت می‌کنند و نقش طراحی شهری را به عنوان یک روش خلاقانه و مؤثر برای ارتقاء سلامت روان عموم افراد در معرض محیط تبیین می‌کنند.

واژگان کلیدی: محیط شهری، سلامت روان، افسردگی، طراحی شهری، چارچوب مفهومی.

* این مقاله برگرفته از بخشی از رساله دکتری نویسنده اول با عنوان «نقش طراحی شهری در پیشگیری و درمان افسردگی نوجوانان و جوانان با تأکید بر فعالیت‌بدنی در محلات شهر یزد»، با راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم در گروه برنامه‌ریزی و طراحی شهری، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه شهید بهشتی می‌باشد.

۱. مقدمه

سلامت، به عنوان یک نیاز بنیادی و حقوق اساسی انسان (Keyes & Shapiro, 2004)، اصلی‌ترین موضوع در اکوسیستم شهری است که نگرانی در مورد آن، با رشد شهرنشینی و پیش‌بینی سکونت ۵ میلیارد نفر در شهرها تا سال ۲۰۳۰ (Xing et al., 2009, p. 209) افزایش یافته است که بخش عمده آن مربوط به سلامت روان می‌باشد. سلامت روان، به منزله قدرت تطابق با شرایط محیطی، داشتن عکس‌العمل مناسب و تاب‌آوری در برابر مشکلات و حوادث (Goldberg et al., 1997)، مفهومی فراتر از نبود اختلالات روانی دارد. با این وجود، اختلالات روانی، خود یکی از شایع‌ترین و بحرانی‌ترین بیماری‌های دوران معاصر است که از نظر بار بیماری و ایجاد ناتوانی، مقام دوم را در جهان دارند (Elliot et al., 2015, p. 17).

در این میان، افسردگی شایع‌ترین اختلالات روانی در دنیاست به گونه‌ای که حداقل یک نفر از شش نفر در طول زندگی آن را تجربه می‌کند (Sheahan, 2014, p. 1) و ۳۲۲ میلیون نفر به آن مبتلا هستند (Who, 2017, p. 5). در ایران نیز بر اساس پیمایش ملی سلامت روان (۱۳۹۰)، افسردگی اساسی، بالاترین شیوع را دارد (اسدی و همکاران، ۱۳۹۶، ۴). این بیماری، در خوش‌بینانه‌ترین حالت، مهم‌ترین عامل تهدیدکننده غیرکشنده و ناتوان‌کننده و در بدبینانه‌ترین حالت، مهم‌ترین عامل مرگ و خودکشی است. به علاوه، پیش‌بینی می‌شود بار افسردگی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه تا سال ۲۰۳۰ به رتبه اول و دوم برسد (Who, 2010). از این رو، افسردگی، مسئله‌ای بحرانی در وضعیت کنونی و آینده سلامت انسان‌ها است که سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷) نیز با شعار "Depression: Let's Talk" مقابله با آن را ضروری می‌داند.

بدیهی است اختلال یا سلامت روان تحت تأثیر عوامل متعددی نظیر عوامل فردی، سبک زندگی، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی قرار دارد (Jackson, 2003, p. 193) که در این میان، محیط مصنوع نقش مهمی دارد (Jackson & Kochtitzky, 2001). در واقع، شاید محیط مصنوع علت اصلی اختلالات روانی چون افسردگی نباشد اما یک عامل شدت‌دهنده در ابتلا و روند بهبود آن‌هاست (Sarkar, 2018, pp. 2-3). یکی از شواهد این ادعا، افزایش ۴۰ درصد احتمال خطر ابتلا به افسردگی در شهرها نسبت به روستاهاست که عمدتاً ناشی از افزایش شهرنشینی، رشد شهرها، پراکندگی کاربری‌ها، زندگی آپارتمانی و محروم از طبیعت است (Tomita et al., 2017, p. 152). چرا که امروزه، توسعه‌های شهری با اتکا بر خودرومحوری، کمیت‌گرایی و ناسازگاری با اقلیم، محیط‌های فاقد کیفیتی ایجاد کرده که به اثرات روانی احتمالی توجهی ندارند و اختلالات روانی نیز علی‌رغم پیشرفت علم روانپزشکی و روانشناسی، همچنان روند

رو به رشدی در محیط‌های شهری دارند. بنابراین، بهبود سلامت روان، نیازمند همکاری بین‌بخشی و هدف بسیاری از حرفه‌ها از جمله طراحی شهری است که بر محیط مصنوع تمرکز دارند.

ارتباط محیط و سلامت روان، برای اولین بار در دهه ۱۹۳۰، در قالب ارتباط ویژگی‌های محله و بیماری‌های روانی در مدل استرس اجتماعی مطرح شد (Berke et al., 2007, p. 526) و دو دهه است که به پژوهش‌های حوزه طراحی شهری راه یافته است (Gong et al., 2016). از آن جایی که جنبش‌های جدید طراحی شهری مانند "رشد هوشمند"، "نوشهرگرایی"، "شهرسازی منظرگرا" و "شهرهای پیاده‌محور"، به دلیل برخی ویژگی‌ها (در حمایت از پیاده‌روی، کاهش وابستگی به خودرو و دیدار با همسایگان)، مزایای بسیاری بر سلامت روان و کاهش افسردگی دارند، طرفداران این جنبش‌ها، با تأکید بر این مزایا، سبب رشد پژوهش‌ها در زمینه ارتباط محیط و افسردگی شدند (Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011, pp. 3-4).

با این وجود، بعد روانی سلامت (خصوصاً افسردگی)، در مقایسه با بعد جسمانی سلامت (مثل فعالیت بدنی، چاقی) کم‌تر مطالعه شده است. در حالی که افسردگی، به دلیل تأثیر بر بروز و شدت سایر بیماری‌ها نظیر دیابت، بیماری قلبی-عروقی، سرطان، پارکینسون (Sheahan, 2014) و کروناویروس، اهمیت بیشتری دارد. هم‌چنین، اکثر پژوهش‌ها، ویژگی‌های قابل‌اندازه‌گیری محیط هم‌چون تراکم (Weich et al., 2002; Ho et al., 2017)، فضای سبز (Lee et al., 2017)، حمل و نقل (Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011)، محرومیت (Matheson, 2006) را در ارتباط با سلامت روان بررسی کرده‌اند و کم‌تر به تحلیل ویژگی‌های کیفی پرداخته‌اند. در حالی که افسردگی "یک بیماری ناتوان‌کننده و اختلال روانشناختی است که بر اندیشه، احساس، رفتار و عملکرد فیزیکی تأثیر می‌گذارد" (باتلر و هوپ، ۱۳۸۹) و عمدتاً با ارزیابی کیفی مردم از کیفیت محیط، درک و ابراز می‌شود.

این موضوع، اخیراً در ایران هم مورد توجه قرار گرفته است. به طوری که اندک پژوهش‌های موجود، عمدتاً به واکاوی کیفیت‌های محیطی مرتبط با سلامت روان (حکیمیان و مظهری، ۱۳۹۸؛ آبرون، قرایی و طباطبائیان، ۱۳۹۷) و ندرتاً افسردگی پرداخته‌اند (کریمی، حیدری و بلاغی، ۱۳۹۷) و بعضاً بر نقش تعاملات اجتماعی (خسروی، ۱۳۹۵) و سلامت جسمی (میرغلامی، قره‌بگلو و نوزمانی، ۱۳۹۶) در رابطه تأکید نموده‌اند.

بنابراین، در این پژوهش، مسئله، کم‌توجهی به تأثیر ویژگی‌های کیفی محیط مصنوع شهرها بر سلامت روان ساکنان است و هدف، در وهله اول، بررسی کیفیت‌های محیطی مرتبط با سلامت روان با تأکید بر افسردگی، و در وهله دوم، تدوین چارچوب مفهومی ارتقاء سلامت روان

طریق طراحی شهری ارائه گردید.

۳. مبانی نظری

محیط مصنوع، مجموعه‌ای از انطباق‌پذیری‌های انسان با محیط‌های جغرافیایی و فرهنگی است که روابط متقابل آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Lang, 1987) و به عبارتی، جنبه‌هایی از محیط اطراف انسان است که با دخالت وی ایجاد شده است. طبق مطالعات، این محیط به عنوان یک مکان، از سه نظر با سلامت روان از جمله افسردگی در ارتباط است: ۱- موقعیت جغرافیایی، ۲- حس مکان و ۳- محل/زمینه اجتماعی^۱ (Nielsen, 2012, pp. 25-26) که می‌تواند به دو طریق بر آن تأثیر بگذارد:

- افزایش محرک‌ها؛ زیرا شهرنشین‌ها، محرک‌های بیش‌تری را تجربه می‌کنند که با تأثیر بر اقدام و تفکر در ناخودآگاه انسان و ناتوانی در مقابله با آن‌ها قوی‌تر می‌شوند یا با افزایش استرس، مردم را به جستجوی آرامش و فضای خصوصی تشویق می‌کنند که با گذشت زمان می‌تواند به انزوا و احتمالاً افسردگی و اضطراب منجر شود.

- کاهش عوامل حفاظتی؛ زیرا شهرنشین‌ها از دسترسی کم‌تر به طبیعت و پشتوانه کم‌تر شبکه‌های اجتماعی برخوردارند و به دلیل افزایش زمان کار و تردد به محل کار، زمان فراغت کم‌تر و فرصت کم‌تری برای ورزش و فعالیت روزانه دارند، احتمالاً محرمیت و خواب کم‌تری نیز دارند و از این رو، در ابتلا به اختلالات روانی مستعدتر هستند (McCay, 2017, pp. 4-5).

به این ترتیب، محیط مصنوع بسته به مطلوبیت و عدم مطلوبیت آن، هم منبع ابتلا و هم منبع مقابله با افسردگی است. چنان که از یک‌سو، یک عامل شدت‌دهنده در ابتلا به افسردگی و طولانی شدن روند بهبود آن است (Sarkar, 2018, pp. 2-3) و از دیگر سو، با ایجاد بستر مطلوب و تحریک ظرفیت ذاتی بدن، توانایی شفاف‌بخشی و التیام دارد (Ananth, 2008, p. 274). در این راستا، شواهدی در خصوص عوامل محیطی مؤثر بر سلامت روان/ افسردگی وجود دارد که در جدول ۱ آمده است.

در حوزه طراحی شهری است تا به توسعه این موضوع میان‌رشته‌ای کمک کند. لذا، سؤالات پژوهش عبارتند از: - کدام کیفیت‌های محیطی شهرها با (ارتقاء یا اختلال) سلامت روان شهروندان خصوصاً افسردگی مرتبط است؟ - جایگاه و ارتباط کیفیت‌های محیطی در میان عوامل تأثیرگذار با سلامت روان چگونه است؟

۲. روش

پژوهش حاضر، مروری بر مطالعات موجود در زمینه "کیفیت‌های محیطی و مدل‌های مفهومی مرتبط با سلامت روان برای ارائه چارچوبی جهت مفهوم‌سازی فرصت‌های کلیدی برای بهبود سلامت روان"، و از نوع کیفی می‌باشد که به دلیل گستردگی مفهوم سلامت روان و تفاوت انواع بیماری‌های روانی، بر افسردگی (شایع‌ترین اختلال) تمرکز شد.

در این راستا، داده‌ها از طریق مطالعه اسنادی متون معتبر خارجی و داخلی حوزه طراحی شهری، روانشناسی محیطی و روانپزشکی گردآوری شد. پایگاه‌های اطلاعاتی منتخب برای جستجو و استخراج مقالات، pubmed proquest, scopus و medline, web of science کلیدی جستجو شده، "environment", "physical environment", "built environment", "urban environment", "neighbourhood", "urban space", "environmental quality", "urban design", "urban planning", "mental health", "mental disorder", "psychiatric disorder", "depression".

هم‌چنین، به منظور شناسایی چگونگی روابط موردنظر از تحلیل محتوای کیفی متون استفاده شد. بدین منظور، نتایج هر مطالعه بررسی شد و مفاهیم صریح و ضمنی آن استخراج گردید تا مبنایی برای تفسیر و بازخوانی مفاهیم جدید قرار گیرد (Krippendorff, 2004). در ادامه، این مفاهیم اعم از موضوعات (کیفیت‌ها) و زیرموضوعات (صفات)، در قالب مدل "مکان پایدار" تحلیل و تفسیر شد و در نهایت، با ابتناء به چارچوب مدل بوم‌شناختی اجتماعی، چارچوب پیشنهادی ارتقاء سلامت روان از

جدول ۱: مفاهیم تکرار شده در مطالعات مرتبط در مورد عوامل محیطی مؤثر بر سلامت روان/ افسردگی

منابع	مفاهیم	نحوه تأثیر
(Evans, Wells, & Moch, 2003; Berke et al., 2007; Saarloos et al., 2011; Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011; Melis et al., 2015; Orban et al., 2016; Ho et al., 2017; Sarkar, 2018; Koohsari et al., 2019; Wang et al., 2019)	تراکم: تراکم جمعیتی، مسکونی، وسایل نقلیه/ مسافر، ازدحام	
(Evans, Wells, & Moch, 2003; Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011; Nielsen, 2012; Orban et al., 2016; Sarkar, 2018; Dzhambov, 2018)	آلودگی: آلودگی هوا/ صوتی، زباله، عدم پاکیزگی	
(Mair, Diez Roux, & Morenoff, 2010; Orstad et al., 2017)	اختلالات بصری: وندالیسم، گرافیتی، وسایل/ اراضی رهاشده/ مخروبه	
(Mair, Diez Roux, & Morenoff, 2010; Orstad et al., 2017)	فرسودگی کالبدی: ساختمان‌های رو به زوال و متروکه	

منابع	مفاهیم	نحوه تأثیر
(Evans, Wells, & Moch, 2003; Galea et al., 2005; Weich et al., 2002; Ho et al., 2017)	مسکن: فرم، قدمت، ویژگی‌های داخلی و خارجی	محورک‌ها
(Nielsen, 2012)	اقلیم و آب‌وهوا: حرارت، رطوبت، تغییرات اقلیمی و فصلی، آسایش اقلیمی	افزایش
(Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011; Melis et al., 2015; Sarkar, 2018; Koohsari et al., 2019; Dzhambov, 2018; Wang et al., 2019)	عناصر طبیعی: آب، فضای سبز، غنای حسی	
(Weich et al., 2002, 2003; Berke, et al., 2007; Mair, Diez Roux, & Morenoff, 2010; Koohsari et al., 2019)	فضای عمومی: حمایت، انسجام و تعامل اجتماعی، پیاده‌روها، دسترسی	حفاظتی
(Weich et al., 2002; 2003; Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011; Orstad, 2017)	ایمنی و امنیت: ترس از جرم و جنایت، حوادث، خطرات	کاهش عوامل
(Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011; Saarloos et al., 2011; Melis et al., 2015; Orstad, 2017; Wang et al., 2019)	کاربری اراضی: اختلاط کاربری، خدمات ورزشی و تفریحی	
(Nasar, 2011)	منظر شهری: زیبایی، برانگیزانندگی	

2006) و طبق مطالعات، اهم آن‌ها به شرح جدول ۲ است. علی‌رغم شواهد موجود در مورد عوامل محیطی و ارتباط آن‌ها با سایر عوامل تعیین‌کننده افسردگی، موضوع قابل تأمل، محدودیت مدل‌ها در تبیین مؤلفه‌ها و کیفیت‌های محیطی در حوزه طراحی شهری است که بدین منظور، از مدل مکان پایدار برای انتظام بخشیدن به مفاهیم و عوامل وابسته به کیفیت‌های طراحی شهری استفاده می‌شود. بر اساس این مدل، کیفیت‌های طراحی شهری، برآیندی از سه مؤلفه "عملکردی، تجربی-زیبایی‌شناختی و زیست‌محیطی" هستند که از ترکیب وجوه چهارگانه محیط حاصل می‌شود (گلکار، ۱۳۸۰). دلیل انتخاب این مدل، ارتباط تنگاتنگ پایداری و سلامت است زیرا زمانی تعامل جنبه‌های محیطی، اجتماعی و اقتصادی به توسعه پایدار منتهی می‌شود که سلامت در مرکز این تعاملات باشد (Price, 1997, p. 35).

لازم به ذکر است که تأثیر عوامل محیطی بر سلامت روان به درک عوامل تعیین‌کننده و روابط آن‌ها وابسته است. در این راستا، مدل‌های متعددی بسته به هدف، مفهوم و پیچیدگی آن‌ها وجود دارد (Von-Szombathely et al., 2017). به طوری که بسیاری از رویکردهای اولیه، محدود به شناسایی تک‌علت‌های بیماری‌زا و عموماً عوامل بیولوژیک بوده است در حالی که رویکردهای امروزی، با نگاهی جامع و سلامت‌محور، سعی در شناسایی مجموعه عوامل مؤثر بر سلامت در ابعاد و سطوح مختلف دارند (Barton & Tsouson, 2000).

بنابراین، با اتکا به رویکردهای متأخر، دو دسته کلی از مدل‌ها وجود دارد: ۱. نظریه رفتاری؛ که عوامل متعدد را بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت و متعاقباً سطح سلامت تأثیرگذار می‌دانند (Pender, 1996) و ۲. مدل‌های مبتنی بر چارچوب بوم‌شناختی؛ که تأثیر عوامل متعدد را در سطوح مختلف در نظر می‌گیرند (Barton & Grant).

جدول ۲: نظریه‌ها و مدل‌ها در مورد رابطه محیط و سلامت (روان)

نام نظریه / مدل	دسته
مدل ارتقاء سلامت پندِر ^۲ (۱۹۹۶)، نظریه شناخت اجتماعی ^۳ بندورا (۲۰۰۱)	نظریه‌های رفتاری
ماندالای سلامت ^۴ هنکاک (۱۹۸۵)، مدل تعیین‌کننده‌های سلامت و ابتهد و دالگرن ^۵ (۱۹۹۱)، مثلث سلامتی لاکلین و بلک ^۶ (۱۹۹۵)، مدل اکولوژی سلامت ^۷ سالیس و اوون ^۸ (۱۹۹۶)، مثلث اکولوژی انسانی ^۹ مید و اریکسون ^{۱۰} (۲۰۰۰)، مدل اکولوژی اجتماعی ^{۱۱} نورتریج، اسکالر و بیسواس ^{۱۲} (۲۰۰۳)، نقشه سکونت‌گاه سالم ^{۱۳} بارتون (۲۰۰۵)، اکولوژی سلامت عمومی ^{۱۴} کیتس ^{۱۵} (۲۰۱۰)	مدل‌های بوم‌شناختی

(Von-Szombathely et al., 2017; Barton & Tsouson, 2000; Bandura, 2001; Pender, 1996)

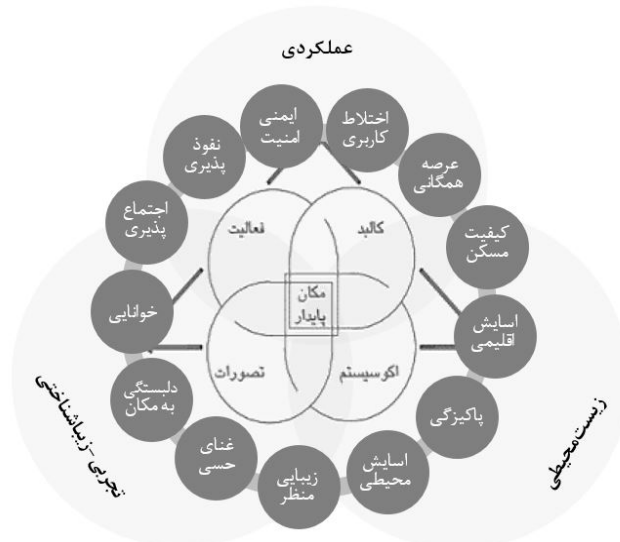
همان‌طور که ذکر شد محیط مصنوع به عنوان مکان، و مکان به عنوان هدف طراحی شهری از نظر موقعیت جغرافیایی، حس مکان و محل، با افسردگی در ارتباط است که به ترتیب، مشتمل بر محیط طبیعی و کالبدی، ویژگی‌های مبتنی بر ادراک و تجربه، و جنبه‌های اجتماعی محیط می‌باشد (Nielsen, 2012, pp. 25-26). این ابعاد متناظر با وجوه چهارگانه محیط اعم از "اکوسیستم، کالبد، فعالیت و تصورات" هستند که سازنده مؤلفه‌های "عملکردی، تجربی-زیبایی‌شناختی و زیست‌محیطی" به عنوان نیروهای شکل‌دهنده کیفیت‌های طراحی شهری در مدل مکان پایدار می‌باشند (گلکار، ۱۳۸۰)، مدلی که مبنای تبیین و انتظام کیفیت‌های طراحی شهری مرتبط با افسردگی است (شکل ۱).

۴. یافته‌ها

بررسی‌ها نشان می‌دهد پژوهش‌های این حوزه، عمدتاً در کشورهای توسعه‌یافته مانند فرانسه، انگلستان و آمریکا انجام شده است (Vallée et al., 2011; Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011; Sarkar, 2018) و اکثراً بزرگسالان و سالمندان را به دلیل آسیب‌پذیری بیش‌تر یا کثرت، مطالعه نموده‌اند (Ho et al., 2017; Melis et al., 2015) که گرچه ممکن است در مورد سایر اقشار و بسترها، نتایج متفاوتی داشته باشد، اما برای فهم و توسعه کیفیت‌های محیطی و تدوین چارچوب مفهومی ارتقاء سلامت روان در حوزه طراحی شهری، ضرورت دارد.

۴-۱- کیفیت‌های طراحی شهری مرتبط با سلامت روان (به طور خاص افسردگی)

شکل ۱: کیفیت‌های طراحی شهری مرتبط با سلامت روان در مدل مکان پایدار



این بیماری دارد که با بهبود خلق‌وخو، خواب، تعاملات اجتماعی و تاب‌آوری در برابر استرس، سلامت روان را بهبود می‌بخشند (Mccay, 2017). سهولت دسترسی به خدمات و امکانات ضروری و تفریحی نیز در بهبود سلامت روان مؤثر است (Brodsky, O'campo, & Aronson, 1999). مثلاً دسترسی به حمل و نقل عمومی با ترویج فعالیت بدنی، موجب افزایش تاب‌آوری و کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان و زنان می‌شود (Melis et al., 2015).

- اختلاط کاربری: تنوع کاربری اراضی در محلات، به دلیل افزایش احتمال فعالیت بدنی و تعاملات اجتماعی، با کاهش علائم افسردگی ساکنین همراه است (Miles, 2011; Coutts, & Mohamadi, 2011). البته برخی کاربری‌های آلاینده نظیر فرودگاه و مراکز پرتردد سواره، علی‌رغم تنوع، اثرات نامطلوبی بر سلامت روان (Nielsen, 2012, pp. 15-27) و افزایش احتمال ابتلا به افسردگی دارند (Saarloos

البته بدین‌منظور، ابتدا، از طریق تحلیل محتوای کیفی، مفاهیم (عوامل محیطی) مرتبط با افسردگی استخراج و بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان دسته‌بندی شدند. سپس، با ابتناء به کیفیت‌های طراحی شهری مدل مکان پایدار و استفاده از تکنیک تقلیل داده‌ها، موضوعات (کیفیت‌ها) و زیرموضوعات (صفات) و روابط آن‌ها شناسایی شد (جدول ۳) که کیفیت‌های طراحی شهری مرتبط با سلامت یا اختلالات روانی خصوصاً افسردگی و نحوه تأثیر آن‌ها به شرح زیر است:

- نفوذپذیری: ترافیک سواره و استرس‌های ناشی از آن، با افزایش خطر افسردگی (Orban et al., 2016) و پیاده‌رواری محلات با کاهش افسردگی (Mair, 2010; Diez Roux, & Morenoff, 2010) و علائم افسردگی (مردان) همراه است (Berke et al., 2007) به طوری که فضاهای فعال و مشوق فعالیت‌بدنی خصوصاً پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری نقش مهمی در پیشگیری و درمان

(et al., 2011) چرا که با نیاز انسان به آرامش و آسایش در تناقض است.

- ایمنی و امنیت: احساس ترس (از جرم، بزهکاری، گم‌شدن، حوادث، تصادفات) باعث افزایش استرس مزمن، اضطراب و احساسات منفی در فرد می‌شود، لذا، در محلات ناامن از نظر جرم و جنایت، به دلیل تمایل کم‌تر مردم به تعاملات اجتماعی و فعالیت بدنی، افسردگی شایع‌تر است (Mccay, 2017, p. 5). در این راستا، اختلالات کالبدی نظیر وندالیسم و گرافیتی نیز باعث افزایش ترس از جرم و بروز علائم افسردگی می‌شود (Mair, Diez Roux, & Morenoff, 2010) چرا که نشانه‌ای از عدم کنترل و نظارت است.

- اجتماع‌پذیری: انزوا و ازدحام هر دو بر سلامت روان مؤثرند. ازدحام و تراکم جمعیتی زیاد با احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب (Weich. et al., 2003) و رفتارهای پرخاشگرانه ناشی از تعاملات ناخواسته همراه است (Dannenberg, Frumkin, & Jackson, 2011). تنهایی بیش از حد نیز موجب انزوا و افسردگی می‌شود (Heidari, 2013, p. 732). بنابراین، هرچند تراکم مسکونی زیاد با ایجاد بستر فعالیت و تعامل با کاهش علائم افسردگی مرتبط است (Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011) اما می‌تواند با قرار دادن افراد در معرض آلودگی و استرس، موجب کاهش تاب‌آوری و افزایش افسردگی (سالمندان) گردد (Ho et al., 2017). پس، چیدمان فضایی قرارگاه‌های رفتاری باید با ایجاد امکان حفظ خلوت، امکان تمدد اعصاب را فراهم سازند (Altman, 1975) تا تعاملات اجتماعی بتوانند از ابتلا به افسردگی پیشگیری کنند.

- کیفیت مسکن: کیفیت کالبدی و نگهداری نامناسب مسکن با افزایش افسردگی (Galea et al., 2005) و کاهش سلامت روانی مرتبط است. البته کودکان زیر ۵ سال و مادران بیش از دیگران تحت تأثیر اثرات منفی زندگی در برج‌های مسکونی هستند (Jackson, 2003) به طوری که سکونت در طبقات بالایی با کاهش فعالیت بدنی، مشکلات رفتاری کودکان، عصبانیت و انزوای زنان خانه‌دار همراه است (Evans, Wells, & Moch, 2003, p. 475). در مقابل، طراحی ورودی، ایوان و نورگیر به دلیل بهره‌مندی از نور طبیعی، دید و حمایت اجتماعی، نقش به‌سزایی در کاهش اختلالات روانی دارد (Weich et al., 2002).

- کیفیت عرصه همگانی: ساکنین محلات دارای فضاهای باز عمومی^{۱۶} با کیفیت بالا، اختلالات روانی کم‌تری دارند (Francis et al., 2012) زیرا فضاهای جذاب‌تر و مجهزتر، حتی در فاصله دور از خانه، موجب پیاده‌روی بیش‌تر و مؤثرتر بر سلامت^{۱۷} (Sugiyama et al., 2010) و تعاملات اجتماعی قوی‌تر می‌گردد (Mccay et al., 2017). اما افزایش محصوریت فضا با افزایش استرس، انزوا و افسردگی همراه است (Heidari, Tavakol, & Behdadfar, 2013).

- زیبایی و کیفیت منظر: کیفیت‌های بصری نقش مهمی در ارتقاء سلامت روان و کاهش آزرده‌گی‌های روانی دارند (Dannenberg, Frumkin, & Jackson, 2011). مناظر طبیعی جذاب و تجربه آرامش‌بخش آن (Nasar, 2011)، از ابتلا به افسردگی محافظت می‌کند (Sarkar, 2018). معماری و نمای جذاب و بدیع نیز خوشایند، و بلوک‌های طولانی، یکنواخت و سیمانی، ملال‌آور است (Mccay, 2017). از این رو، احتمال ابتلا به افسردگی در محلات دارای ساختمان‌های با قدمت زیاد، فرسوده، مخروبه، بلااستفاده (Galea et al., 2005, p.825) و اغتشاشات بصری استرس‌زا مانند گرافیتی و وندالیسم بالاتر است (Gong et al., 2016).

- غنای حسی: ترکیب خوشایندی و برانگیختگی محیط، احساسات متفاوتی اعم از هیجان‌انگیز/ ملال‌آور، آرامش‌بخش/ استرس‌زا ایجاد می‌کند (Nasar, 2011) که شدیداً متأثر از محرک‌های بصری هستند. برای مثال، رنگ آبی، موجب آرامش، رنگ زرد موجب بهبود خلق خو (Jackson & Kochtitzky, 2001) و رنگ‌های شاد و متنوع موجب کاهش استرس، اضطراب و افسردگی کودکان می‌گردد (Daykin et al., 2008) و حد مطلوب پیچیدگی و رمزآمیزی نیز باعث هیجان‌انگیزی می‌شود (Nasar, 2011). به علاوه، محرک‌های غیربصری مانند رایحه‌های خوشایند، صدای پرندگان و آب، آرامش‌بخش و کاهش‌دهنده استرس است (Henshaw & Bruce, 2012).

- خوانایی: مکان‌های خوانا (راه، گره، لبه، حوزه، نشانه) و کمک‌کننده به جهت‌یابی، اضطراب ناشی از تعامل با محیط و احتمال بازگشت بیمارهای روانی را کاهش می‌دهند (Dannenberg, Frumkin, & Jackson, 2011) زیرا احساس راحتی، آسایش و امکان فهم موقعیت، معنا و هویت را فراهم می‌کنند (Kaplan & Kaplan, 1982).

- دل‌بستگی به مکان: رابطه معنادار و معکوسی بین دل‌بستگی به مکان (محلّه) و افسردگی (Valléea et al., 2011)، اضطراب و اختلال خواب وجود دارد زیرا دل‌بستگی، روابط اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های محلی را تسهیل می‌کند و عاطفه مثبت و سازگاری افراد را افزایش می‌دهد (پیوسته‌گر، درویزه، طاووسی، ۱۳۹۴) به طوری که افرادی که همبستگی عاطفی و تعلق بیش‌تری به مکان دارند، انگیزه کم‌تری برای نقل مکان دارند و از سلامت روان بیش‌تری برخوردارند (Dannenberg, Frumkin, & Jackson, 2011).

- آسایش اقلیمی: کمبود نور طبیعی با افزایش هورمون ملاتونین، خواب‌آلودگی، انزوا و کاهش تحرک و شادی، و شدت نور با اختلال ادارک و ناتوانی در کنترل محیط، افسردگی و استرس را افزایش می‌دهد (Heidari, 2013, pp. 732-736). لذا، تراکم ساختمانی زیاد و ساختمان‌های فاقد نور خورشید، با اثرات منفی روانی همراه هستند در حالی که نور

مثبتی با علائم افسردگی دارند (Yen et al., 2006). همچنین، علاوه بر کیفیت‌های محیط کالبدی مذکور، دو کیفیت محیط غیر کالبدی (اجتماعی، اقتصادی) با سلامت روان در ارتباط است که مطلوبیت کیفیت‌های کالبدی به آن وابسته است. این کیفیت‌ها عبارتند از:

- انسجام اجتماعی: انسجام اجتماعی خصوصاً در محله ارتباط تنگاتنگی با کاهش علائم افسردگی دارد زیرا ساکنان به واسطه ارزش‌های مشترک، روابط همسایگی، اعتماد و سازگاری، از حمایت اجتماعی برای مواجهه با حوادث برخوردارند (Mair, Diez Roux, & Morenoff, 2010) و طراحی شهری می‌تواند با تسهیل فرصت‌های تعامل از جمله پیاده‌رهوری، به بهبود وضعیت روانی کمک نماید (McCay, 2017).

- عدالت و برابری: نابرابری‌های اقتصادی در شهرها که به صورت محلات فقیرنشین با کیفیت محیطی پایین و آمار جرائم نمایان می‌شوند، با ایجاد احساس ناامنی در ساکنان، موجب تشدید اختلالات روانی می‌گردد (Dannenberg, Frumkin, & Jackson, 2011)، لذا، برابری اجتماعی و محیطی از جمله برابری جنسیتی، امنیتی و دسترسی به خدمات اساسی، بر سلامت روان تاثیر مثبت دارد (Who, 2012).

طبیعی خواص درمانی قابل توجهی در بهبود افسردگی و اضطراب دارد (Sheahan, 2014). افزایش دمای محیط (از سطح آسایش) نیز با خشونت و پرخاشگری مرتبط است (Evans, 2001). در مقابل، تماس با طبیعت نقش محافظتی دارد که دسترسی به آن در زندگی روزمره، با ترویج فعالیت بدنی و تعامل اجتماعی، موجب بهبود افسردگی، کاهش خستگی روانی (Mccay, 2017, p. 5)، استرس و عصبانیت، و افزایش تاب‌آوری می‌گردد (Sarkar, 2018, p. 3). لذا، وسعت، کیفیت و مجاورت با فضای سبز و آبی برای سلامت روان اهمیت دارد (Dzhambov, 2018, p. 343).

- پاکیزگی محیط: آلودگی هوای شهرها بر خلق‌وخو، وضعیت روانی (Henshaw & Bruce, 2012) و علائم افسردگی تأثیرگذار است که عمدتاً ناشی از ترافیک وسایل نقلیه و احتراق سوخت‌های فسیلی است (Yen et al., 2006). آلودگی صوتی و نوری با ایجاد اختلال در خواب، فعالیت‌ها و واکنش‌های بیولوژیکی، افسردگی (Orban et al., 2016) اضطراب، تحریک‌پذیری و عصبی شدن را شدت می‌بخشد که بر اقلیت‌ها و فقرا شدیدتر است. آلودگی بویایی نیز بر این بیماری تأثیرگذار است (McCay, 2017) و زباله‌های رها شده در محله، ارتباط

جدول ۳: ارتباط کیفیت‌ها و صفات محیطی با اختلالات روانی، به طور خاص افسردگی

مؤلفه	موضوعات (کیفیت‌های محیطی)	زیرموضوعات (صفات محیطی)	توضیحات: عوامل میانجی
عملکردی	نفوذپذیری	- فضاهای فعال / مشوق پیاده‌روی / دوچرخه‌سواری (+) - پیاده‌رهوری محله (+) - ترافیک سواره (-) - دسترسی به خدمات (+/-)	خواب، خلق‌وخو، تعاملات اجتماعی، تاب‌آوری و فعالیت بدنی
	اختلاط کاربری	- تنوع کاربری اراضی (+/-)	تعاملات اجتماعی و فعالیت بدنی
	ایمنی و امنیت	- امنیت اجتماعی: ترس از جرم و جنایت (-) - ایمنی و امنیت کالبدی: ترس از حوادث، اختلالات کالبدی و غیره (-) - انزوا (+) - ازدحام (+)	استرس، تعاملات اجتماعی و فعالیت بدنی
	اجتماع‌پذیری	- تراکم (جمعیتی، مسکونی) (+/-) - چیدمان قرارگاه‌های رفتاری (-)	تعاملات، فعالیت بدنی، استرس و اضطراب
	کیفیت مسکن	- کیفیت کالبدی (-) - ارتفاع یا تعداد طبقات (+) - ورودی، ایوان، نورگیر (-)	فعالیت بدنی، انزوا، حمایت اجتماعی و خلق‌وخو
	کیفیت عرصه همگانی	- امکانات، تجهیزات (-) - محصوریت (+)	فعالیت بدنی

مؤلفه	موضوعات (کیفیت‌های محیطی)	زیرموضوعات (صفات محیطی)	توضیحات: عوامل میانجی
شناختی - زیبایی - آرامش	زیبایی و کیفیت منظر	- منظر طبیعی (-) - منظر مصنوع (-) - اغتشاشات بصری (+) - قدمت، فرسودگی، مخروبه و بلااستفاده بودن (+)	استرس، انزوا و خواب
	غناى حسی	- محرک‌های بصری - غیربصری: رنگ، منظر، رایحه، نور (-) - مکان‌های آرامش‌بخش (-) - مکان‌های هیجان‌انگیز (-)	استرس، آرامش و خلق‌وخو
	خوانایی	- مکان‌های خوانا (-) - علائم - مکان‌های راهنما (-)	اضطراب
	دل‌بستگی به مکان	- تعلق مکانی (-) - همبستگی عاطفی (-)	تعاملات اجتماعی، خواب و فعالیت بدنی
حسی - آسایش - سلامت محیطی	آسایش اقلیمی	- نور طبیعی (+/-) - دمای بالا (+) - فضای سبز/ آبی (-) - جهت‌گیری ساختمان، تراکم ساختمانی (+/-)	خواب، فعالیت بدنی، شادی، خشونت، استرس، تاب‌آوری و تعاملات اجتماعی
	پاکیزگی محیطی	- آلودگی هوا/ صوتی/ بویایی (+) - زباله‌های رهاشده (+)	خواب، تحریک‌پذیری، استرس، اضطراب و خلق‌وخو

(+) بیانگر رابطه مثبت، (-) بیانگر رابطه منفی، (+/-) بیانگر احتمال وجود هر دو رابطه مثبت و منفی

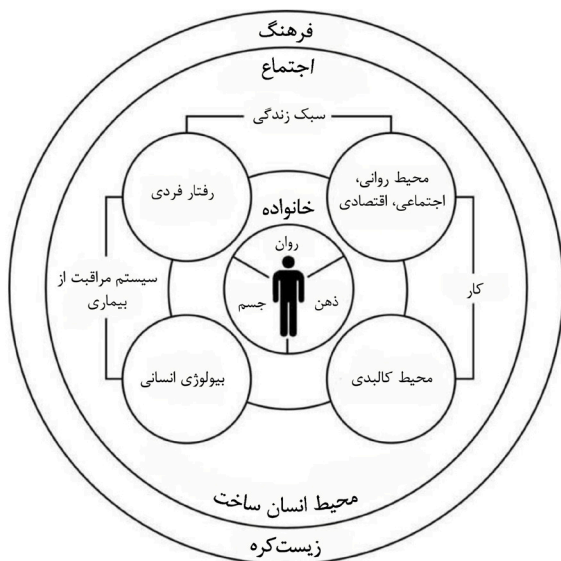
۴-۲- چارچوب مفهومی رابطه کیفیت‌های محیطی و سلامت روان

بنابر مطالعات، سلامت (روان)، پدیده‌ای چندبعدی و چندسطحی است (Mellor, Karanika-Murray, & Waite, 2012) و مدل‌های مختلفی به تبیین عوامل تعیین‌کننده سلامت و روابط آن‌ها پرداخته‌اند که عمدتاً در چارچوب مدل‌های بوم‌شناختی اجتماعی و بر اساس چارچوب بوم‌شناختی برون‌فبرنر برای توسعه انسانی ساخته شده‌اند (شکل ۲). برون‌فبرنر این عوامل را در قالب لایه‌هایی اطراف فرد دید که در سطوح فردی^۱، خرد^۲، میانی^۳ و کلان^۴ بر سلامت تأثیرگذارند (Bronfenbrenner, 1979). ماندالای سلامت (شکل ۳) نیز با پیوند بوم‌شناختی انسانی و تئوری‌های سلامت نشان داد که تحلیل سلامت از عوامل محیطی و اجتماعی بازتاب تحلیل محیط است (Hancock, 1985) و به تدریج، مدل‌های دیگری هم توسعه یافت.

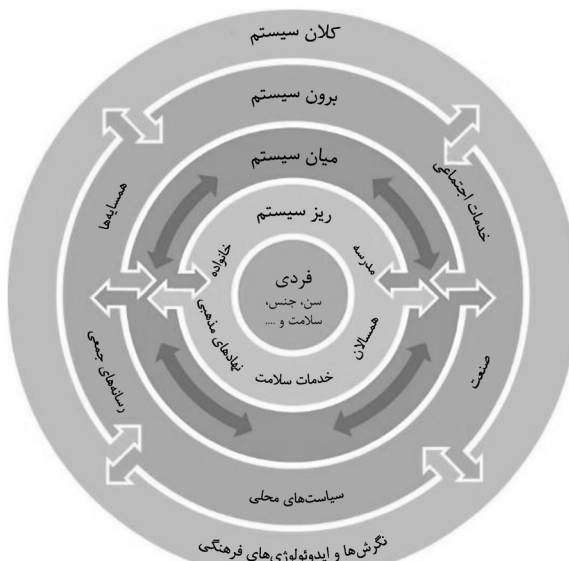
در حال حاضر، یکی از جامع‌ترین مدل‌ها در تبیین رابطه محیط و سلامت (روان)، نقشه سکونت‌گاه سالم است (شکل ۴). بر اساس این مدل، متغیرهای مؤثر بر سلامت،

از خرد تا کلان عبارتند از: ویژگی‌های فردی (سن، جنس، وراثت)، سبک زندگی (فعالیت بدنی، الگوی تغذیه)، عوامل اجتماعی (سرمایه و شبکه اجتماعی)، اقتصاد محلی، فعالیت‌های روزمره، محیط مصنوع، محیط طبیعی، و زیست‌بوم جهانی (تنوع زیستی، تغییرات جوی) (Barton & Grant, 2006).

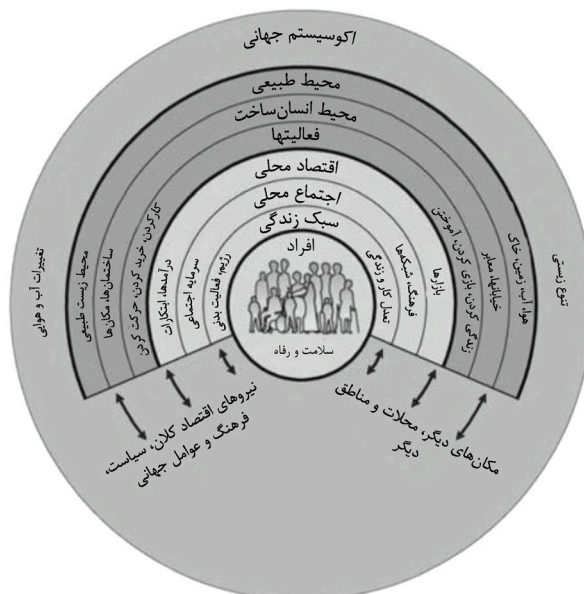
شکل ۲، ۳ و ۴: توسعه مدل‌های مفهومی سلامت مبتنی بر چارچوب بوم‌شناختی: از راست: تئوری بوم‌شناختی توسعه، ماندالای سلامت، نقشه سکونت‌گاه سالم



(Hancock, 1985)



(Bronfenbrenner, 1979)

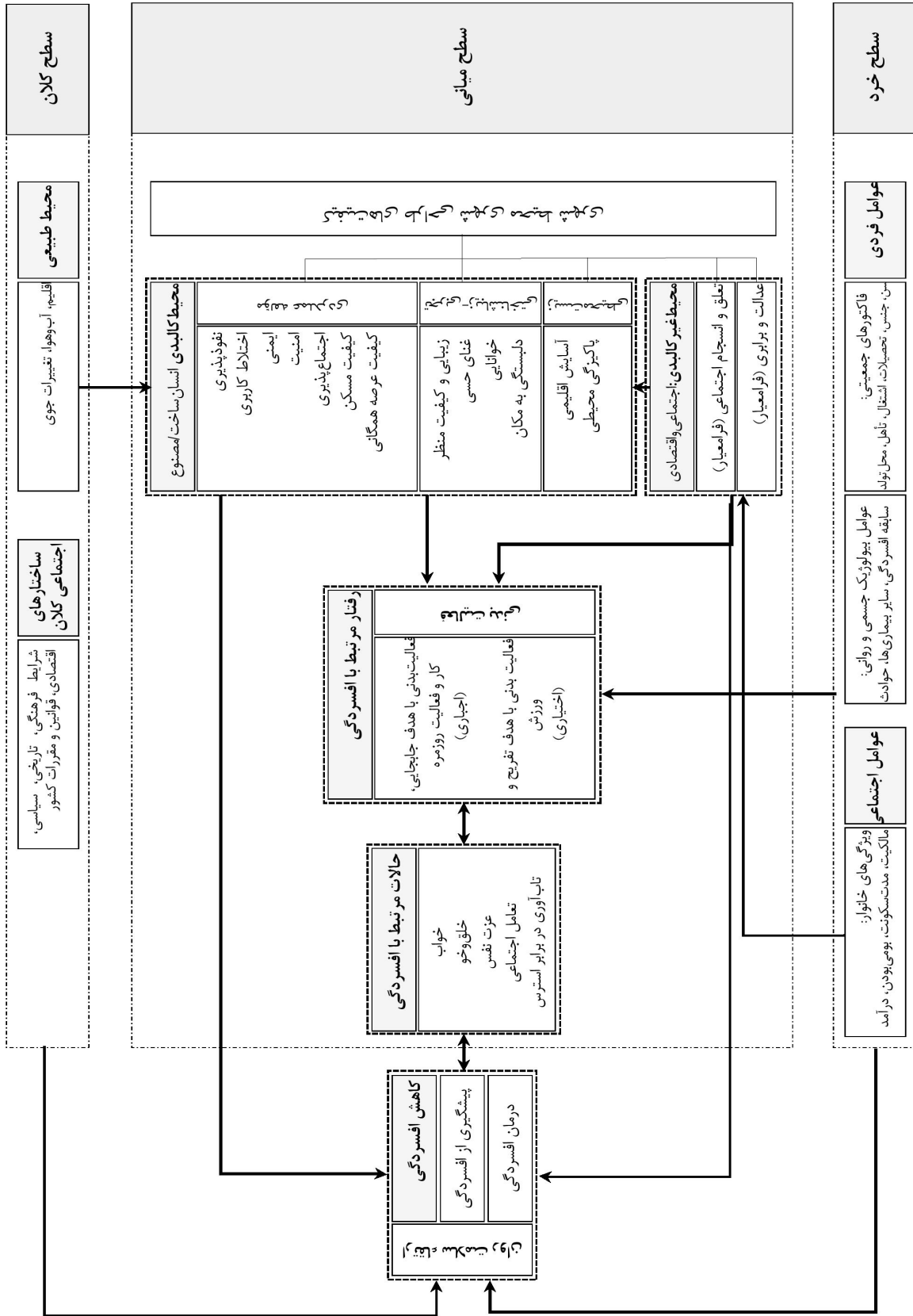


(Barton & Grant, 2006)

مصنوع، اجتماعی، اقتصادی) و خرد (عوامل فردی، اجتماعی) در نظر گرفته شده که طی فرایند و روابطی با یکدیگر موجب اختلال یا ارتقا سلامت روان می‌شوند (شکل ۵).

به این ترتیب، بر مبنای چارچوب مدل نقشه سکونت‌گاه سالم و کیفیت‌های طراحی شهری مبتنی بر مدل مکان‌پایدار، چارچوب مفهومی پیشنهادی ارائه می‌گردد. در این چارچوب، عوامل تأثیرگذار در سه سطح کلان (محیط طبیعی، ساختارهای کلان)، میانی (محیط

شکل ۵: چارچوب مفهومی رابطه کیفیت‌های محیط‌شهری و سلامت روان ساکنان با تأکید بر افسردگی



۵. بحث

طراحی شهری به ارتقای کیفیات محیطی در ابعاد گوناگون تأکید دارد.

در واقع، تعدد حرفه‌های دخیل، بیانگر تعدد عوامل مؤثر بر افسردگی است، و محیط مصنوع یکی از آنهاست (Sarkar, 2018) که در تعامل با سایر عوامل اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و فردی، احتمال بروز و شیوع این بیماری را افزایش می‌دهد. به همین جهت، تحقق سلامت روان در شهرها در گرو تعامل تمام حرفه‌های فوق از جمله طراحی شهری است.

در همین راستا، در چارچوب مفهومی ارتقاء سلامت روان در حوزه طراحی شهری (شکل ۵)، محیط مصنوع عاملی تأثیرگذار در سطح میانی در نظر گرفته شده، چنان که در اکثر مدل‌های بوم‌شناختی سلامت نیز جایگاه مشابهی دارد. مدل عوامل اجتماعی و محیطی سلامت^{۲۲} که عوامل را در سطوح کلان، میانی، خرد و فردی طبقه‌بندی کرده است نیز محیط مصنوع و اجتماعی را عاملی در سطح میانی-اجتماع-می‌داند (Northridge, Sclar, & Biswas, 2003). بنابراین، محیط مصنوع، از یک سو، تحت تأثیر ساختارهای کلان سیاسی و اجتماعی و زیست‌بوم جهانی قرار دارد و از سوی دیگر، با خصوصیات فردی و اجتماعی در تعامل است و بدین گونه بر سلامت روان افراد اثر می‌گذارد.

در این چارچوب مفهومی، بر ابعاد کیفی محیط مصنوع تأکید شده است زیرا هدف طراحی شهری، خلق مکانی و ارتقاء کیفیت است که در مدل‌های پیشین، خصوصاً مدل‌های بوم‌شناختی کم‌تر مدنظر بوده است. با این وجود، در مدل ادراک برانزویک (۱۹۵۶)، به کیفیت‌های مرتبط با واکنش‌های ارزیابانه مردم از محیط اشاره شده است که از اثر احتمالی بر احساسات برخوردارند. فاکتورهای کلیدی این مدل، خوشایندی، هیجان، آرامش و برانگیزانندگی هستند (Nasar, 2011) که عمدتاً مشخصه‌های منظر شهری می‌باشند. هم‌چنین، در مدل عوامل اجتماعی و محیطی سلامت برخی کیفیت‌های طراحی شهری نظیر اختلاط کاربری و تراکم آمده است (Northridge, Sclar, & Biswas, 2003) که با توجه به یافته‌های این پژوهش، کافی نیستند. اخیراً پژوهشگران مرکز طراحی شهری و سلامت روان نیز چهار پتانسیل طراحی شهری مرتبط با سلامت روان را ارائه کرده‌اند که شامل فضاهای سبز، فعال، امن و اجتماعی است (Mccay et al., 2017). اما در چارچوب پیشنهادی این پژوهش، دامنه متنوعی از کیفیت‌های طراحی شهری مرتبط با افسردگی شناسایی شد (شکل ۵) که مهم‌ترین آن‌ها با بیش‌ترین فراوانی، "نفوذپذیری"، "ایمنی و امنیت"، "غنا حسی"، "آسایش اقلیمی"، "زیبایی" و "اجتماع‌پذیری" هستند.

به علاوه، در این چارچوب، پیچیدگی روابط کیفیت محیط و سایر عوامل تبیین شده است در حالی که سایر مدل‌ها عموماً به سطح‌بندی عوامل تعیین‌کننده و روابط هر

این پژوهش با تأکید بر افسردگی به تحلیل نقش طراحی شهری بر سلامت روان پرداخته است. در این راستا، نتایج نشان می‌دهد طراحی شهری نقش مهم و خلاقانه‌ای در پیشگیری و درمان افسردگی و بهبود سلامت روان ساکنان شهرها دارد که هم‌سو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین است (Mccay et al., 2017; Sarkar, 2018). زیرا طراحی شهری به واسطه ارتقای کیفیت‌ها عملکردی، زیست‌محیطی و تجربی-زیباشناختی مکان‌های شهری بر کیفیت زندگی انسان اثر می‌گذارد که خودآگاه یا ناخودآگاه بر احساسات، عواطف، رفتارها و ارتقاء سلامت روان مؤثر است. سایر تخصص‌های (محیطی، غیرمحیطی) مرتبط با سلامت روان، تأکیدات متفاوتی دارند که به شرح زیر هستند:

- تخصص‌های غیرمحیطی: در علوم پزشکی، رفتاری و بهداشت عمومی، عمدتاً بر مراقبت‌های بهداشتی و نظارتی جهت پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های روانی تأکید می‌شود و دربردارنده برنامه‌های آموزشی، دارو درمانی، مشاوره و توصیه‌هایی درخصوص تغییر سبک زندگی است (Saveanu & Nemeroff, 2012). جامعه‌شناسی، توجه ویژه‌ای بر ویژگی‌های جمعیتی، اجتماعی و فرهنگی دارد و سلامت روانی را از طریق سرمایه اجتماعی، مشارکت، تعاملات و سبک زندگی مدنظر دارد (Hua et al., 2015). در حوزه اقتصادی، ارزیابی اثرات اقتصادی سلامت روان بررسی می‌شود (Sheahan, 2014). بنابراین، این تخصص‌ها عموماً نیازمند همکاری آگاهانه فرد مبتلا به اختلالات روانی است که برای مبتلایان تقریباً دشوار است. به علاوه، توصیه‌ها و تجویزهای آن‌ها اکثراً برای جامعه محدودی (فرد مبتلا) سودمند است.

- سایر تخصص‌های محیطی: در معماری، به مداخلات کوچک‌مقیاس (تک‌بنا) تأکید می‌شود. در معماری منظر، به نقش پیشگیرانه و درمان‌گر منظر طبیعی و انسان‌گرا توجه می‌شود (Gesler, 1992). در مهندسی ترافیک و حمل و نقل، پیامدهای مثبت حمل و نقل عمومی و غیرموتوری بر سلامت روان مدنظر است که به واسطه افزایش فعالیت بدنی و کاهش آلودگی‌ها، به پیشگیری و درمان این بیماری‌ها کمک می‌کند (Badland & Schofield, 2005). در برنامه‌ریزی و مدیریت شهری، توجه به پیامد تصمیم‌ها و سیاست‌های برنامه‌ریزی شهری بر سلامت روان اهمیت دارد (Barton & Tsouron, 2000). در کل، مداخله در محیط کالبدی در هر مقیاس، به طور خودآگاه و ناخودآگاه بر سلامت روان تأثیرگذار است که به نفع همه مردم در معرض محیط است نه رفتار یک فرد در یک زمان. لذا، رویکردهای محیطی مکمل روش‌های رفتاری و درمانی هستند و در کاهش افسردگی نقش حمایتی و پایدارتری دارند. البته این مداخلات عموماً بر ویژگی‌های کمی و وجوه خاص محیط متمرکزند اما

سطح با سطوح بالاتر و پایین‌تر پرداخته‌اند که به شکل تعاملی بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارند (Barton & Grant, 2006). اما طبق یافته‌های این پژوهش (جدول ۳)، محیط مصنوع دارای ارتباط مستقیم و غیرمستقیم با افسردگی و سلامت روان است که علی‌رغم حصول این نتیجه در برخی مطالعات (Evans, Wells, & Moch, 2003; Dzhambov, 2017; Orstad et al., 2018)، در مدل‌ها اعمال نشده است. در این راستا، مکانیزم‌های احتمالی تأثیر غیرمستقیم محیط بر افسردگی شناسایی شد که عموماً با تأثیر بر سایر عوامل خطر به عنوان عامل میانجی، سلامت روان را تهدید می‌کنند. مهم‌ترین این عوامل عبارتند از: کم‌تحرکی خواب (Mccay, 2017; Berke et al., 2007)، استرس (Orban et al., 2016)، تعاملات اجتماعی ناخواسته (Wang et al., 2019; Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011) و خلق‌وخو (Mccay, 2017).

کم‌تحرکی (فعالیت بدنی کم و نامنظم)، یک عامل خطر بسیار مؤثر بر افسردگی، و در مقابل، فعالیت بدنی یک ضد افسردگی قوی است (Mammen & Faulkner, 2013, P. 65)، چنان که هر ۲۰ دقیقه فعالیت بدنی منظم، نقش مهمی در کاهش آن دارد (Stavarakakis et al., 2012). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کیفیت‌های نفوذپذیری، امنیت، ایمنی، آسایش اقلیمی و اجتماع‌پذیری محیط، به واسطه ایجاد بستری برای فعالیت بدنی بیشتر، با کاهش افسردگی و اختلالات روانی همراه هستند (Berke et al., 2007; Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011; Mccay, 2017). لذا، وجود فضاهای فعال در مجاورت خانه، محرک خوبی برای جذب افراد به فضای عمومی، احساس رضایت، حضور مداوم و مکرر، و انجام فعالیت بدنی خصوصاً پیاده‌روی می‌باشد.

اختلال خواب، از دیگر عوامل خطر و متقابلاً، کیفیت خواب، یک عامل محافظتی در رابطه محیط و افسردگی است (Mccay, 2017). یافته‌ها حکایت از این دارد که پایین بودن کیفیت‌های نفوذپذیری، آسایش اقلیمی و غنای حسی، به واسطه ایجاد اختلال در خواب، با افزایش افسردگی همراه هستند (Heidari, Tavakol, & Behdadfar, 2013; Mccay, 2017; Berke, et al., 2007). زیرا شهرها و محلات شهری واجد ترافیک سواره، آلودگی صوتی، کمبود نور طبیعی و آلودگی نوری (نور مصنوعی)، موجب اختلال در کیفیت خواب می‌شوند به طوری که برای ساکنان این مناطق محتمل‌تر است در زمان‌هایی بخوابند که با ساعت زیستی آن‌ها مطابقت ندارد. صدا نیز می‌تواند با افزایش ضربان قلب و تغییر از خواب عمیق به سبک، الگوهای طبیعی خواب را مختل کند که بنابر مطالعات، افراد مبتلا به بی‌خوابی، چهار برابر بیشتر در معرض افسردگی هستند، کم‌تر به درمان پاسخ می‌دهند و بیش‌تر در معرض خطر عود هستند (Mccay, 2017).

استرس و تعاملات اجتماعی ناخواسته، فاکتورهای خطر بعدی هستند. اکثر کیفیت‌های محیطی اعم از اختلاط کاربری، امنیت، ایمنی، غنای حسی و آسایش اقلیمی، با ایجاد بستر تعاملات اجتماعی و کاهش عوامل استرس‌زا، با کاهش افسردگی در ارتباطند. پژوهش‌های پیشین نیز تأکید دارند تعامل اجتماعی مثبت و روابط دوستانه با دیگران، اعتماد به نفس، عزت نفس و همدلی ایجاد می‌کند، احساس افراد به حمایت و تعلق خاطر به جامعه را افزایش می‌دهد، به رویارویی با چالش‌ها کمک می‌کند و احساس تنهایی، اضطراب، انزوا و افسردگی را کاهش و تاب‌آوری در برابر استرس را افزایش می‌دهد (Mccay, 2011; Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011; et al., 2017). لذا، یکی از پتانسیل‌های محیطی پیشگیری از افسردگی محسوب می‌شود. اما یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد این پتانسیل گاهی می‌تواند با قرار دادن افراد در معرض استرس و تنش ناشی از تعاملات ناخواسته، به افزایش افسردگی منجر شود. پس، ایجاد حد مطلوبی از تعامل و خلوت ضرورت دارد.

نکته قابل تأمل در اکثر پژوهش‌ها، تأکید بر مقیاس فضایی "واحد همسایگی- محله" است (Berke et al., 2007; Miles, Coutts, & Mohamadi, 2011; Valléea et al., 2011; Dannenberg, Frumkin, & Jackson, 2011). در واقع، تأکید بر محله، گسستی از رویکردهای متمرکز بر ویژگی‌های جمعیتی، به سوی تحلیل‌های استوار بر عوامل متعدد از جمله محیط مصنوع در حوزه سلامت است. طبق مطالعات، تأثیر محیط مصنوع بر سلامت روان در این مقیاس و بر افرادی که زمان بیشتری را در محیط می‌گذرانند، قوی‌تر است (Melis et al., 2015). برای مثال، ارتباط مثبتی بین کیفیت مسکن و سلامت روان زنان خانه‌دار و کودکان - که زمان بیشتری را در خانه و محله سپری می‌کنند - وجود دارد (Evans, Wells, & Moch, 2003, p. 475) و این قشر، تأثیرپذیری بیشتری از محیط محله دارند.

بنابراین، این نتیجه حاصل می‌شود که کیفیت‌ها طراحی شهری ممکن است بر اقبال مختلف، تأثیر متفاوتی داشته باشد چرا که نیازها، توقعات، ادراک و احساسات متفاوتی دارند. برای مثال، یک ویژگی محیطی مثل تراکم مسکونی زیاد برای افراد جوان، فعال و بدون محدودیت فیزیکی، فرصتی برای تعامل و فعالیت بدنی محسوب می‌شود که تأثیر مثبتی بر سلامت روان و کاهش افسردگی دارد در حالی که برای سالمندان با آستانه تحمل پایین‌تر می‌تواند منبع آلودگی صوتی و استرس باشد و به افزایش افسردگی منجر شود. لذا، در رابطه محیط مصنوع و سلامت روان، توجه به خصوصیات فردی، جمعی و بیولوژیکی اهمیت دارد.

که در ارتباط غیرمستقیم، مکانیزم‌های احتمالی و عوامل واسطه نظیر "فعالیت بدنی"، "تعاملات اجتماعی"، "کیفیت خواب"، "تاب‌آوری در برابر استرس" و "خلق‌وخو" وجود دارد که تأثیر محیط مصنوع را پایدارتر می‌سازند. بنابراین، مهم‌ترین دستاورد این پژوهش، شناسایی پتانسیل‌های طراحی شهری در کاهش افسردگی و بهبود سلامت روان، و توسعه این موضوع میان‌رشته‌ای در حوزه طراحی شهری است که به ارائه یک چارچوب مفهومی در این زمینه منتهی شد. لذا، نه تنها اولی‌تی برای تخصص خاصی قائل نیست بلکه تأکید دارد که تحقق سلامت روان و کاهش افسردگی در شهرها، در گروهی همکاری بین‌بخشی و تعامل تمام تخصص‌های غیرمحیطی و محیطی از جمله طراحی شهری است.

لازم به ذکر است که یافته‌های این پژوهش، عمدتاً معطوف به بُعد ماهوی طراحی شهری است، لذا، پژوهش‌های بیشتری برای شناسایی فرایند و مکانیزم‌های تأثیر خصوصاً تأثیر غیرمستقیم محیط بر افسردگی و سلامت روان نیاز است. در واقع، کمبود پژوهش‌های میان‌رشته‌ای، پیچیدگی عوامل محیطی و غیرمحیطی مرتبط، عدم وجود تعاریف یکسان از مفاهیم در حوزه‌های مختلف دانش، و کمبود پژوهش در زمینه فرایند طراحی، از جمله محدودیت‌های این پژوهش و دلیل تمرکز بر این بُعد از دانش بود.

۶. نتیجه‌گیری

در این پژوهش، ارتباط کیفیت‌های محیط شهری با افسردگی، و نقش و جایگاه محیط در کنار سایر عوامل غیرمحیطی، مورد بررسی قرار گرفت تا چپستی و چگونگی ارتباط کیفیت محیط با سلامت روان در حوزه طراحی شهری تبیین گردد. به طور کلی، این نتیجه حاصل شد که هر چند عوامل متعددی بر سلامت روان تأثیرگذارند، اما طراحی شهری، یک روش مهم و خلاقانه است که می‌تواند از طریق ارتقاء کیفیت محیط به پیشگیری و درمان افسردگی و بهبود سلامت روان تمام افراد در معرض محیط کمک نماید. اهم یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که در میان کیفیت‌های مؤثر بر سلامت/اختلال روان، مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: "نفوذپذیری"، "ایمنی و امنیت"، "اجتماع‌پذیری"، "غنای حسی"، "زیبایی و کیفیت منظر"، "آسایش اقلیمی"، و "پاکیزگی". چپستی و چگونگی تأثیرگذاری کیفیت‌های مذکور بیانگر این امر است که: اولاً، کیفیت محیط مصنوع یکی از عوامل شدت‌دهنده در مقیاس میانی است که دارای اثر هم‌افزایی با سایر عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و زیست‌محیطی است؛ لذا، ارتقاء کیفیت محیط در مقیاس محله که افراد زمان بیشتری در آن سپری می‌کنند، مؤثرتر است. ثانیاً، محیط مصنوع به طور مستقیم و غیرمستقیم با سلامت روان مرتبط است

پی‌نوشت

1. Place as: Location, Sense of Place, Locale
2. Pender's Health Promotion Model
3. Self Determination Theory
4. The Mandala Of Health
5. Whitehead & Dahlgren
6. Laughlin & Black
7. The Ecological Model Of Health
8. Sallis & Owen
9. Triangle Of Human Ecology
10. Meade & Earicsons
11. Social Ecological Model
12. Northridge, Sclar & Biswas
13. The Settlement Health Map
14. Public Health Ecology
15. Coutts
16. Public Open Space (POS)
18. Individual
19. Micro
20. Meso
21. Macro
22. Social Determinants of Health and Environmental Health Promotion

۱۷. بیش از ۱۵۰ دقیقه در هفته

فهرست منابع

- آبرون، علی اصغر، قرایی، فریبا و طباطباییان، مریم. (۱۳۹۷). واکاوی ابعاد کیفیت محیط شهری مؤثر بر سطح سلامت روانی شهروندان، مورد مطالعاتی: محله‌های بهار و انقلاب اسلامی شهر سبزوار. معماری و شهرسازی آرمانشهر، ۱۱(۲۵)، ۲۴۳-۲۵۱. http://www.armanshahr-journal.com/article_85113.html
- اسدی، علی، امیدنیا، سهیلا، عباسی‌نژاد، مریم، صادقی قویم، مهرو محمد، خادم، صدیقه، زیادلو، طاهره، قاسم‌زاده، معصومه، حسینی، شهناز و هاشمیان، سید سپهر. (۱۳۹۶). بیا در مورد افسردگی حرف بزنیم. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. <https://arakmu.ac.ir/file/download/regulation/1559383725-book-for-mental-health-staff.pdf>
- باتلر، گیلین و هوپ، تونی. (۱۳۸۹). درمان افسردگی (سرماخوردگی روانی). ترجمه کوشیار کریمی طاری، تهران: نسل نو اندیش.
- پیوسته‌گر، مهرنگیز، درویزه، زهرا و طاووسی، سیما. (۱۳۹۴). بررسی رابطه دل‌بستگی محیطی با میزان سلامت‌روان و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان سال اول دبیرستان شهرستان ورامین. معماری و شهرسازی آرمانشهر، ۸(۱۵)، ۱۹۵-۲۰۳. http://www.armanshahrjournal.com/article_34129.html?lang=fa
- حکیمیان، پانته‌آ و مظهری، مهرنوش. (۱۳۹۸). تدوین چارچوب مفهومی تبیین‌کننده کیفیت‌های طراحی‌شهری مرتبط با سلامت‌روان ساکنان محلات شهری. گفت‌مان طراحی شهری؛ مروری بر ادبیات و نظریه‌های معاصر، ۱۱(۱)، ۱۱-۱۷. <https://udd.modares.ac.ir/article-cle-40-34548-fa.html>
- خسروی، حسین. (۱۳۹۵). بررسی رابطه تعاملات اجتماعی در فضاهای شهری و سلامت روان. نمونه مورد مطالعه: ۱۰ محله از کلانشهرهای تهران، شیراز و مشهد. رساله دکتری. گروه شهرسازی. پردیس هنرهای زیبا. دانشگاه تهران.
- کریمی، فاطمه، حیدری، علی‌اکبر و بلاغی، رسول. (۱۳۹۷). تأثیر فضای محیطی منظر در مجتمع‌های مسکونی برفاسردگی زنان (مطالعه موردی: مجتمع مسکونی خاتون و چوگان شیراز). مطالعه محیطی هفت حصار، ۷(۲۵)، ۹۲-۸۱. <http://hafthesar.iauh.ac.ir/article-1-612-fa.html>
- گلکار، کورش. (۱۳۸۰). مؤلفه‌های سازنده کیفیت طراحی شهری. صفحه ۱۱(۳۲)، ۳۸-۶۵.
- میرغلامی، مرتضی، قره‌بگلو، مینو و نوزمانی، نوشین. (۱۳۹۶). ارزیابی تأثیر ابعاد اجتماعی و کالبدی محیط محله بر سلامت‌روانی و حس سلامتی ساکنین (موردپژوهی محله رشديه تبریز). هنرهای زیبا- معماری و شهرسازی، ۲۲(۲)، ۶۳-۷۴. https://jfaup.ut.ac.ir/article-cle_63995.html
- Ananth, S. (2008). Healing Environments: The Next Natural Step. *Explore*, 4(4), 273-274.
- Altman, I. (1975). *The Environment And Social Behavior: Privacy, Personal Space, Territory, Crowding*. Monterey: Brooks/Cole.
- Badland, H., & Schofield, G. (2005). Transport, Urban Design, And Physical Activity: An Evidence-Based Update. *Transportation Research Part D10: Transport And Environment*, 10(3), 177-196. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1361920904000896>
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review Of Psychology*, (52), 1-26. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Barton, H., & Tsouron, C. (2000). *Healthy Urban Planniang*. London & New York: Spon Press.
- Barton, H., & Grant, M. (2006). A Health Map For The Local Human Habitat. *The Royal Society For The Promotion Of Health*, (126)6, 252-253. <https://uwe-repository.worktribe.com/output/1035593>
- Berke, E. M., Gottlieb, L. M., Moudon, A. V., & Larson, E. B. (2007). Protective Association Between Neighborhood Walkability And Depression In Older Men. *American Geriatrics Society*, (55)4, 526-533. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.2007.01108.x>
- Brodsky, A., O'campo, P., & Aronson, R. (1999). PSOC In Community Context: Multi-Level Correlates Of A Measure Of Psychological Sense Of Community In Low-Income, Urban Neighborhoods. *Community Psychology*, 27, 659-679. http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/R_Aronson_PSOC_1999.pdf
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology Of Human Development: Experiments By Nature And Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dannenberg, H., Frumkin, R., & Jackson, L. (2011). *Making Healthy Places: Designing And Building For Health, Well-Being And Sustainability*. Washington. DC: Island Press. <https://pdfroom.com/books/making-healthy-places-designing-and-building-for-health-well-being-and-sustainability/bWx5aweGgBJ>
- Daykin, N., Byrne, E., O'connor, S., & Soteriou, T. (2008). The Impact Of Art, Design And Environment In Mental Healthcare: A Systematic Review Of The Literature. *The Royal Society For The Promotion Of Health*, 128(2), 85-94. https://www.researchgate.net/publication/5450913_Review_The_Impact_of_Art_Design_and_Environment_in_Mental_Healthcare_a_systematic_review_of_the_literature
- Dzhambov, A. M. (2018). Residential Green And Blue Space Associated With Better Mental Health: A Pilot Follow-Up Study In University Students. *Arh Hig Rada Toksikol*, 69(4), 340-349. <https://sciendo.com/pdf/10.2478/aiht-2018-69-3166>
- Elliot, I., Breedvelt, J., Chakkalackal, L., Purcell, M., Graham, C., & Chandra, A. (2015). *Fundamental Facts About Mental Health*. Mental Health Foundation: London. <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/>

[fundamental-facts-15.pdf](#)

- Evans, G. W. (2001). Environmental stress and health. In *Baum, A., Revenson, T.a., & Singer, J. E. (Eds) Handbook of health psychology* (pp.365–385). Mahweh, NJ: Erlbaum.
- Evans, G., Wells, N., & Moch, A. (2003). Housing And Mental Health: A Review Of The Evidence And A Methodological And Conceptual Critique. *Social Issues*, (59)3, 475–500. <https://www.semanticscholar.org/paper/Housing-and-Mental-Health%3A-A-Review-of-the-Evidence-Evans-Wells/953dd39aad2609315cc7a7ae14ff97ad8c191eece>
- Francis, J., Wood, Lj., Knuiman, M., & Giles-Corti, B. (2012). Quality Or Quantity? Exploring The Relationship Between Public Open Space Attributes And Mental Health In Perth, Western Australia. *Social Science & Medicine*, 74(10), 1570–1577. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22464220/>
- Galea, S., Ahern, J., Rudenstine, S., Wallace, Z., & Vlahov, D. (2005). Urban Built Environment And Depression: A Multilevel Analysis. *Epidemiol Community Health*, 59(10), 822–827. <https://jech.bmj.com/content/59/10/822>
- Gesler, W. (1992). Therapeutic Landscapes: Medical Issues In Light Of The New Cultural Geography. *Social Science & Medicine*. 34(7), 734–746. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1376497/>
- Goldberg, D. F., Gater, N., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The Validity Of Two Versions Of The GHQ In The WHO Study Of Mental Illness In General Health Care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191-197. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9122299/>
- Gong, Y., Palmer, S., Gallacher, J., Marsden, T., & Fone, D. (2016). A Systematic Review Of The Relationship Between Objective Measurements Of The Urban Environment And Psychological Distress. *Environment International*, 96, 48–57. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160412016303099?via%3Dihub>
- Hancock, T. (1985). The Mandala Of Health: A Model Of Human Ecosystem. *Family And Community Health*, 8(3), 1-10. https://www.researchgate.net/publication/13024742_The_Mandala_of_Health_A_Model_of_the_Human_Ecosystem
- Heidari, A. A., Tavakol, H., & Behdadfar, N. (2013). Effect Of Lighting And Space On Depression And Stress Appearing In Residential Places. *Novel Applied Sciences*, (12)2, 733-741. <https://www.semanticscholar.org/paper/Effect-of-Lighting-and-space-on-depression-and-in-Heidari-Tavakol/6be2aa7e3def488b965802c898ec06577ce12d89>
- Henshaw, V., & Bruce, N. (2012). Smell And Sound Expectation And The Ambiances Of English Cities, In Thibaud, J.P & Siret, D.(Eds.). *Ambiances In Action- Ambiances En Actes: Proceedings Of The 2nd International Congress On Ambiances, Montréal, 19-22 Septembre 2012* (pp.449-454). Grenoble: Réseau International Ambiances. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00745525/>
- Ho, H. C., Lau, KK-L., Yu, R., Wang, D., Woo, J., Kwok, T. C. Y., & Ng, E. (2017). Spatial Variability Of Geriatric Depression Risk In A High-Density City: A Data-Driven Socio-Environmental Vulnerability Mapping Approach. *Environmental Research And Public Health*, 14(9), 994. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5615531/>
- Hua, Y., Wang, B., Wallen, G. R., Shao, P., Ni, C., & Hua, Q. (2015). Health-Promoting Lifestyles And Depression In Urban Elderly Chinese. *Plos One*, 10(3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4363512/>
- Jackson, R., & Kochtitzky, C. (2001). *Creating A Healthy Environment: The Impact Of The Built Environment On Public Health*. Washington.Dc: Sprawl Watch Clearinghouse. <http://www.sprawlwatch.org/health>
- Jackson, L. E. (2003). The Relationship Of Urban Design To Human Health And Condition. *Landscape And Urban Planning*, 64, 191-200. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-relationship-of-urban-design-to-human-health-Jackson/5ad2d251b3bcf94d7e90faf6074dcb5462360734>
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (1982). *Cognition And Environment: functioning in an uncertain world*. New York: Praeger.
- Keyes, C. M., & Shapiro, A. (2004). Social Well-Bing In United States: A Descriptive Epidemiology. In *Brim, O.G., Ryff, C.D., & Kessler, R.C. (Eds.), How Healthy Are We?: A National Study Of Well-Being At Midlife* (pp. 350–372). The University Of Chicago Press. <https://psycnet.apa.org/record/2004-00121-012>
- Koohsari, M. J., McCormack, G. R., Nakaya, T., Shibata, A., Ishii, K., Yasunaga, A., Hanibuchi, T., & Oka, K. (2019). Urban Design And Japanese Older Adults' Depressive Symptoms. *Cities*, 87, 166-173. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026427511830516X>
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: An Introduction To Its Methodology (2nd Ed)*. Michigan: Sage Publication.
- Lang, J. (1987). *Creating Architectural Theory: The Role of the Behavioral Sciences in Environmental Design Paperback*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Lee, I., Choi, H., Bang, K-S., Kim, S., Song, M., & Lee, B. (2017). Effects Of Forest Therapy On Depressive Symptoms Among Adults: A Systematic Review. *Environmental Research And Public Health*, 14(3), 321-339. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5369157/>
- Mair, C., Diez Roux, A. V., & Morenoff, J. D. (2010). Neighborhood Stressors And Social Support As Predictors Of Depressive Symptoms In The Chicago Community Adult Health Study. *Health Place*, 16(5), 811–819. <https://>

- www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2918682/
- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical Activity And The Prevention Of Depression: A Systematic Review Of Prospective Studies. *Preventive Medicine*, 45(5), 649–657. https://www.researchgate.net/publication/258058583_Physical_Activity_and_the_Prevention_of_Depression_A_Systematic_Review_of_Prospective_Studies
 - Matheson, F. I., Moineddin, R., Dunn, J. R., Creatore, M. I., Gozdyra, P., & Glazier, R. H. (2006). Urban Neighborhoods, Chronic Stress, Gender And Depression. *Social Science & Medicine*, 63(10), 2604-2616. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953606003510>
 - Mccay, L. (2017, September4). Sanity And Urbanity. *Centre For Urban Design And Mental Health*. Retrieved: <http://www.urbandesignmentalhealth.com/Blog/The-Links-Between-Colourarchitecture-And-Mental-Health>
 - Mccay, L., Bremer, L., Endale, T., Jannati, M., & Yi. J. (2017). Urban Design And Mental Health. In *Okkels, N., Kristiansen, C., Munk-Jorgensen, P. (Eds). Mental Health and Illness In The City* (pp.421-444). Singapore: Springer. https://www.researchgate.net/publication/315864757_Urban_Design_and_Mental_Health
 - Mellor, N., Karanika-Murray, M., & Waite, K. (2012). Taking A Multifaceted, Multi-Level, And Integrated Perspective For Addressing Psychosocial Issues At The Workplace. In *Biron, C., Karanika-Murray, M., Cooper, C.(Eds.). Improving Organizational Interventions For Stress And Well-Being: Addressing Process And Context* (pp.39-58). London: Routledge.
 - Melis, G., Gelormino, E., Marra, G., Ferracin, E., & Costa, G. (2015). The Effects Of The Urban Built Environment On Mental Health: A Cohort Study In A Large Northern Italian City. *Environmental Research and Public Health*. 12(11), 14898-14915. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4661687/>
 - Miles, R., Coutts, Ch., & Mohamadi, A. (2011). Neighborhood Urban Form, Social Environment, And Depression. *Urban Health*, (89)1, 1-18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3284588/>
 - Nasar, J. (2011). Environmental Psychology And Urban Design. In *The Companion To Urban Design. In Banerjee, T., Loukaitou-Sideris, A.(Eds). Companion To Urban Design* (pp.162-174). London: Routledge.
 - Northridge, M., Sclar, E., & Biswas, P. (2003). Sorting Out The Connections Between The Built Environment And Health. *Urban Health*, 80(4), 556-568. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456215/>
 - Nielsen, A. F. (2012). *Assessment Of Environmental And Behavioural Factors Associated With Depression*. Master Thesis. Geography, Trondheim.
 - Orban, E., McDonald, K., Sutcliffe, R., & Moebus, S. (2016). Residential Road Traffic Noise And High Depressive Symptoms After Five Years Of Follow-up: Results From The Heinz Nixdorf Recall Study. *Environmental Health Perspectives*, 124(5). 578-585. <https://ehp.niehs.nih.gov/doi/10.1289/ehp.1409400>
 - Orstad, S. L., McDonough, M. H., Klenosky, D. B., Mattson, M., & Troped, P. J. (2017). The Observed And Perceived Neighborhood Environment And Physical Activity Among Urban-Dwelling Adults: The Moderating Role Of Depressive Symptoms. *Social Science & Medicine*, 57-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28843130/>
 - Pender, N. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice. 3rd edition*, Stamford: appleton & lange.
 - Price, C. (1997). *Sustainable Development And Health: Concepts, Principles And Framework For Action For European Cities And Towns*. World Health Organization. Regional Office For Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/43315/E53218.pdf
 - Sarkar, C. (2018). Towards Quantifying The Role Of Urban Place Factors In The Production And Sociospatial Distribution Of Mental Health In City Dwellers. *Urban Design And Mental Health*, (4)2. <https://www.urbandesignmentalhealth.com/journal-4---quantifying-place-factors-in-mental-health.html>
 - Saarloos, D., Alfonso, H., Giles-Corti, B., Middleton, N., & Almeida, O.P. (2011). The Built Environment And Depression In Later Life: The Health In Men Study. *Geriat Psychiatry*, 19(5), 461–470. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20808136/>
 - Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology Of Depression: Genetic And Environmental Factors. *The Psychiatric Clinics Of North America*, 35(1), 51-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22370490/>
 - Sheahan, M. (2014). *Future Directions In Design For Mental Health Facilities*. Melbourne: Australia. Hassell.
 - Stavrakakis, N., De Jonge, P., Ormel, J., & Oldehinkel, A. J.(2012). Bidirectional Prospective Associations Between Physical Activity And Depressive Symptoms. The Trails Study. *Adolescent Health*, 50(5), 503-508. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22525115/>
 - Sugiyama, T., Francis, J., Middleton, N. J., Owen, N., & Giles-Corti, B. (2010). Associations between recreational walking and attractiveness, size, and proximity of neighborhood open spaces. *Public Health*, 100(9), 1752–1757. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920990/>
 - Tomita, A., Vandormael, A. M., Cuadros, D., Minin, E., Heikinheimo, V., Tanser, F., Slotow, R., & Burns, J. (2017). Green Environment And Incident Depression In South Africa: A Geospatial Analysis And Mental Health Implications In A Resource-Limited Setting. *The Lancet Planet Health*, 1(4), 152-162. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2542519617300633>
 - Valléa, J., Cadot, E., Roustit, C., Parizot, I., & Chauvin, P. (2011). The Role Of Daily Mobility In Mental Health Inequalities: The Interactive Influence Of Activity Space And Neighbourhood Of Residence On Depression. *Social*

Science & Medicine, 73(8), 1133-1144. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00624590>

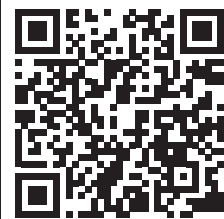
- Von-Szombathely, M., Albrch, M., Antanaskovic, D., Augustin, J., Augustin, M., Bechtel, B., Bürk, T., Fischereit, J., Grawe, D., Hoffmann, P., Kaveckis, G., Krefis, A., Oßenbrügge, J., Scheffran, J., & Schlünzen, K. H. (2017). A Conceptual Modeling Approach To Health-Related Urban Well-Being. *Urban Science*, 1(17), 1-18. <https://www.mdpi.com/2413-8851/1/2/17>
- Wang, R., Liu, Y., Xue, D., & Helbich, M. (2019). Depressive Symptoms Among Chinese Residents: How Are The Natural, Built, And Social Environments Correlated?. *Bmc public health*, 19(887), 1-8. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7171-9#citeas>
- Weich, S., Blanchard, M., Prince, M., Burton, E., Erens, B., & Sproston, K. (2002). Mental Health And The Built Environment: Cross-Sectional Survey Of Individual And Contextual Risk Factors For Depression. *Psychiatry*, 180(5), 428-433. https://www.researchgate.net/publication/11385412_Mental_health_and_the_built_environment_Cross-sectional_survey_of_individual_and_contextual_risk_factors_for_depression
- Weich, S., Twigg, L., Holt, G., Lewis, G. & Jones, K. (2003). Contextual Risk Factors For The Common Mental Disorders In Britain: A Multilevel Investigation Of The Effects Of Place. *Epidemiol Community Health*, 57(8), 616-621. <https://jech.bmj.com/content/57/8/616>
- WHO. (2017). *Depression And Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- WHO. (2010). *Depression*. https://www.who.int/mental_health/management/depressiondefinition/en/
- Xing, Y. W., Horner, R., Malcolm, A., & Mohamed, B. (2009). A Framework Model For Assessing Sustainable Impacts Of Urban Development. *Accounting Forum*, 33(3), 202-214. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0155998208000550>
- Yen, I. H., Yelin, E. H., Katz, P., Eisner, M. D., & Blanc, P. D. (2006). Perceived Neighborhood Problems And Quality Of Life, Physical Functioning, And Depressive Symptoms Among Adults With Asthma. *Public Health*, 96(5), 873-879. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470572/>

نحوه ارجاع به این مقاله

دهقان، فاطمه، گلکار، کورش و حکیمیان، پانته‌آ. (۱۴۰۱). نقش طراحی شهری بر سلامت روان: تبیین چارچوب مفهومی رابطه کیفیت‌های محیط شهری و سلامت روان ساکنان شهر با تأکید بر افسردگی. نشریه معماری و شهرسازی آرمان‌شهر، ۱۵(۳۸)، ۱۹۹-۲۱۵.

DOI: 10.22034/AAUD.2022.261740.2372

URL: http://www.armanshahrjournal.com/article_152332.html



COPYRIGHTS

Copyright for this article is retained by the author(s), with publication rights granted to the Armanshahr Architecture & Urban Development Journal. This is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution License.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



