



## Rereading International Documents Supporting Health and Public Health with the Aim of Achieving the Components of the Right to the City Through Urban Design

Elham Pourmahabadian<sup>1</sup>, Maryam Afshari<sup>2\*</sup>

1. Department of Architecture and Urban, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Law, Damavand Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

### ABSTRACT

**Background and Aim:** The right to health is one of the fundamental human rights and it means the rights of individuals to achieve the highest standard of physical and mental health and includes all fields of medicine, public health, proper food, housing, healthy work environment, healthy environment, etc. In order to provide healthy living conditions for citizens, governments are required to take measures in various fields, including the adoption of internal laws and regulations and joining international conventions. In the United Nations Charter, the issue of health and public health has been addressed and it has created requirements for governments to provide health and health in the society.

**Method:** The statute of the World Health Organization deals with this issue and provides a definition of health. After that, this right has been recognized in several international and regional documents, both specific and general, as well as several declarations. Among the international documents that have emphasized the issue of health and health is the Declaration of the Third Millennium Development, which the world leaders at their largest meeting in 2000 committed to do their best to provide a healthy life for all human beings in the century. Use the future.

**Ethical Considerations:** In the current research, the principles of trustworthiness, honesty, neutrality and originality of the work have been respected.

**Results:** One of the important fields of research in the health system is its inclusion in urban planning and urban planning, which is known as the field of urban health.

**Conclusion:** Urban health includes social factors related to individual health, environmental health, healthy settlements, road health, healthy lifestyles, security, violence, healthy food, suitable recreational facilities and people's sense of belonging to society, justice and optimal allocation and health facilities, medical and Resources in cities, monitoring of urban land use, proper management and fundamental changes in health, economy and the way of life of citizens are among the main goals in urban health.

**Keywords:** International Documents; Hygiene; The Right to the City; Urban Design; General Health

**Corresponding Author:** Maryam Afshari; **Email:** afshari@damavandiau.ac.ir

**Received:** December 01, 2022; **Accepted:** July 24, 2023; **Published Online:** March 05, 2024

### Please cite this article as:

Pourmahabadian E, Afshari M. Rereading International Documents Supporting Health and Public Health with the Aim of Achieving the Components of the Right to the City Through Urban Design. *Medical Law Journal*. 2023; 17(58): e63.



# مجله حقوق پزشکی

دوره هفدهم، شماره پنجاه و هشتم، ۱۴۰۲

Journal Homepage: <http://ijmedicalaw.ir>



انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

## بازخوانی اسناد بین‌المللی حمایت از بهداشت و سلامت عمومی با هدف دستیابی به

### مؤلفه‌های حق بر شهر از طریق طراحی شهری

الهام پورمهابادیان<sup>۱</sup>، مریم افشاری<sup>۲\*</sup>

۱. گروه معماری و شهرسازی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه حقوق، واحد دماوند، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

#### چکیده

**زمینه و هدف:** حق بر سلامت از حقوق بنیادین انسان می‌باشد و به معنای حقوق افراد در دستیابی به بالاترین استاندارد سلامت جسمی و روانی می‌باشد و تمام حوزه‌های پزشکی، بهداشت عمومی، غذای مناسب، مسکن، محیط کار سالم، محیط زیست سالم و... را دربر می‌گیرد. دولت‌ها برای تأمین شرایط زندگی سالم شهروندان، ملزم به اتخاذ تدابیری در حوزه‌های مختلف، از جمله تصویب قوانین و مقررات داخلی و پیوستن به کنوانسیون‌های بین‌المللی می‌باشند. در منشور ملل متحد به موضوع بهداشت و سلامت عمومی پرداخته شده و الزاماتی را برای دولت‌ها در جهت فراهم‌ساختن بهداشت و سلامت در جامعه ایجاد کرده است.

**روش:** اساسنامه سازمان بهداشت جهانی به این موضوع پرداخته و تعریفی را از سلامت ارائه می‌دهد. پس از آن در اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای متعددی اعم از خاص و عام و همچنین چند اعلامیه این حق به رسمیت شناخته شده است. از جمله اسناد بین‌المللی که تأکید زیادی بر مسأله بهداشت و سلامت داشته است، اعلامیه هزاره سوم توسعه می‌باشد که رهبران جهان در بزرگ‌ترین گردهمایی خود در سال ۲۰۰۰ طی اعلامیه‌ای متعهد شدند که تمام تلاش خود را برای مهیا نمودن یک زندگی سالم برای تمام اینای بشر در سده آینده به کار گیرند.

**ملاحظات اخلاقی:** در پژوهش حاضر، اصل امانتداری، صداقت، بی‌طرفی و اصالت اثر رعایت شده است.

**یافته‌ها:** یکی از زمینه‌های مهم پژوهش در نظام سلامت، وارد کردن آن در شهرسازی و برنامه‌ریزی شهری است که با عنوان حوزه سلامت شهری شناخته می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** سلامت شهری شامل عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت فردی، سلامت محیط، سکونتگاه‌های سالم، سلامت جاده‌ای، شیوه‌های زندگی سالم، امنیت، خشونت، سلامت غذا، امکانات تفریحی مناسب و احساس تعلق افراد به جامعه است عدالت و تخصیص بهینه و امکانات بهداشتی، پزشکی و منابع در شهرها، نظارت بر کاربری اراضی شهری، مدیریت صحیح و تغییرات اساسی در بهداشت، اقتصاد و نحوه زندگی شهروندان از اهداف اصلی در سلامت شهری به‌شمار می‌روند.

**واژگان کلیدی:** اسناد بین‌المللی؛ بهداشت؛ حق بر شهر؛ طراحی شهری؛ سلامت عمومی.

نویسنده مسئول: مریم افشاری؛ پست الکترونیک: [afshari@damavandiau.ac.ir](mailto:afshari@damavandiau.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۰۲؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Pourmahabadian E, Afshari M. Rereading International Documents Supporting Health and Public Health with the Aim of Achieving the Components of the Right to the City Through Urban Design. Medical Law Journal. 2023; 17(58): e63.

## مقدمه

حق به شهر به طور عام درصدد پس‌گرفتن نظارت بر شهر، مراقبت از شهر و استفاده از منافع شهری‌شدن سرمایه است. امروزه حق به شهر موضوع جنبش‌های اجتماعی و اصلاحات قانونی بسیاری در سراسر جهان شده است که به چند تجربه عملی در این زمینه نیز اشاره می‌شود. تجاربی که نشان می‌دهد حق به شهر خواسته‌های مدنی و قانونی است. امکان استفاده برابر از بهره‌ها و ظرفیت‌های شهر برای همه ساکنان آن موضوعی است که به مطالبه‌های مهم تبدیل شده و علت اصلی آن نیز مشکلات و معضلات انسانی و محیطی بی‌شماری است که برای شهرها به وجود آمده است. یکی از الزامات برای حل این معضلات به رسمیت‌شناختن شهروندی محلی و حق به شهر است. از طرفی سلامتی عبارت است از عافیت، تندرستی و نداشتن بیماری مستمر (۱) یا کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیزم در حالتی هنجار و فقدان بیماری (۲). در تعریف اصطلاحی سلامتی می‌توان به بیان آنچه که سازمان جهانی بهداشت در اساسنامه خود مد نظر دارد، پرداخت، بدین‌توضیح که سلامتی ابعاد جسمی و روانی انسان را دربر می‌گیرد و مقصود این سازمان و اعضای آن را رشد و تعالی سطح سلامتی همه اشخاص تا بالاترین سطح ممکن می‌داند. پرواضح است که سلامتی نیز همچون سایر مفاهیم، نسبی است و معنای واحد و مشخصی ندارد و بسته به عواملی همچون محیط، اشتغال، فرهنگ و زمان متفاوت است. این تأثیرپذیری مفهوم سلامتی از عوامل فوق و همچنین چندبُعدی‌بودن آن و وابستگی آن به علوم مختلف باعث می‌شود که نتوان تعریف جامع و مانعی از آن ارائه داد. اگر در بررسی این پدیده از منظر حقوقی، به قانون اساسی که از مهم‌ترین اسناد نظام حقوقی ماست مراجعه کنیم، اصل ۲۹ را خواهیم دید که بر حق برخورداری عموم از خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی تأکید می‌ورزد. از دیگر قوانین می‌توان به سند چشم‌انداز بیست‌ساله مراجعه کرد که تعریفی از جامعه سالم ایرانی را همراه با اشاره به ابعاد و بخش‌های سلامتی ارائه می‌دهد. پس از آن توصیفات را از ارتقای سلامت

و بهبود کیفیت زندگی در قوانین مختلفی همچون فصل هفتم برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، بخش سلامت قانون برنامه پنجم توسعه و قوانین بیمه شاهد هستیم.

از منظری کلی‌تر می‌توان گفت: حق جامعه در برخورداری از سلامتی که حتی در اسناد بین‌المللی (۳) نیز به‌عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری شناخته شده و کشورها من‌جمله ایران بدان متعهدند، در وهله نخست متوجه دولت‌هاست که باید با ابتیا و انتفاع از امکاناتی که در اختیار دارند، شرایط مناسب و سالمی را برای زندگی اجتماعی فراهم کنند. صرافت این حق نباید ما را دچار این برداشت غلط کند که دولت ضامن سلامتی ملت است، چراکه ساختار ایمنی و بیولوژیکی هر فرد و محیط اجتماعی نیز بر سلامتی افراد دخیل است که کنترل همه این‌ها از قدرت حاکمیت خارج است، بلکه رسالت دولت‌ها این است که در راستای رعایت حق بر سلامتی اشخاص جامعه (۴)، با بهبود محیط و شرایط و امکانات، اشخاص را در حفظ و مراقبت از خود یاری دهند و هر آنچه لازمه ساختن زندگی سالم و مطلوب است فراهم کنند.

این رسالت و تعهد دولت، سه وجه متفاوت دارد که لازمه تحقق هر حقی است و آن عبارت است از:

۱- تعهد به احترام (Obligation to Respect): بدین‌معنا که محترم‌شمردن هر حقی اولین قدم برای ایفا و رعایت آن است و در این خصوص با نحوه عملکرد دولت برای حفظ آزادی و کرامت افراد، معنا پیدا می‌کند که ابزار این امر در قوانین و سیاست‌های حاکمیتی ظهور دارد؛

۲- وجه ثانویه این حق تعهد به حمایت (Obligation to Protect) است و بیانگر این امر است که دولت‌ها نه‌تنها خود باید متعرض و ناقض حقوق (سلامتی) افراد نشوند، بلکه باید از این حقوق در برابر تجاوز و مزاحمت دیگران نیز ممانعت کنند (۵)، این حمایت دوسویه وقتی نمود خارجی پیدا می‌کند که دولت در برابر مسائلی که مخاطرات سلامتی محسوب می‌شود، از جامعه حمایت کافی به عمل آورد؛

۳- سومین وجه از حق‌مداری عبارت است از تعهد به ایفاء (Obligation to Fulfil) که همان اقدامات اجرایی دولت در

حوزه‌های تقنین و اجرا و نظارت است که لازمه اجرای هر حقی است (۶). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی یک حالت آسودگی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است و صرفاً به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی‌گردد. «همچنین بر طبق اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، بهره‌مندی از بالاترین استانداردهای قابل دسترسی سلامت یکی از اساسی‌ترین حقوق هر انسان بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، اعتقادات سیاسی، شرایط اقتصادی یا موقعیت اجتماعی او است» (۷). اعلامیه جهانی حقوق بشر در ماده ۲۵ بر حق بر سلامت افراد تأکید نموده است و رابطه سلامتی با دیگر حقوق افراد، از جمله حق بر خوراک، مسکن، خدمات اجتماعی و اشتغال را مورد شناسایی قرار داده است و «میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی» در بند ۱ ماده ۱۲ اعلام می‌دارد: «کشورهای طرف این میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول به رسمیت می‌شناسند.» اصل ۲۹ قانون اساسی حق بر سلامت را به رسمیت شناخته و حق برخورداری همگانی مردم از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و... را از وظایف دولت قلمداد کرده است. همچنین طبق بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی، پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف‌ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار و بهداشت از وظایف دولت می‌باشد. مطابق ماده ۲ منشور حقوق شهروندی برخورداری از زندگی شایسته و لوازم آن، از جمله آب بهداشتی، غذای مناسب، ارتقای سلامت، بهداشت محیط، درمان مناسب، دسترسی به دارو و... و محیط زیست سالم جزء حقوق شهروندان شمرده شده‌اند. این مسأله نشان‌دهنده اهمیت موضوع بهداشت و سلامت عمومی و لزوم توجه بیش از پیش به آن می‌باشد و برای فراهم‌نمودن بهداشت و سلامت در عرصه بین‌المللی ناچار به شناخت چالش‌ها و مشکلات فراروی آن در جهت حل این مشکلات می‌باشیم.

امروزه سلامتی یکی از مؤلفه‌های اساسی و از نگرانی‌های روزمره انسان‌ها به‌شمار می‌رود و قطع نظر از سن، جنس و پیشینه‌های اجتماعی یا نژادی، سلامتی از مهم‌ترین و حیاتی‌ترین سرمایه‌های اجتماعی جوامع محسوب می‌شود. در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، سلامتی «رفاه کامل فیزیکی، روحی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود هرگونه بیماری و ناتوانی» تعریف شده است و «لذت‌بردن از بالاترین استانداردهای سلامتی قابل دسترس، یکی از بنیادی‌ترین حقوق هر انسان بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های نژادی، مذهبی، باورهای سیاسی یا شرایط اقتصادی و اجتماعی می‌باشد.» قوانین مربوط به بهداشت و سلامت عمومی از یک‌سو مشتمل بر نظم‌دادن به مجموعه اقداماتی است که بنا بر اهداف سلامتی و با راهکارهایی چون ممنوعیت، تحریک و یا ایجاد انگیزه تدوین یافته و از سوی دیگر به سازماندهی خدمات عمومی و مشاغلی که به نحوی از آنجا با سلامتی انسان در ارتباط هستند، می‌پردازد. با وجود تمام تلاش‌های انجام‌شده در حوزه مربوط به بهداشت و سلامت عمومی شاهد مشکلات فراوانی در این زمینه می‌باشیم. با توجه به مطالب بیان‌شده، سعی بر این است که با بهره‌گیری از اسناد بین‌المللی، در حفظ و ارتقای سطح بهداشت و سلامت عمومی در عرصه داخلی و بین‌المللی مؤثر بوده و چالش‌های فراروی آن را بررسی کنیم.

### ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

### روش

برای بررسی موضوع پژوهش حاضر از روش توصیفی - تحلیلی استفاده شده است. در این روش، جمع‌آوری اطلاعات به شیوه کتابخانه‌ای انجام پذیرفت، سپس با مطالعه سوابق پژوهش‌های مرتبط با موضوع، نظرات و قوانین موجود استخراج شدند و به صورت توصیفی ارائه شدند. در ادامه، داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از استدلال‌های عقلانی و استنباطی، تحلیل شدند.

## یافته‌ها

یکی از زمینه‌های مهم پژوهش در نظام سلامت، وارد کردن آن در شهرسازی و برنامه‌ریزی شهری است که با عنوان حوزه سلامت شهری شناخته می‌شود، سلامت شهری شامل عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت فردی، سلامت محیط، سکونتگاه‌های سالم، سلامت جاده‌ای، شیوه‌های زندگی سالم، امنیت، خشونت، سلامت غذا، امکانات تفریحی مناسب و احساس تعلق افراد به جامعه است عدالت و تخصیص بهینه و امکانات بهداشتی، پزشکی و منابع در شهرها، نظارت بر کاربری اراضی شهری، مدیریت صحیح و تغییرات اساسی در بهداشت، اقتصاد و نحوه زندگی شهروندان از اهداف اصلی در سلامت شهری به شمار می‌روند. در منشور ملل متحد به موضوع بهداشت و سلامت عمومی پرداخته شده و الزاماتی را برای دولت‌ها در جهت فراهم‌ساختن بهداشت و سلامت در جامعه ایجاد کرده است. اساسنامه سازمان بهداشت جهانی نیز به این موضوع پرداخته و تعریفی را از سلامت ارائه می‌دهد.

## بحث

## ۱. اسناد بین‌المللی حمایت از بهداشت و سلامت عمومی:

حق برخورداری از بهداشت و سلامت عمومی یکی از حق‌های بنیادین بشری شناخته‌شده در نظام بین‌المللی حقوق بشر است که در اسناد گوناگون بین‌المللی و منطقه‌ای جایگاه استواری یافته است.

۱-۱. منشور ملل متحد: اولین اشاره به مسأله بهداشت و سلامت عمومی در ماده ۵۵ منشور ملل متحد آمده است که طبق بند «ب» این ماده، دولت‌ها متعهد به ترویج راه حل‌هایی برای مشکلات مربوط به سلامت هستند. انعکاس بعدی بهداشت و سلامت عمومی در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی مندرج است که سلامتی را نه صرفاً به معنای فقدان بیماری، بلکه در مفهوم سلامت کامل جسمی و روانی قلمداد کرده و هدف سازمان را ارتقای سطح سلامتی تمام افراد تا بالاترین حد ممکن تلقی نموده است (۸).

۱-۲. اعلامیه جهانی حقوق بشر: ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز به حق برخورداری از سلامتی پرداخته است. طبق بند ۱ این ماده، هر کس حق بر تأمین زندگی شایسته از حیث خوراک، مسکن، مراقبت‌های پزشکی و خدمات اجتماعی را دارد؛ این ماده حق بر زندگی آبرومند را بیان می‌کند که یکی از لوازم زندگی شایسته و آبرومند تأمین نیازهای اولیه‌ای مثل سلامت است.

## ۱-۳. میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی:

حق برخورداری از بهداشت و سلامت عمومی در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز ذکر شده است؛ بر اساس این ماده، کشورهای طرف میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حالت جسمی و روانی ممکن‌الحصول به رسمیت می‌شناسد و تدابیری که دولت‌ها باید برای استیفای کامل بهداشت و سلامت اتخاذ کنند، عبارت است از: انجام اقداماتی در جهت توسعه سلامت کودکان و کاهش مرگ و میر آن‌ها، بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی، پیشگیری و معالجه و کنترل بیماری‌های همه‌گیر بومی، حرفه‌ای و سایر امراض و تأمین خدمات و مراقبت‌های پزشکی در مواقع بیماری (۹).

۱-۴. میثاق حقوق مدنی و سیاسی: میثاق حقوق مدنی و سیاسی نیز شامل مقرراتی است که بر بهداشت و سلامت عمومی تأثیر می‌گذارند. برای مثال، می‌توان حق بر حیات، حق بر آزادی از شکنجه، حق بر آزادی و امنیت شخصی، حق بر رفتار انسانی با زندانیان، آزادی فکر، وجدان و مذهب و حق بر مطالبه، دریافت و انتقال اطلاعات را نام برد. این حقوق به افراد برای دستیابی به سلامت و برخورداری از این حق کمک می‌کند.

## ۱-۵. کنوانسیون بین‌المللی رفع همه اشکال تبعیض نژادی:

سند دیگری که باید در این رابطه بررسی شود، کنوانسیون بین‌المللی رفع همه اشکال تبعیض نژادی است که بر اصول عدم تبعیض و برابری موجود در میثاقین تأکید می‌کند. طبق ماده ۵ این کنوانسیون، دول عضو متعهدند تبعیضات نژادی را در هر شکل و صورتی ممنوع و ریشه‌کن سازند و حق هر فرد

چالش‌ها و مشکلات به منظور دستیابی به راه حل مقابله با آن‌ها مورد بررسی قرار گیرند.

۱-۲. **بیماری‌های فراگیر:** از جمله مسائلی که در عرصه بین‌المللی بهداشت و سلامت عمومی را تهدید می‌کند، بیماری‌های فراگیر است، انسان از زمان پیدایش، همواره بیماری را تجربه کرده و تلاش نموده تا همه‌گیری‌ها را درک و پیشگیری کند.

همه‌گیری عبارتست از رویداد یک بیماری، یک رفتار خاص بهداشتی یا رویدادهای دیگر بهداشتی در یک منطقه یا جامعه به نحوی که به طور واضح از حد انتظار عادی بیشتر باشد. همه‌گیری حالتی است نسبی در رابطه با فراوانی عادی بیماری در همان منطقه، در جمعیت مورد نظر و در فصل معین سال تنها یک مورد از یک بیماری قابل انتقال که برای مدتی طولانی در یک جامعه دیده نشده باشد یا یک مورد از یک بیماری که قبلاً در آن منطقه وجود داشته باشد، گزارش فوری و بررسی کامل محلی را ایجاب می‌کند و دو مورد از چنین بیماری که رابطه زمانی و مکانی نیز داشته باشند برای اطلاق همه‌گیری کافی است. یک بیماری که سال‌ها همه‌گیر می‌ماند عاقبت به عنوان بومی در نظر گرفته می‌شود و عبارت است از حضور دائمی یک بیماری یا عامل عفونی در یک محدوده جغرافیایی یا گروه جمعیتی (۱۲).

امروزه علی‌رغم گذار اپیدمیولوژیک بیماری‌ها به علت تغییر شرایط زندگی، از جمله شهرنشینی و صنعتی‌شدن و اهمیت یافتن بیماری‌های قلبی عروقی و سایر بیماری‌های ناشی از تجدد (مدرنیسم) هنوز بیماری‌های واگیر و عفونی، یکی از مهم‌ترین بیماری‌های تهدیدکننده سلامت جوامع بشری به ویژه جهان سوم است و حتی در کشورهای پیشرفته هم اگر برنامه‌های دقیق و مدونی برای مبارزه با این بیماری‌ها وجود نداشته باشد، امکان بازپیدی آن‌ها بسیار زیاد خواهد بود. از جمله بیماری‌های فراگیر که سلامت عمومی را تهدید می‌کند می‌توان ایدز، مالاریا، هیپاتیت و... را نام برد.

۲-۲. **طراحی شهری:** تنوع گسترده بیماری‌ها و روش‌های انتقال آن‌ها باعث می‌شود که حتی پیشرفته‌ترین شهرها با

را به مساوات در برابر قانون و به ویژه در تمتع از حقوق برشمرده شده بدون تمایز از لحاظ نژاد یا رنگ یا ملیت یا قومیت تضمین کند. بند ۴ این ماده به حق استفاده از بهداشت عمومی و مراقبت‌های پزشکی، بیمه‌های اجتماعی و خدمات اجتماعی اختصاص دارد (۱۰).

۶-۱. **کنوانسیون حقوق بشر و زیست‌پزشکی شورای اروپا:** کنوانسیون حقوق بشر و زیست‌پزشکی شورای اروپا، گام مهمی در جهت هماهنگی معیارهای اروپایی و بین‌المللی در حوزه زیست‌پزشکی برداشته است. به موجب ماده ۳ این کنوانسیون مساوات در دستیابی به مقررات بهداشتی ضروری و منحصر به فرد است و بدین ترتیب تعریف می‌شود که: «همه افراد باید برای نیازهای بهداشتی خود به منابع کافی دسترسی داشته باشند و این منابع باید با کیفیت مناسب و به طور یکسان در اختیار همگان باشد.» ماده ۴ کنوانسیون مقرر می‌دارد که هر مداخله‌ای در حوزه سلامت باید مطابق با استانداردهای شغلی مربوط باشد. مفاد این کنوانسیون به وسیله چهار پروتکل پیگیری می‌شود و هر پنج سال یک‌بار مورد بازنگری قرار می‌گیرد. پروتکل تحقیقات زیست‌پزشکی به وسیله کمیته‌ای از وزرای پارلمان اروپا در ژوئن ۲۰۰۴ در استراسبورگ تأیید شد و با رضایت چهار عضو به اجرا گذاشته شد. برخلاف دستورالعمل‌های اخلاقی منطقه‌ای و بین‌المللی مثل بیانیه هلسنکی، سازمان‌های بین‌المللی علوم پزشکی و برنامه سازمان ملل در زمینه ایدز ۱۴، کنوانسیون حقوق بشر و زیست‌پزشکی نوعی ابزار حقوقی است. مدعیانی که معتقدند حقوق آن‌ها پایمال شده ممکن است به این کنوانسیون متوسل شوند. کنوانسیون این صلاحیت را دارد که تعیین کند آیا کشورهای عضو الزامات کنوانسیون را نقض کرده‌اند یا خیر؟ بنابراین کنوانسیون حقوق بشر و زیست‌پزشکی بار حقوقی قابل توجهی دارد (۱۱).

۲. **چالش‌های فراروی بهداشت و سلامت عمومی:** برای تحقق اهداف اسناد بین‌المللی در زمینه بهداشت و سلامت عمومی، با چالش‌های فراوانی روبه‌رو هستیم که لازم است این



- لزوم انعطاف‌پذیری فضاهای شهری حمل و نقل و زیرساخت‌ها به منظور بهره‌گیری در موارد اضطراری مانند قرنطینه و خانه‌نشینی‌های دوره کرونا.

- لزوم بازنگری رویکردهای مطروحه در زمینه‌های شهری و به روزرسانی آن با توجه به شرایط (مثلاً تمرکزگرایی و فشردگی که تاکنون در راستای شعارهای پایداری و صرفه‌جویی اقلیم انرژی مطرح بوده است که در تضاد با تمرکززدایی در جهت تأمین بهداشت عمومی و تدابیر پیشگیری از همه‌گیری‌ها قرار دارد) (۱۶).

**۲-۳. شهر و سلامت:** تشخیص اثرپذیری و اثرگذاری شهرها بر سلامت، تاریخی طولانی دارد. سلامتی نه فقط نبود بیماری و ناتوانی، بلکه حالتی از تندرستی فیزیکی، ذهنی و اجتماعی است که بدون توجه به برتری و تفاوت‌های نژادی، مذهبی، باورهای سیاسی، اقتصادی و موقعیت اجتماعی به‌عنوان حقوق هر انسانی در نظر گرفته می‌شود. برنامه‌ریزی سلامت یک اصطلاح به نسبت جدیدی است که امروزه از سوی مداخلان در شهر که همواره در پی پیوند محیط شهری با سلامت فیزیکی و روحی شهرنشینان هستند، پا به عرصه وجود نهاد. بنابراین امروزه باید به این مهم توجه داشت که مفهوم سلامت در شهرها، از بهداشت و سلامت فردی گذر کرده و معنای جدیدی یافته که نیازمند دخالت حوزه‌های تخصصی بیشتری از جمله برنامه‌ریزان و طراحان شهری است. لازم به ذکر است که صرف نبود بیماری، شرط کافی برای تعریف شهر سالم نیست، بلکه شهروندان شهر سالم، باید قابلیت و کیفیت زندگی بالایی داشته باشند.

شهر سالم یک وضعیت ایستا یا مجموعه‌ای از اقدامات بهداشتی را شامل نمی‌شود، بلکه تعهد به بهبود مستمر رفاه، آسایش، سلامتی مردم، مکان‌ها و فرایندهای سیاست‌گذاری با تأکید صریح بر کاهش نابرابری‌های بهداشتی است. هدف اصلی از شهر سالم، این است که سلامتی را در قلب ساختار شهر جای دهد و انتقادی به فعالیت‌های برنامه‌ریزی است که بر مداخله در محیط‌های مصنوع برای تضمین فعالیت‌های

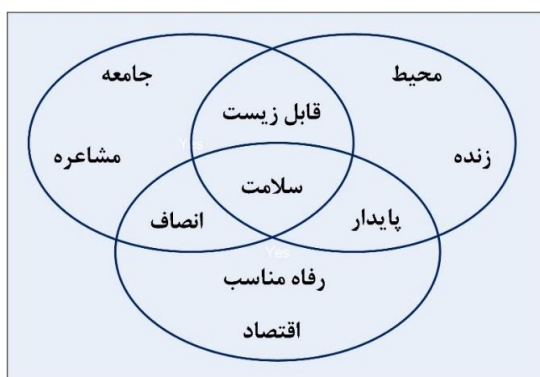
مناسب‌ترین زیرساخت‌ها و امکانات نیز همچنان در معرض شیوع و همه‌گیری بیماری‌ها و در صورت وقوع این مشکل، نیازمند توسعه سیستم‌های نظارت و پاسخگویی بهداشت عمومی مناسب باشد. بعضی از شهرها نیز با شناسایی مشکلات ناشی از محیط و استفاده از طراحی‌های معماری برای جلوگیری از شیوع بیماری‌ها، اقدام به حل این مشکل از پایه کرده‌اند، البته هیچ راهکار تأییدشده‌ای برای این کار وجود ندارد، ولی می‌توان با پیشگیری از زمینه‌های گسترش عوامل بیماری‌زا، توسعه زیرساخت‌های مناسب، پیاده‌سازی مکانیسم پیشگیری از شیوع بیماری در مناطق غیررسمی و آسیب‌پذیر، ایجاد سیستم‌های بهداشت عمومی برای نظارت و پاسخگویی به شیوع بیماری‌ها و... از آمادگی‌های لازم برای مقابله با شیوع آن‌ها برخوردار شد (۱۳).

از زمان‌های قدیم تا به امروز شیوع بیماری‌های مُسری باعث ایجاد تحولاتی عظیم در شهرسازی شده است. میزان امکانات بهداشت عمومی و چگونگی طراحی شهری نقش مهمی در کنترل یا گسترش یک بیماری واگیردار ایفا می‌کند و به طور متقابل شیوع یک بیماری فراگیر معماران و طراحان شهری را به سمت ایجاد تغییراتی در طراحی شهری برای مقابله با آن سوق می‌دهد. تمرکززدایی شهری برای ارائه بهتر خدمات ضروری مهم‌ترین درسی است که طراحان امروزی از شیوع ویروس کرونا خواهند آموخت و با پیاده‌سازی آن در طراحی شهری شیوع ویروس‌هایی نظیر کرونا را در آینده با موفقیت بیشتری مهار خواهند کرد (۱۴). میزان آمادگی یک شهر به توانایی آن برای پیشگیری، کشف و واکنش به شیوع یک بیماری و همچنین مراقبت از بیماران بستگی دارد که این به نوبه خود مستلزم طراحی‌های مناسب شهری، کارکنان فعال، بودجه کافی و واکنش سریع است (۱۵). مواردی که در رابطه با طراحی شهری در مقابله با بیماری‌های واگیر می‌توان برشمرد عبارت‌اند از:

- بازنگری سرانه‌های شهری شعاع‌های دسترسی و مبانی جابه‌جایی جهانی و محلی انسان و کالا.

است، به‌علاوه، دسترسی به خدمات بهداشتی از قبیل واکسیناسیون، برنامه غذایی مناسب، کنترل روابط جنسی، پیشگیری از بیماری‌های مُسری و درمان بیماری‌های روانی از دیگر شرایط شهر سالم است. یک جامعه فراگیر یا همه‌شمول، محیط باکیفیت و اقتصاد قوی، مطابق شکل شماره (۱)، به خلق شهری شاد، عادلانه و قابل زندگی منجر می‌شود که همان شهر سالم است (۱۸).

بدنی و سلامتی و حذف نابرابری‌ها تمرکز دارد تا شادمانی را برای شهروندان به ارمغان بیاورد (۱۷). از سوی دیگر، پژوهش‌های مستند نشان‌دهنده آن است که هرچه سطح سواد، درآمد و اشتغال بهتر و مناسب‌تر باشد، سطح بهداشت و سلامت فردی بالاتر است. همچنین دسترسی فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی به غذای کافی، ایمن و مقوی برای تأمین نیازهای اولیه، یکی از شروط امکان زندگی سالم



شکل ۱: مدل سلامت و اکوسیستم جامعه (۱۸)

غذا، آب، سرپناه، درآمد، امنیت و... برای همه مردم؛ ۶- دسترسی و بهره‌برداری از منابع به گونه‌ای برنامه‌ریزی‌شده؛ ۷- اقتصادی نوآور، زنده، پویا و متنوع؛ ۸- تشویق و تقویت ارتباط با گذشته و میراث زیستی و فرهنگی ساکنان؛ ۹- وجود کرسی آزاداندیشی و آزادی بیان؛ ۱۰- سطح مقبولی از بهداشت عمومی و خدمات مراقبتی بیماران در دسترس همگان؛ ۱۱- سطوح بالایی از بهداشت و سلامتی (۲۰).

مجموعه این موارد نشان‌دهنده آن است که سلامتی و بهداشت، هدف غایی است و دستیابی به آن‌ها در گرو برآورده شدن یکسری ویژگی‌های اولیه در حوزه‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی، کالبدی، تاریخی، اقتصادی و بهداشتی است. مطابق شکل شماره (۲)، مرور پژوهش‌های مربوط به سیر دگرذیسی مفهوم سلامت حاکی از آن است که امروزه تأکید اصلی بر امر پیشگیری از بیماری‌های جسمانی و روانی، از طریق مداخلات غیر پزشکی اهمیت بیشتری یافته است.

از سوی دیگر، نقش معیارهای فضایی شامل «منابع، کاربری، طراحی و فرم شهری، شبکه جابه‌جایی و حمل و نقل و فضاهای باز عمومی، آبی و سبز»، در سلامت عمومی جامعه شامل «حفاظت مقابل آلودگی‌ها، ارتقای سلامتی و تدارک دیدن خدمات»، اهمیت زیادی دارد و بر نقش برنامه‌ریزی شهری و اراضی در ارتقای سلامت فیزیکی، روانی و عدالت در سلامت تأکید می‌کند. طبق بیانیه سازمان بهداشت جهانی حقوق برابر، مشارکت، همکاری، همبستگی و توسعه پایدار جزء ارزش‌های شهر سالم و شاد است (۱۹).

سازمان بهداشت جهانی، ۱۱ ویژگی را برای شهر سالم به ترتیب به شرح زیر عنوان می‌کند: ۱- محیط کالبدی امن و پاکیزه، با کیفیت زیاد شامل کیفیت مسکن؛ ۲- اکوسیستمی که هم‌اکنون پایدار باشد و بتوان پایداری آن را در آینده تضمین کرد؛ ۳- جامعه محلی غیر انتفاعی و قدرتمند؛ ۴- سطح بالایی از مشارکت عموم مردم در تصمیماتی که بر نحوه زیست، بهداشت و رفاه آنان تأثیر دارد؛ ۵- تأمین نیازهای اولیه چون





شکل ۲: سیر تحول مفهوم سلامت در جهان

سلامت دارد (۲۵). در عرصه جهانی، تغییرات و چالش‌های اخیر سلامت در شهرها بسیار سریع، قابل توجه و نگران‌کننده بوده و شهرنشینی گسترده در طول قرن گذشته، تغییرات وسیعی پیرامون سلامت عمومی افراد ایجاد کرده است (۲۶). مردم در شهرها، به ویژه افراد فقیر و تازه‌وارد به شهر، با تماس‌ها و فشارهایی مواجه می‌شوند که به مشکلات بهداشتی، از قبیل اشاعه بیماری‌های مسری، سوءتغذیه، بیماری‌های روانی و بیماری‌های تنفسی مزمن می‌انجامد (۲۴، ۲۶).

این وضع غیر بهداشتی را آلودگی‌های صوتی و بصری، فقر، کمبود غذا و سرپناه، تراکم جمعیت، مشاغل کاذب، سیستم نامناسب دفع مواد زائد، شرایط شغلی ناامن، ناکافی بودن خدمات دولتی،

۴-۲. سلامت شهری: به طور کلی می‌توان گفت سلامت شهری به معنای تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی همه ساکنان شهر و محیط فیزیکی و فضای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی سالم در شهر است. بنابراین برنامه‌ریزی سلامت شهری عبارت است از فرایندی آگاهانه برای تأمین سلامت و تندرستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی همه ساکنان شهر به کمک تعیین سیاست‌های سلامت‌محور، نظام مناسب برنامه‌ریزی سلامت شهری، بهبود تعیین‌کننده‌های اجتماعی، اقتصادی و محیط فیزیکی شهر (۲۱-۲۳).

سلامت شهری یکی از چالش‌های مهم قرن بیست و یکم است (۲۴)، زیرا رشد سریع و گسترش شهرنشینی پیامدهایی برای

شهری، به ویژه در کشورهای جهان سوم زیان‌های بسیاری بر عرصه سلامت وارد کرده است، زیرا برنامه‌ریزی شهری در ابعاد گوناگون رابطه تنگاتنگی با سلامت شهروندان دارد. با وجود اهمیت این ارتباط، از نظر تجربی و عملی، توجه کمی به این موضوع در شهرهای جهان شده است (۲۹).

۳. **نظریه حق به شهر:** در سال ۱۹۶۸، هنری لوفور (Henry Lefebvre) فیلسوف و جامعه‌شناس فرانسوی، کتاب «La droit à la ville» یا حق به شهر را نوشت (۳۰). نظریه حق به شهر وی، نوعی نقد رادیکالی به شهر و سیاست‌های شهری است که در آن به جای اینکه دولت و سرمایه‌داران فضاهای شهری را مدیریت کنند، استفاده‌کنندگان و ساکنان شهر، به مدیریت و کنترل فضاهای شهری می‌پردازند (۳۱). لوفور بر این باور است که انباشت سرمایه در جوامع سرمایه‌داری معاصر به کمک شهری‌شدن رخ می‌دهد و همزمان نظارت بر شهر و مراقبت از آن، از شهروندان گرفته شده و منافع حاصل از شهری‌شدن به نفع سرمایه (دولت یا سرمایه‌داران خصوصی) مصادره می‌شود. در واقع حق به شهر درصد پس‌گرفتن نظارت بر شهر و مراقبت از آن، همچنین استفاده از منافع شهری‌شدن سرمایه است (۳۲). به اعتقاد لوفور، حق به شهر نوعی حق دگرگون‌شده (Transformed) و تجدیدشده (Renwed) به زندگی شهری است. موضوع اصلی کار لوفور درک شهر به‌عنوان اثر هنری است؛ اثری از همه ساکنان و استفاده‌کنندگان از شهر. آن‌ها می‌توانند با شکل‌دادن جمعی به آینده فضاهای شهری و سکونت فعالانه در محیط شهری، در ساخت اثر هنری (شهر) مشارکت کنند (۳۰). اثر هنری نقطه مقابل کالای تولیدی است. برخلاف کالای تولیدی که تولید و مصرف آن سودآوری مالی دارد، مزیت استفاده از اثر هنری، لذت و اعتبار به‌جامانده برای همگان است (۳۳). لوفور در نظریه خود بر تخصیص فضا و زمان تأکید می‌کند. به عقیده او، هر کس حق غیر قابل فروش و غیر قابل انتقال به استفاده از فضاهای شهری را به منظور تهیه ضروریات زندگی روزمره‌اش دارد، بنابراین ارزش استفاده از فضا بیشتر از ارزش اقتصادی است؛ یعنی عملکرد اجتماعی

مصرف بی‌رویه مواد زیان‌آور و آلودگی محیط زیست تشدید می‌کند (۲۴). بارتون و تسورو (Barton and Tsourou) در کتاب خود معتقدند برنامه‌ریزی شهری از طریق چند راه می‌تواند بر سلامت تأثیرگذار باشد (۲۸):

۲-۴-۱. **شیوه و رفتار زندگی فردی:** تصمیم‌گیری در مورد برنامه‌ریزی شهری می‌تواند سلامت انسان‌ها را بهبود دهد یا آن را با مخاطره مواجه کند؛ برای مثال گرایش مردم به پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری و بازی در هوای آزاد به شدت از کیفیت و امنیت پیاده‌روها و مسیرهای دوچرخه‌سواری، همچنین میزان دسترسی به فضاهای آزاد محلی تأثیرپذیر است.

۲-۴-۲. **تأثیرات اجتماعی:** برنامه‌ریزی شهری می‌تواند شبکه‌های اجتماعی را نابود کند یا فرصت‌هایی را برای زندگی اجتماعی غنی فراهم آورد. فعالیت‌های اجتماعی محلی، از فعالیت‌های جمعی روزمره و فضاهای عمومی مانند مدرسه، دفاتر پست، کافه‌ها، پارک‌ها، خیابان‌ها، مساجد و تالارهای جشن تأثیر می‌پذیرد. ایجاد و استمرار چنین شبکه‌هایی تا حدی به مدیریت و برنامه‌ریزی شهری وابسته است.

۲-۴-۳. **شرایط ساختاری محلی:** در این باره، سیاست‌های برنامه‌ریزی شهری به طور مستقیم بر سلامت شهری تأثیر می‌گذارند؛ برای مثال کمبود مسکن و پایین بودن کیفیت آن به بروز بعضی از بیماری‌ها منجر می‌شود. وجود حمل و نقل کارآمد و ارزان نیز می‌تواند مشکلات ناشی از محرومیت‌های اجتماعی را کاهش دهد.

۲-۴-۴. **شرایط عمومی اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی:** برنامه‌ریزی شهری با تأثیر بر کیفیت هوا، آب و منابع زیرزمینی و همچنین تأثیر بر شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مردم بر سلامت تأثیر می‌گذارد. بنابراین خط مشی‌ها، تصمیم‌ها، سیاست‌های شهری و به طور کلی برنامه‌ریزی شهری می‌تواند با در پیش گرفتن روش‌های صحیح و منطقی، مشکلات را کاهش دهد و رفاه، آرامش و سلامت را به شهروندان ارائه کند. برنامه‌ریزی شهری با محور قراردادن سلامت شهری می‌تواند به صورت مستقیم و غیر مستقیم تأمین‌کننده سلامت شهروندان باشد. بی‌توجهی به رابطه سلامت و برنامه‌ریزی

فضا همیشه مهم‌تر از سودی است که با فروش یا بهره‌برداری از فضا به دست می‌آید (۳۰). در نظریه لوفور، شهروند به ساکنان شهر اطلاق می‌شود که دو نوع حق دارند (۳۱، ۳۵-۳۴).

۳-۱. **حق اختصاص دادن به خود:** حق استفاده کامل از فضای شهری در زندگی روزمره، حق زندگی کردن، بازی کردن، حق تصرف و تولید فضای جدید و...

۳-۲. **حق مشارکت:** حق اینکه همه ساکنان شهر (با هر قومیت، نژاد، مذهب، طبقه اجتماعی اقتصادی و...) در تصمیم‌گیری‌های مربوط به فضاهای شهری و تولید فضاهای شهری دخیل هستند. این تصمیم‌گیری می‌تواند به دولت (تصمیم سیاسی)، سرمایه (تصمیم به سرمایه‌گذاری کردن یا نکردن)، نهاد چندجانبه (قوانین تجارت سازمان تجارت جهانی) یا هر نهاد دیگری مربوط باشد که در تولید فضاهای شهری نقش دارند. همچنین این حق می‌تواند در هر سطحی از تصمیم‌گیری (ملی، منطقه و محلی) و در هر مقیاسی باشد. با این حال، حق به شهر هنری لوفور، حقی هنجاری و اخلاقی است نه مالکیتی و قضایی (۳۶)؛ برای مثال وقتی شخصی زمین یا خانه‌ای را در شهر می‌خرد، حق مالکیتی و قضایی به آن دارد و در صورت اشغال یا آسیب از سوی دیگران می‌تواند ادعای مالکیت داشته باشد و شکایت کند، اما در قبال محیط، هوا، پارک، پیاده‌رو و سایر موارد که در اطراف خانه یا زمین اوست، حق قانونی و مالکیتی ندارد و در صورت آسیب یا نقص آن‌ها نمی‌تواند ادعای قانونی و قضایی کند. این همان حق اخلاقی و هنجاری است که هنری لوفور مطرح می‌کند.

### نتیجه‌گیری

در اسناد بین‌المللی منظور از سلامتی، هم سلامت جسم و هم سلامت روان است و بعضاً در کنار این دو، سلامت اجتماعی و معنوی هم به کار رفته است و تدابیری که دولت‌ها باید برای استیفای کامل بهداشت و سلامت و تأمین امکان یک زندگی سالم اتخاذ کنند، بیان می‌دارد. در این راستا دولت‌ها را ملزم به اتخاذ اقداماتی در حوزه وسیعی کرده که برخی از این تعهدات مستلزم اقدام فوری دولت‌هاست و برخی دیگر در طول زمان

تحقق می‌یابند. به رسمیت‌شناختن این حق در برخی از مهم‌ترین اسناد و اعلامیه‌های بین‌المللی، از جمله اسناد سه‌گانه حقوق بشر، اساسنامه سازمان ملل متحد، اساسنامه سازمان بهداشت جهانی و اعلامیه توسعه هزاره سوم حاکی از اهمیت این حق و متعهد نمودن دولت‌ها در حمایت از آن در سیاست‌ها و قانون‌گذاری داخلی می‌باشد، حتی مکانیزم‌هایی برای نظارت بر عملکرد دولت‌ها و لزوم پاسخگویی از جانب آن‌ها در معاهدات حقوق بشری پیش‌بینی شده است. حق بر سلامت و حق حیات ارتباط تنگاتنگی با معماری و شهرسازی و محیط زندگی افراد بشر دارد. امروزه معماری و شهرسازی را علاوه بر اطلاعاتی که نشان از علم، فن و هنر بودن آن دارد، باید حاوی قواعد و مقررات حقوقی نیز دانست. قواعد و مقرراتی که به دلیل ارتباط تنگاتنگ با سلامت جسمی و روحی افراد جامعه و لزوم توجه و نظارت توسط حاکمیت، می‌توان زیرشاخه حقوق عمومی دانست. قانون اساسی به‌عنوان قانون مادر ظرفیت توجه قوانین عادی را فراهم آورده است. در قوانین عادی نیز کاهش ناهنجاری‌ها از طریق معماری و شهرسازی به صورت پراکنده در مقرراتی همچون برنامه‌های توسعه، سیاست‌های کلی نظام، قوانین شهرداری‌ها و... پیش‌بینی شده است. تعدد مراجع قانون‌گذاری و قوانین و مقررات وضع‌شده، اهمیت ارتباط حقوق عمومی با شاخه مرتبط با حقوق پزشکی و معماری را بیش از پیش نشان می‌دهد.

همچنین اصلاح مقررات مربوط به ماده ۱۰۰ شهرداری‌ها و الزام‌آور بودن رعایت مقررات مرتبط با سلامت روانی شهروندان به نحوی که با پرداخت جریمه نتوان از بار مسئولیت‌های ساخت و ساز با رویکرد سلامت روانی، رهایی یافت. از سوی دیگر در این قانون می‌بایست مصادیق قانونی لازم‌الاجرا به صورت شفاف مشخص گردد. از سوی دیگر لزوم حضور متخصصین مرتبط با حوزه سلامت روان در کمیسیون‌های مربوط در اصلاح این مقررات مورد توجه قرار گیرد.

### مشارکت نویسندگان

الهام پورمهبادیان: جمع‌آوری داده، تدوین و نگارش مقاله.

مریم افشاری: ترجمه منابع انگلیسی، گردآوری منابع و ویراستاری علمی و ادبی مقاله.  
نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

### تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

### تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

### تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

## References

1. Dekhoda AA. Loghat-Nameh. 1st ed. Tehran: University of Tehran Publication; 2006. [Persian]
2. Abbasi M, Rezaii R. The Right to the City from the Point of View of Bioethics and Human Rights. Tehran: Abstract of the Articles of the National Conference on Rights and Ethics in Biotechnology; 2010. [Persian]
3. Hashemi SM. Human rights and fundamental freedoms. Tehran: Mizan Publication; 2011. [Persian]
4. Katouzyan N. Basics of public law. 1st ed. Tehran: Mizan Publication; 2013. [Persian]
5. Carven M. The International Covenant on Economic Social and Culture Rights a Perspective on Its Development. Oxford: Oxford University Press; 2015.
6. Zyaii-Bigdeli MR. General International Law. 1st ed. Tehran: Mizan Publication; 2016. [Persian]
7. Rahimi GA. World Health Organization. Journal of Paramedical Faculty of the Islamic Republic of Iran Army. 2010; 5(1): 53-56. [Persian]
8. Amid H. Amid Dictionary. Tehran: Amirkabir Publications; 1985. [Persian]
9. United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Human Rights Instruments; 2001. Article.12.
10. Abbasi M, Mohagheghi MA, Pourzand Moghadam P. The International Codes of Documents & Declarations cultures & Bioethics. Tehran: Sina Legal Cultural Institute; 2010. [Persian]
11. Plomer A, Abbasi M, Zali A. The Law and Ethics of Medical Research. Tehran: Sina Legal Cultural Institute; 2008. [Persian]
12. Hatami H, Razavi SM, Iftikhar Ardabili H. Public Health. Tehran: Arjmand Publications; 2019. Vol.3. [Persian]
13. Available at: <https://www.imna.ir/news/415187>.
14. Available at: <https://archawpress.com/category/news/urban-news/>.
15. Available at: <https://www.imna.ir/news/409260>.
16. Available at: <https://www.imna.ir/news/420031>.
17. Howell A. Planning for healthy communities in Nova Scotia: The current state of practice (Unpublished master's thesis). Ontario: University of Waterloo; 2013.
18. Wood L, Sandra T, Macfarlane R, Fordham J, Campbell M, McKeown D. Healthy Toronto by Design. Toronto: Toronto Public Health; 2011. p.1-45.
19. World Health Organization. Health and the city: Urban living in the 21st century visions and best solutions for cities committed to health and well-being. Athens-Greece: Paper presented at the International Healthy Cities Conference; 2014.
20. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. Healthy cities: Good health is good politics: Toolkit for local governments to support healthy urban development. 2015. Retrieved from [https://www.iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/11865/WPR\\_2015\\_DNH\\_004\\_eng.pdf](https://www.iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/11865/WPR_2015_DNH_004_eng.pdf): [https://www.who.int/global\\_health\\_histories/background/en/](https://www.who.int/global_health_histories/background/en/).
21. Barton H. The place of health in urban development. Translated by Taghizadeh Mutlaq M. Urbanization Essays. 2002; 1(3): 27-37. [Persian]
22. Golpir A. The place of urban health in laws. 2016. Available at: <https://www.evazfardlawyer.ir/index.php?todo=showarticles&aid=50230>.
23. Shabirian F. Spatial analysis of women's diseases in Tehran city with an emphasis on urban health planning. Tehran: Payamnoor University; 2011. [Persian]
24. Vearey J, Palmay I, Thomas L, Nunez L, Drimie S. Urban Health in Johannesburg: The Importance of Place on Understanding Intra-Urban Inequalities on a Context of Migration and HIV. Health and Place. 2010; 16(4): 694-702.
25. Safdari R, Ghazisaeidi M, Zahtkashan M. information technology, a new development in the development of urban health. Tehran University of Medical Sciences Faculty of Paramedicine Journal (Piyavard Salamat). 2012; 6(3): 170-181. [Persian]
26. Lotfi S, Mahdi A, Mahdian Behmiri M. Measuring the tendency of the residents of the four regions of Qom city towards sports and physical activities (urban health, sustainable development). Research Journal of Sports Management and Movement Behavior. 2012; 9(17): 129-154. [Persian]
27. Harpham T, Molyneux C. Urban Health in Developing Countries: A Review. Progress in Development Studies. 2001; 1(2): 37-113.
28. Barton H, Tsourou C. Healthy City Planning. Translated by Attariyan M. Tehran: Tehran Organization of Studies and Planning; 2010. [Persian]
29. Sarkar C, Gallacher J, Webster C. Urban built environment configuration and psychological distress in older men: Results from the Caerphilly study. BMC Public Health. 2013; 13(1): 1-11.
30. Boer RWJ, Vries JDE. The Right to the City as a Tool for Urban Social Movements: The Case of

Barceloneta. Netherlands: 4th International Conference of the International Forum on Urbanism; 2009.

31. Purcell M. Excavating Lefebvre: The Right to the City and Its Urban Politics of the Inhabitant. *Geojournal*. 2002; 58(2): 99-108.

32. Habibi M, Amiri M. Right to the city; Existing city and desirable city; what is and what should be. *Iranian Journal of Anthropological Research*. 2015; 5(2): 9-30. [Persian]

33. Maroufi H, Vahidi Borji G. Space and Realization of Urban Right: Identifying Spatial Components Derived from Urban Right to Analyze and Evaluate Nawab Project in Tehran and La Defense in Paris. *Urban Studies Quarterly*. 2014; 4(16): 5-14. [Persian]

34. Madah H, Roshanfekar P. The Right to the City from Thought to Action. *Haftshahr City Planning and Architecture Journal*. 2014; 4(49-50): 58-73. [Persian]

35. Rafiyan M, Elwandipour N. Conceptualization of the idea of the right to the city; in search of a conceptual model). *Iranian Sociology Journal*. 2014; 16(2): 25-47. [Persian]

36. Vaddiraju AK. Urban Governance and the Right to the City. *Economic and Political Weekly, EPW*. 2016; 6: 21-23.

37. Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000; 54(12): 923-929.

38. Hancock T. The mandala of health: A model of the human ecosystem. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*. 1985; 8(3): 1-10.