

ارزیابی شاخص‌های کیفیت زندگی در نواحی روستایی کشور

داریوش بوستانی^۱ * محمدحسین ابتکاری^۲ * احمد محمدپور^۳

چکیده

هدف مقاله حاضر، ارزیابی شاخص‌های کیفیت زندگی نواحی روستایی استان‌های مختلف کشور است. روش پژوهش، بنا به ماهیت موضوع تحقیق، گسترده‌گی و پراکنده‌گی شاخص‌ها، روش اسنادی است و بر روش تحلیل بر تحلیل ثانویه داده‌های سرشماری، سالنامه‌های آماری استان‌ها، داده‌های سازمان ثبت احوال، داده‌های وزارت تعاون، بهداشت و آموزش پزشکی متکی است. یافته‌ها حاکی از آن است که، در همه شاخص‌های مورد بررسی، اختلاف و نابرابری از نظر دسترسی به شاخص‌های کیفیت زندگی در بین نواحی روستایی استان‌های مختلف کشور وجود دارد. بر اساس ۱۷ شاخص بهداشتی، اجتماعی و سکونتی ارزیابی شده در این تحقیق، نواحی روستایی استان‌های اصفهان، یزد، سمنان، مازندران، چهارمحال بختیاری، فارس، قم، خوزستان و بوشهر در سطح برخوردار از شاخص‌های کیفیت زندگی بودند. همچنین استان‌های سیستان و بلوچستان، لرستان، ایلام، کرمانشاه، آذربایجان غربی، کهگیلویه و بویراحمد، زنجان و گیلان در سطح محروم از امکانات قرار داشتند و نقاط روستایی سایر استان‌ها جزء روستاهای نیمه‌برخوردار به شمار می‌آیند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، شاخص‌های عینی، روستا و شاخص‌های اجتماعی.

فصلنامه راهبرد اجتماعی و فرهنگی • سال اول • شماره چهارم • پاییز ۱۳۹۱ • صص ۱۶۷-۱۹۵

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۵/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۷/۱۷

۱. عضو هیئت علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه شهید باهنر کرمان (a_mohammadpur@yahoo.com).
۲. دانشجوی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه یاسوج (a_mohammadpur@yahoo.com).
۳. استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه بوعلی سینای همدان (a_mohammadpur@yahoo.com).

مقدمه

کیفیت زندگی برای اولین بار به عنوان یک مفهوم، در فلسفه یونان باستان ظاهر شد که ارسطو آن را در ارتباط با شادی در نظر گرفت (Zhao, 2004: 1). اما از سال ۱۹۳۰ مطالعه در مورد کیفیت زندگی به طور جدی تر مورد توجه محققان رشته‌های مختلف قرار گرفت (Lee, 2008: 1205) و در سال ۱۹۶۰ به عنوان یک موضوع اصلی در تحقیقات شاخص‌های اجتماعی به عنوان یک واکنش علیه سلطه شاخص‌های اقتصادی در روند سیاست ظهور کرد که در ابتدا بر روی شاخص‌های عینی مانند: تندرستی، فقر، بیماری و خودکشی تأکید داشت، اما شاخص‌های ذهنی در طول سال ۱۹۷۰ به آن اضافه شد (Veenhoven, 2007: 1). کیفیت زندگی از سال ۱۹۸۰ نیز مورد توجه زیاد علم بهداشت قرار گرفته و سلامت فردی را نیز مورد توجه قرار داد (Yen et al, 2011: 178). اخیراً نیز یک درک مفهومی گسترده از کیفیت زندگی با توجه به شرایط زندگی و چند بعدی بودن آن مورد توجه است که شامل بهداشت، ثبات اقتصادی، رضایت از زندگی، سرپناه و رفاه ذهنی است (Higgins and Campanera, 2011: 290). بر این اساس، کیفیت زندگی را می‌توان، مفهومی برای بررسی چگونگی تأمین نیازهای انسانی و معیاری برای درک رضایت و عدم رضایت افراد و گروه‌ها از ابعاد مختلف زندگی دانست (رضوانی و منصوریان، ۱۳۸۷: ۲).

امروزه توافق عمومی در میان محققان، سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان در خصوص نیاز به مطالعه کیفیت زندگی وجود دارد (رضوانی و همکاران، ۱۳۸۸: ۸۸)، به طوری که بهبود کیفیت زندگی در هر جامعه‌ای، به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف سیاست‌های عمومی آن جامعه شده (لطفی، ۱۳۸۸: ۶۵) و به عنوان شاخص پیشرفت یک اجتماع در نظر گرفته می‌شود (حریرچی و همکاران، ۱۳۸۸: ۹۰). به همین خاطر حیطة مربوط به کیفیت زندگی و سنجش آن شاید در هیچ زمانی به اندازه امروز وسیع نبوده است (جاجرمی و کلتی، ۱۳۸۵: ۵).

1. Quality of life

اما بر اساس مستندات، وضعیت کیفیت زندگی در ایران چندان مناسب نیست (فرجی ملایی و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین با توجه به جایگاه ایران در گزارش توسعه انسانی در بین کشورهای دیگر نیز وضعیت چندان مطلوبی ندارد. فقر روستایی تقریباً ۶۳٪ درصد از کل فقر جهانی را شامل می‌شود و تقریباً در همه کشورها، شرایطی که فقرای روستایی از لحاظ مصرف شخصی، دسترسی به آموزش، مراقبت‌های بهداشتی، آب آشامیدنی، مسکن، حمل‌ونقل و ارتباطات (همگی از شاخص‌های مهم کیفیت زندگی به شمار می‌روند) با آن مواجهند، بسیار نامساعدتر از شرایط فقرای شهری است (حسن‌خان، ۲۰۰۱: ۲۶۴). در نتیجه یکی از چالش‌های مهم جوامع روستایی سطح پایین کیفیت زندگی است که اندیشه بسیاری از صاحب‌نظران توسعه روستایی را به خود جلب کرده است (غفاری و حق‌پرست، ۱۳۸۳: ۳۳). کاجلیرو معتقد است: کیفیت زندگی در نواحی روستایی به عواملی چون کیفیت محیط زیست روستایی، امنیت درآمد، امکانات و خدمات، شبکه‌های اجتماعی و فعالیت‌های امرار معاش بستگی دارد (Cagliero et al, 2011: 5). اما در روستاها به دلایل شرایط جغرافیایی و آب و هوایی، نوع معیشت و توانایی کمتر در مقابل حوادث (همان)، مقیاس کوچک و تراکم کم سکونتگاه‌های روستایی، کاهش اشتغال درآمد در بخش کشاورزی، فاصله زیاد و انزوای جغرافیایی آن‌ها، راه‌های ارتباطی و شبکه حمل‌ونقل نامناسب و ناکارآمد، اجرای سیاست‌های لازم برای بهبود کیفیت زندگی روستایی پیچیده‌تر است (رضوانی و منصوریان، ۱۳۸۷: ۴-۲). همچنین، کیفیت زندگی در نواحی روستایی، مشکلات دیگری مانند ضعف منابع درآمدی، فقدان وسایل نقلیه خصوصی و وسایل حمل‌ونقل عمومی، نبود فرصت‌ها و موقعیت‌های شغلی مناسب، کمبود مراکز مراقبتی، مشکلات و آسیب‌های ناشی از نابرابری‌های اجتماعی، تغذیه نامناسب و مسکن ناپایدار را نیز دربر می‌گیرد (قالیباف و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۶۴). از این رو، ارزیابی شاخص‌های مختلف کیفیت زندگی در نواحی روستایی حائز اهمیت و ضروری به نظر می‌رسد و مناطق روستایی از فضاها نیازمند مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی محسوب می‌شوند.

در ایران هنوز حدود ۳۱ درصد جمعیت در روستاها زندگی می‌کنند و توجه به مناطق روستایی می‌تواند با فراهم آوردن محیط زیست سالم و پایدار نقش مهمی در توسعه ملی داشته باشد و عدم توجه به آن نیز می‌تواند سبب مهاجرت‌های گسترده روستاییان به شهرها

گردد که پدیده حاشیه‌نشینی و دیگر مشکلات را ایجاد می‌کند. این در حالی است که وجود فقر محسوس به لحاظ مطالعه کیفیت زندگی در نواحی روستایی ایران وجود دارد و اندک مطالعات موجود نیز کیفیت زندگی در شهرها و کلان‌شهرهای بزرگ را مورد بررسی قرار داده است. با این تفاسیل، این تحقیق در هدف کلی خود به بررسی شاخص‌های عینی کیفیت زندگی در نواحی روستایی استان‌های مختلف کشور پرداخته است. در کنار هدف اصلی تحقیق، اهداف فرعی دیگری نیز مد نظر است که عبارتند از: توصیف شاخص‌های کیفیت زندگی؛ بررسی اختلاف نواحی روستایی، از نظر دسترسی به هر یک از شاخص‌های شهر سالم و درجه‌بندی نواحی شهری ایران از نظر دسترسی به همه شاخص‌های شهر سالم.

این پژوهش سعی دارد پاسخ‌هایی مناسب به سؤال‌های پژوهشی زیر ارائه دهد:

- شاخص‌های کیفیت زندگی کدامند؟
- آیا تمام نواحی روستایی استان‌های ایران، از نظر میزان دسترسی به همه شاخص‌های تحقیق، وضعیت مناسبی دارند؟
- کدام یک از استان‌ها از سطح بالاتر یا پایین‌تری نسبت به سایر استان‌ها از نظر شاخص‌های کیفیت زندگی قرار دارند؟

۱. پیشینه تحقیق

در چند دهه اخیر، شناخت، اندازه‌گیری و بهبود کیفیت زندگی از اهداف عمده محققان بوده است. این عرصه علمی و تحقیقاتی مورد توجه در حوزه‌های مختلف روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، اقتصاد، علوم زیست محیطی و پزشکی بوده است. از میان تحقیقات انجام شده در ایران و سایر کشورها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ماجدی و لهسایی‌زاده (۱۳۸۵)، به بررسی رابطه متغیرهای زمینه‌ای، سرمایه اجتماعی - رضایت از کیفیت زندگی در روستاهای استان فارس پرداخته‌اند. نتایج تحقیق مشخص کرد: سرمایه اجتماعی متغیر پیش‌بینی‌کننده بهتری نسبت به متغیرهای جمعیتی به شمار می‌رود.

- رضوانی و همکاران (۱۳۸۸)، در تحقیقی به بررسی ارتقای روستاها به شهر و نقش آن در بهبود کیفیت زندگی ساکنان محلی پرداخته‌اند. نتایج به دست آمده نشان داد که در مجموع ارتقا روستا به شهر باعث بهبود چشمگیر کیفیت زندگی در بین ساکنان خواهد

شد.

- محمد عمرانی و همکارانش (۱۳۸۸) در طی پژوهشی که در بین خانوارهای روستایی منطقه سیستان انجام داده‌اند، به این نتیجه رسیدند که سن سرپرست خانوار، ترکیب سنی فرزندان و همچنین تراکم بعد خانوار از مهم‌ترین عامل‌های تعیین‌کننده سطح زندگی در مناطق روستایی است.

- احمدی و اسلام (۱۳۸۸) در تحقیقی که به بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی پرداخته بودند، نشان دادند که بین وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، مرتبه شغلی و میزان درآمد رابطه معنی‌دار و مستقیم دارد.

- حریری و همکاران (۱۳۸۸) طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رابطه مثبت و معنادار بین کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال و تحصیلات وجود دارد.

- میری (۱۳۸۹) به بررسی نقش سرمایه اجتماعی و رضایت از کیفیت زندگی بر روی ۳۶۵ نفر از سرپرستان خانوارهای ۱۸ روستای بخش پشت آب سیستان پرداخته است. نتایج نشان‌دهنده ارتباط مثبت و معنادار بین کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی است.

- زئو^۱ (۲۰۰۴) در پایان‌نامه دکترای خود به بررسی ارزیابی استفاده و کیفیت خدمات انسانی بر برداشت از کیفیت زندگی پرداخت. از دیدگاه فردی، تأهل، مالکیت سکونت، آموزش و از نگاه خانواده، درآمد خانوار و وضعیت سلامت و از منظر خدمات، جامعه بشری، ایمنی، عوامل مهم بر ادراک از کیفیت زندگی هستند.

- فلورنس^۲ و همکارانش (۲۰۰۸) در تحقیقی به بررسی کیفیت زندگی مناطق روستایی کشورهای در حال توسعه پرداختند. نتیجه و پیشنهاد آنها تمرکز بر رویکرد مردم محور در ایجاد فرصت‌ها و به حداکثر رساندن مزایای فناوری اطلاعات و ارتباطات برای مناطق فقیر روستایی بود.

- آرینز^۳ (۲۰۰۹) در پایان‌نامه دکترای خود به بررسی توسعه شاخص کیفیت زندگی در آرکانزاس پرداخته است. یافته‌های تحقیق نشان داد، بین درآمد سرانه و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین مشخص شد که سطح کیفیت زندگی در بین مناطق روستایی و شهری با هم تفاوت دارند.

1. Zhao
2. Florence
3. Arinez

- گرجیک و همکاران^۱ (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی کیفیت زندگی در مناطق روستایی کرواسی پرداخته‌اند. نتایج نشان داد که فقدان فرصت‌های شغلی، محدودیت انتخاب حرفه، امکانات و درآمد پایین، همچنین خدمات اجتماعی و بهداشتی و درمانی ضعیف در روستاها باعث کاهش رضایت زندگی شده بود.

- لیو و همکاران^۲ (۲۰۱۰) طی پژوهشی، به ارزیابی کیفیت زندگی سنتی روستایی چین پرداخته‌اند. نتایج نشان داد، ابزار سنجش کیفیت زندگی مبتنی بر ترتیبات زندگی شهری برای زندگی افراد در محیط‌های روستایی قابل اطمینان نیست.

- ملکااک^۳ (۲۰۱۱) در تحقیق خود متوجه شد که سطح اجتماعی و اقتصادی و محیط زیست زندگی عامل‌های مهمی برای ارزیابی کیفیت زندگی بودند.

با بررسی‌های انجام شده مشخص شد که عموم تمرکز محققان و پژوهشگران بر روی سکونتگاه‌های شهری است و روستاها کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. همچنین تحقیقی که به بررسی کیفیت زندگی در نواحی روستایی استان‌های کشور پرداخته شده باشد صورت نگرفته است. برخی مطالعات جانبی صورت گرفته در ارتباط با مقایسه استان‌های کشور نیز بر نواحی شهری تأکید داشته‌اند. از جمله، فطرس و بهشتی‌فر (۱۳۸۵) در «بررسی سطح توسعه یافتگی استان‌های کشور»، فرجی ملایی و همکاران (۱۳۸۹) در «ارزیابی کیفیت زندگی در نواحی شهری ایران» شاخص‌های توسعه در شهرها و مادرشهرهای ایران را مورد بررسی قرار دادند.

۲. کیفیت زندگی

کیفیت زندگی دارای ادبیات گسترده‌ای است که به صورت یکپارچه نبوده و اتفاق نظر کمی روی معنی و مفهوم آن وجود دارد (Coverdill et al, 2011: 784). معنی آن مبتنی بر بستری است که در آن مورد استفاده قرار می‌گیرد (ذکایی و روشن فکر، ۱۳۸۵: ۳). یوان کیفیت زندگی را همانند زیبایی می‌داند که اساساً در چشم بیننده نهفته است. به این ترتیب، تعریف آن در درجه زیادی به کسی که آن را تعریف می‌کند بستگی دارد (Arinez, 2009: 5).

1. Grgic
2. Liu
3. Malkoc

اسکات^۱ معتقد است: وضعیت کیفیت زندگی به سه سازوکار قابلیت‌های درونی فرد، جنبه‌های فردی با افراد دیگر و سیستم سیاسی یا جامعه‌ای که فرد به‌عنوان عضوی در آن زندگی می‌کند وابسته است (Zhao, 2004: 13).

کاتر^۲ (۱۹۸۵)، کیفیت زندگی را به‌عنوان در اختیار داشتن منابع لازم برای رضایت از نیازهای فردی، خواست‌ها و تمایلات، شرکت در فعالیت‌هایی که امکان رشد فردی و خود شکوفایی و مقایسه رضایت بخش بین خود و دیگران را مقدور می‌سازد، تعریف کرده است (Fahy and Cinneide, 2008: 371). دینر (۲۰۰۶) کیفیت زندگی را شامل فرایندهای شناختی فرد (یعنی ادراکات، افکار و احساسات) در مورد شرایط زندگی و واکنش‌های نسبت به آن تعریف می‌کند (Malkoc, 2011: 2843). اما، با وجود تعاریف متفاوت و فراوان، اکثر پژوهشگران توافق دارند که کیفیت زندگی یک ساخت چند بعدی است که شامل جنبه‌های روانی، رفاه اقتصادی و اجتماعی و جسمی می‌شود (Li and Weng, 2007: 250).

بر این اساس کیفیت زندگی را می‌توان به‌عنوان درجه‌ای از رفاه، رضایت و استاندارد زندگی دانست که می‌تواند مترادف با مفاهیمی مانند رفاه و بهزیستی، شادی، رضایت از زندگی و زندگی خوب باشد (Arinez, op. cit). به‌طور کلی کیفیت زندگی برای نشان دادن این است که نیازهای انسان به چه صورت برآورده می‌شود و یا اینکه آن افراد یا گروه‌ها تا چه حد درک رضایت یا نارضایتی در حوزه‌های مختلف زندگی خود را دارند (Costanza et al, 2007: 268).

۳. شاخص‌های کیفیت زندگی

در چند دهه گذشته تلاش‌های مؤثری برای شاخص‌سازی و سنجش کیفیت زندگی صورت گرفته است. از کارهای اولیه‌ای که بیشتر بر جنبه‌های اقتصادی و ابعاد تکنیکی و فنی تأکید داشت تا کارهای جدیدتری که ابعاد و حوزه‌های گسترده‌تر کیفیت زندگی را در دو بعد عینی و ذهنی مد نظر داشته‌اند (ذکایی و روشنفکر، ۱۳۸۵: ۴).

شاخص‌های عینی شامل، توصیف محیطی است که مردم در آن زندگی می‌کنند و کار می‌کنند. مسائلی مانند سطح مراقبت‌های بهداشتی، جرم و جنایت، آموزش و پرورش، امکانات تفریحی و مسکن را در بر می‌گیرد. شاخص‌های ذهنی توصیف روش‌هایی است

1. Scott
2. Cutter

که مردم شرایط اطراف خود را ارزیابی می کنند (Pacione, 2003: 19).

شاخص‌هایی مانند جمعیت، وضعیت اشتغال، سطح آموزش، شاخص سلامت، سن، جنس، مسکن، تفریح و درآمد را که از طریق مخازن سرشماری و سایر داده‌های آماری که به‌طور منظم جمع‌آوری شده را می‌توان شاخص‌هایی عینی دانست. اما نمونه‌هایی از سلامت روانی و شادی، استرس، رفاه مالی و میزان رضایتمندی که از طریق درک و تجربه افراد در محیط زندگی و نظر سنجی از آنها به دست می‌آید را شاخص‌هایی ذهنی می‌دانند (Zhao, 2004: 18). در مجموع باید گفت: کیفیت زندگی واجد شاخص‌های استاندارد و یکسانی نیست. بلکه در وضعیت جوامع مختلف تعریف می‌شود. شاخص‌های مورد توافق کیفیت زندگی را می‌توان به پنج دسته زیر تقسیم کرد:

۱. شاخص‌های مربوط به سلامتی و بهداشت نظیر، امید به زندگی، مرگ‌ومیر اطفال زیر پنج سال، نرخ باروری و...؛
 ۲. شاخص‌های مربوط به میزان دسترسی به خدمات ضروری آموزشی، بهداشتی و بیمه‌ای شامل نرخ سواد بزرگسالان، دانش‌آموزان در مدارس، تعداد پزشک به نسبت جمعیت، بیمه و خدمات درمانی؛
 ۳. شاخص‌های دسترسی به کالاهای ضروری مانند تغذیه (میزان کالری مصرف روزانه)، مصرف سرانه انرژی، دسترسی به آب آشامیدنی، برخورداری از مسکن مناسب و دسترسی به حداقل یک رسانه برای کسب اخبار؛
 ۴. شاخص‌های مربوط به باز توزیع امکانات یا برابری یا تبعیض در دسترسی به امکانات و خدمات مانند برابری جنسیتی، برابری سیاسی و غیره؛
 ۵. شاخص‌های نگرشی مربوط به احساس رضایت از زندگی، احساس خوشبختی، احساس امنیت و غیره (عنبری، ۱۳۸۸: ۱۵۷-۱۵۸).
- در ادامه برخی از محبوب‌ترین شاخص‌هایی که در ادبیات کیفیت زندگی وجود دارند مورد توجه قرار گرفته است:
- تولید ناخالص داخلی با تأکید بر درآمد سرانه: این شاخص اولین و قدیمی‌ترین شاخص پیشرفت اجتماعی و کیفیت زندگی به شمار می‌رود. این شاخص از سال ۱۹۴۰ معرفی شد که بر میزان تولید تأکید دارد و ماهیتی اقتصادی دارد، حال آنکه کیفیت زندگی به نحوه توزیع و مصرف معطوف است (همان: ۱۵۵).

- شاخص رفاه اقتصادی: یکی از شاخص‌های مهمی است که توسط لارس آسبرگ بر اساس مطالعات استاندارد زندگی توسعه داده شده است. این شاخص مبتنی بر دیدگاهی است که رفاه اقتصادی یک جامعه به سطح متوسط جریان‌های مصرف، انباشت مصالح از ذخایر مولد، نابرابری در توزیع درآمد فردی و ناامنی در پبش بینی درآمد آینده، امنیت اقتصادی، بیکاری، فقر در سنین بالا و فروپاشی خانواده بستگی دارد (Hagerty et al, 2001: 24, 25).

- خوشبختی (شادکامی): یکی از شاخص‌های مهم کیفیت زندگی است که اغلب مورد توجه قرار گرفته است، زیرا سلامت جسمی و روانی را با هم نشان می‌دهند که مردم چگونه زندگی می‌کنند و رشد می‌یابند، و اطلاعاتی به خصوص در مورد سیاست‌های رفاه در گسترده‌ترین مفهوم را فراهم می‌آورد (Yang, 2007: 3).

- شاخص پیشرفت اجتماعی: شاخص پیشرفت اجتماعی شامل ۴۶ شاخص اجتماعی است که به ده شاخص فرعی (آموزش و پرورش، وضعیت سلامت، وضعیت زنان، تلاش‌ها در زمینه دفاع، اقتصاد، جمعیت شناختی، جغرافیا، مشارکت سیاسی، تنوع فرهنگی و تلاش برای رفاه) تقسیم شده است. استس این شاخص را جامع، معتبر و کامل می‌داند (Hagerty et al, op. cit: 51-52).

- شاخص سلامت اجتماعی: این شاخص را دکتر مارک میرینگاف و همکارانش در مؤسسه «نوآوری در سیاست اجتماعی» وابسته به دانشگاه فوردهام تهیه کرده‌اند. شاخص سلامت اجتماعی شامل شانزده مؤلفه است. مهم‌ترین مؤلفه‌های این شاخص عبارتند از: مرگ‌ومیر نوزادان، خودکشی نوجوانان، پوشش بیمه درمانی، مسکن، مصرف مواد مخدر و متوسط درآمد هفتگی است (رضوانی و منصوریان، ۱۳۸۶: ۷-۸).

- شاخص شرایط زندگی در هلند: دفتر برنامه‌ریزی اجتماعی و فرهنگی هلند از سال ۱۹۷۴ شاخص شرایط زندگی در این کشور را به‌طور سالانه گزارش می‌دهد که دامنه و شاخص‌های آن در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱. حوزه‌ها و شاخص‌ها برای شاخص شرایط زندگی در هلند

شاخص‌ها	دامنه‌ها
نوع مالکیت، نوع ساخت‌وساز، تعداد اتاق، مساحت اتاق نشیمن، سال ساخت	مسکن
تعداد علائم روانی، تعداد بیماری‌های جدی و سایر بیماری‌ها	سلامت
تعداد لوازم خانگی	قدرت خرید
تعداد سرگرمی‌ها، تعداد فعالیت‌های سرگرم‌کننده غیر خانگی	فعالیت‌های اوقات فراغت
مالکیت اتومبیل، بلیت فصلی راه‌آهن	تحرک
مشارکت فعال در فعالیت‌های سازمانی، انجام کار داوطلبانه، انزوای اجتماعی	مشارکت اجتماعی
مقدار زمان اختصاص داده شده به ورزش در هفته، تعداد ورزش‌ها	فعالیت‌های ورزشی
سفر در تعطیلات گذشته، سفر به کشورهای خارجی، تعداد روزهای تعطیل	تعطیلات

Source: Hagerty et al, 2001: 63

- شاخص توسعه انسانی: درآمد، بهداشت و آموزش و پرورش به عنوان شاخص‌های اصلی آن است که برای مقایسه سطح کیفیت زندگی در مناطق و کشورهای مختلف جهان مورد توجه این سازمان است (Morais and Camanho, 2001: 400).

- مقیاس شادی و امید به زندگی وینهاون: وینهاون (۱۹۹۶) معتقد است که با محاسبه شادی و امید به زندگی که در واقع درجه‌ای است که مردم زندگی طولانی و شاد در یک کشور دارند، می‌توان استاندارد زندگی را مشخص کرد. همچنین نشریه زندگی بین‌المللی از سال ۱۹۸۴ هر ساله ۱۵۰ کشور جهان را در هفت و بیژگی (اقتصاد، بهداشت، فرهنگ و تفریح، زیرساخت، هزینه زندگی، آزادی، ایمنی و خطر) و با ترکیب امتیاز شاخص‌های آن مورد ارزیابی قرار می‌دهد (Hagerty et al, 2001: 35-36).

- شاخص‌های کمیته بحران جمعیت: در این طرح، سطح زندگی یکصد شهر بزرگ جهان طی دو سال بر اساس ده شاخص اصلی مورد مطالعه قرار گرفت. این شاخص‌ها عبارتند از: امنیت عمومی، هزینه‌های خوراکی، فضای سکونت، تسهیلات عمده مسکن، ارتباطات، آموزش بهداشت عمومی، آرامش عمومی، حمل و نقل و هوای سالم (آسایش، ۱۳۸۰: ۹۵).

- شاخص‌های بررسی کیفیت زندگی سالانه در ویرجینیا: کیفیت کلی زندگی (مکان خوب برای زندگی، دانشگاه خوب برای تحصیلات، محل خوب برای تعطیلات، مکانی خوب برای بازنشستگی و مکانی خوب برای پیدا کردن کار)، رضایت از زندگی

خانوادگی (مانند رضایت از روابط خانوادگی، رضایت از خدمات مراقبت از کودک و غیره)، رضایت از کار و اشتغال، شادی و رضایت شخصی، رضایت از سلامت و مراقبت‌های بهداشتی، رضایت از آموزش و پرورش، رضایت از اجرای قانون و امنیت عمومی، رضایت از محیط زیست، افکار عمومی در مورد (اقتصاد، روابط نژادی، سقط جنین، خشونت و...) از جمله شاخص‌های مهم مورد نظر آنها است (Ibid: 46-47).

ماری هرمان نیز سه نوع شاخص‌های ذهنی را در نظر گرفته است که عبارتند از: ۱. وضعیت روانی و یا خلق و خو، ۲. تمایل یا اولویت‌های اساسی و ۳. ارزیابی گذشته‌نگر زندگی (Herman, 2008: 12). او همچنین پنج حوزه زندگی را برای بررسی کیفیت زندگی با توجه به شاخص‌های آن مورد استفاده قرار داده است (جدول شماره ۲).

جدول ۲. شاخص‌های کیفیت زندگی از نظر ماری هرمان

نگرش‌ها/ باورها	فعالیت‌ها	حمایت اجتماعی	محیط	سلامت
<ul style="list-style-type: none"> ▪ پذیرش سن پیری ▪ سلامت عاطفی / عزت نفس ▪ احساس ارزش ▪ استقلال (آزادی انتخاب) ▪ استقلال ▪ کارآمدی ▪ یادگیری ▪ خلاقیت 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ سرگرمی‌ها/ منافع ▪ تعطیلات/ مسافرت ▪ فعالیت‌های جسمانی ▪ حرفه لذت‌بخش ▪ کار داوطلبانه ▪ زندگی اجتماعی/ حوادث 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ معنوی ▪ همراهی خانواده ▪ و دوستان ▪ شریک ▪ ممانعت از انزوا 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ امنیت مالی ▪ ایمنی و امنیت ▪ شخصی ▪ مسکن ▪ حمل‌ونقل 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تندرستی ▪ چابکی ذهن ▪ تحرک

Source: Herman, 2008: 32

منابع مشاوره‌ای مرسر (۲۰۰۳)، ۲۰ شهر جهان را با توجه به ۳۹ شاخص عینی مورد تجزیه تحلیل قرار داده است. این موارد به صورت‌های زیر گروه‌بندی شده است:

- محیط زیست سیاسی و اجتماعی (ثبات سیاسی، جرم و جنایت و اجرای قانون)
- محیط اقتصادی (مقررات تبادل ارز و خدمات بانکی)
- محیط زیست اجتماعی - فرهنگی (سانسور، محدودیت آزادی‌های شخصی)
- ملاحظات پزشکی و سلامت (تجهیزات پزشکی و خدمات، بیماری‌های عفونی، فاضلاب، دفع زباله و آلودگی هوا)
- خدمات عمومی و حمل‌ونقل (برق، آب، حمل‌ونقل عمومی و تراکم ترافیک)

- مدارس و آموزش و پرورش (مدارس استاندارد و در دسترس بودن آن)
 - تفریح و سرگرمی (رستوران‌ها، تئاترها، سینماها، ورزش، اوقات فراغت و غیره)
 - کالاهای مصرفی (در دسترس بودن اقلام مصرفی مواد غذایی روزانه و اتومبیل)
 - اسکان (مسکن، لوازم خانگی، مبلمان، خدمات تعمیر و نگهداری)
 - محیط طبیعی (آب و هوا، سابقهٔ بلاهای طبیعی) (Brown et al, 2003: 15).
- نول (۲۰۰۰) نیز بر اساس دو رویکرد گسترده (رویکرد اسکاندیناوی و رویکرد آمریکایی) کیفیت زندگی را به شاخص‌های عینی و ذهنی تقسیم کرد. رویکرد آمریکایی با تمرکز بر شاخص‌های عینی (سلامت، فقر، نرخ بیکاری و...)، نشان‌دهندهٔ واقعیت‌های اجتماعی مستقل از ارزیابی شخصی بود، در مقابل رویکردهای اسکاندیناوی تأکید بر شاخص‌های ذهنی با تکیه و تأکید بر ادراک فردی و ارزیابی شرایط اجتماعی داشتند (Rapley, 2003: 10).

جدول ۳. شاخص‌های اجتماعی ذهنی و عینی

شاخص‌های عینی	امید به زندگی، نرخ جرم، نرخ بیکاری، میزان فقر، حضور در مدرسه، ساعات کار در هفته، نرخ مرگ‌ومیر، تولد و خودکشی
شاخص‌های ذهنی	حس اجتماعی، دارایی مادی، احساس امنیت، شادی، رضایت کلی از زندگی، ارتباط با خانواده، رضایت شغلی، رضایت جنسی، توزیع عدالت، هویت طبقاتی، تفریح و عضویت در باشگاه

Source: Rapley, 2003: 11

تامپا و همکارانش (۲۰۰۹)، در سنگاپور بر اساس اولویت‌های مهم زندگی، ۲۵ اولویت یا شاخص را برای بررسی کیفیت زندگی با اشاره به منابع و فعالیت‌هایی که در نظر مردم برای کمک به یک زندگی رضایت بخش مهم هستند، مورد استفاده قرار دادند که عبارتند از: ۱. سلامت، ۲. داشتن خانه راحت، ۳. داشتن شغل، ۴. گذراندن وقت با خانواده، ۵. پس انداز کافی برای غذا، ۶. دسترسی به مراقبت‌های پزشکی، ۷. درآمد بالا، ۸. محیط ایمن و پاکیزه، ۹. پرورش کودکان، ۱۰. زندگی بدون ترس از جرم و جنایت، ۱۱. زندگی در یک کشور با دولت خوب، ۱۲. موفق بودن در کار، ۱۳. در شرایط خوب با دیگران بودن، ۱۴. بهره‌گیری از تفریح و لذت، ۱۵. اجتماعی خوشایند برای زندگی، ۱۶. دسترسی به آموزش عالی، ۱۷. دینداری، ۱۸. آزادی بیان و تشکل، ۱۹. ابراز شخصیت با استفاده از

استعدادهای خود، ۲۰. مشارکت در اجتماع محلی خود یا جامعه، ۲۱. داشتن مقدار زیادی از چیزهای خوب، ۲۲. تقدیر در هنر و فرهنگ، ۲۳. پوشیدن لباس، ۲۴. برنده شدن نسبت به سایرین و ۲۵. مشهور بودن (Tambyah et al, 2009: 350, 351).

شالوک (۲۰۰۸) چارچوبی مفهومی برای کیفیت زندگی در نظر گرفته که از سه جزء عوامل، دامنه و شاخص تشکیل شده است. او معتقد است: این چارچوب به وسیله نویسندگان در طول دو دهه گذشته در سه مرحله متوالی (مشاهده و توصیف پدیده‌ها، نقشه‌برداری از مفهوم و آزمایشات تجربی) در یک سری مطالعات انجام شده توسعه یافته است. عوامل آن عبارتند از: استقلال، مشارکت اجتماعی و رفاه که از ۲۴ شاخص اصلی و ۸ حوزه شناخته شده در ادبیات بین‌المللی کیفیت زندگی تشکیل شده است (Schalock et al, 2008: 182).

جدول ۴. مدل مفهومی کیفیت زندگی: عوامل، دامنه‌ها و شاخص‌ها

عوامل	دامنه	شاخص‌های نمونه
استقلال	رشد شخصی خود مختاری	وضعیت آموزش، مهارت‌های شخصی، رفتار سازگارپذیر انتخاب/ تصمیم‌گیری، خودمختاری (حق تعیین سرنوشت)، کنترل شخصی و اهداف شخصی
مشارکت اجتماعی	روابط بین فردی ظرفیت اجتماعی حقوق	شبکه‌های اجتماعی، دوستی‌ها، فعالیت‌های اجتماعی، تعامل، روابط یکپارچگی / مشارکت در انجمن، نقش اجتماع، حمایت‌های انسانی (احترام، عزت و برابری) قانونی (دسترسی به قانون و فرایند برخورداری)
رفاه	رفاه ذهنی رفاه جسمانی رفاه مادی	ایمنی و امنیت، تجربیات مثبت، رضایت خاطر (خشنودی)، مفهوم خود (نفس)، عدم استرس وضعیت بهداشت و تغذیه، تفریح و سرگرمی، اوقات فراغت وضعیت مالی، وضعیت اشتغال، وضعیت مسکن، دارایی (متصرفات یا مایملک)

Source: Schalock et al, 2008: 182

در پایان به اختصار برخی از شاخص‌ها و دامنه‌های دیگر کیفیت زندگی در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. شاخص‌ها و دامنه کیفیت زندگی

لیو (۱۹۷۶)	اقتصادی، سیاسی، محیط زیست، اجتماعی، بهداشتی و آموزشی
بویر و ساوجیو (۱۹۸۱)	آب و هوا، مسکن، محیط زیست، مراقبت‌های بهداشتی، جرم، حمل‌ونقل، آموزش و پرورش، هنر، تفریح و سرگرمی و اقتصاد
بلوم کویست (۱۹۸۸) و استور و لین (۱۹۹۲)	باران، درجه حرارت در روز، رطوبت، درجه سرد شدن در روز، سرعت باد، آفتاب، سواحل، جرایم خشونت بار و معلم نسبت به دانش‌آموز
سوفین (۱۹۹۳)	امنیت عمومی، هزینه‌های غذا، فضای زندگی، مسکن استاندارد، ارتباطات، آموزش و پرورش، بهداشت عمومی، صلح و آرامش و هوای پاک
پروتانسکو (۱۹۹۷)	درآمد ماهیانه هر نفر، توزیع درآمد و هزینه‌های مواد غذایی ماهانه
مقیاس کیفیت جامع زندگی (کامینز)	ارتباط با خانواده و دوستان، بهزیستی ذهنی، رفاه فیزیکی، بهداشت، فعالیت‌های کاری و تولیدی، احساس بخشی نسبت به جامعه محلی و امنیت شخصی
شاخص کیفیت زندگی جانستون	استحکام خانوادگی، درآمد دریافتی، مسکن، سلامت، اشتغال، آموزش، فقر، برابری و امنیت عمومی
شاخص رفاه جمعیتی آمریکا	نرخ طلاق، درآمد، بیکاری، انتظارات مصرف و بهره‌وری و تعداد گونه‌های در حال انقراض

Source: Ulengin et al, 2001: 362; Hagerty et al, 2001: 76-78

۴. روش‌شناسی

در این پژوهش با توجه به ماهیت موضوع و اهداف تحقیق، از روش اسنادی، کتابخانه‌ای و تحلیل محتوای موجود با رویکرد توصیفی - تحلیلی استفاده شده است. مراحل تحقیق مشتمل بر مرور ادبیات و بررسی و طبقه‌بندی شاخص‌ها و جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات و مقایسه تطبیقی نقاط روستایی استان‌های مختلف کشور با یکدیگر بوده است. اصلی‌ترین مراکز اطلاعاتی این تحقیق شامل مجلات علمی تحقیقاتی معتبر، سالنامه‌های آماری استان‌ها و سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، سالنامه‌های آماری ثبت احوال کشور، دفتر آمار و فناوری اطلاعات، وزارت درمان، بهداشت و آموزش کشور است. در این تحقیق، نقاط روستایی استان‌های کشور بر مبنای ۱۷ شاخص بهداشتی، اجتماعی و مسکونی در سال ۱۳۹۱ با توجه به مراکز اطلاعاتی ذکر شده و با ابزار اکسل ارزیابی شده است، که در ابتدا بر اساس داده‌های گردآوری شده، نواحی روستایی استان‌ها در هر

شاخص، به‌طور جداگانه مورد مقایسه قرار گرفتند. در نهایت نیز میانگین مجموع شاخص‌های بهداشتی، اجتماعی و مسکونی هر استان محاسبه و نمره میانگین کلی هر یک از ۳۰ استان کشور بر اساس (۱۰۰-۰) نمره‌دهی شدند. بر این اساس، مناطق روستایی کشور در سه دسته برخوردار، نیمه برخوردار و محروم از امکانات زندگی تقسیم‌بندی شدند.

جامعه آماری این تحقیق، تمامی نواحی روستایی کشور در سطح ملی را شامل می‌شود. شاخص‌های مورد استفاده در این تحقیق عبارتند از:

- شاخص‌های بهداشتی و درمانی: نرخ خام مرگ‌ومیر در هر هزار نفر، دسترسی به آب سالم، متوسط هزینه بهداشت خانوار شهری در یک سال، درصد افراد دارای معلولیت و درصد هزینه سرانه مصرف دخیانیات.

- شاخص‌های اجتماعی: شامل نرخ بی‌سوادی، نرخ بیکاری، نرخ خام مولید و نرخ خام طلاق

- شاخص‌های مسکن و ساختمان: شامل واحد مسکونی بادوام، درصد واحدهای مسکونی برخوردار از تسهیلات (برق، آب لوله‌کشی و گاز لوله‌کشی و تلفن ثابت)، تجهیزات زندگی (موتور سیکلت، خودروی سبک، رایانه و اینترنت)، تراکم خانوار در واحد مسکونی، درصد مالکیت واحد مسکونی، فضای واحد مسکونی و سوخت نامناسب برای گرما.

۵. یافته‌های پژوهش

۵-۱. شاخص‌های اجتماعی

شاخص بیکاری: مشکل بیکاری در دهه‌های اخیر، به‌صورت یکی از مسائل بسیار حاد کشورهای توسعه نیافته درآمده است. تا کنون مطالعات زیادی ارتباط بین بیکاری و سلامت روانی را نشان داده است. در واقع بیکاری منجر به تخریب سلامت روانی می‌شود. افراد فقیر با از دست دادن کار، نه فقط از نظر اقتصادی، بلکه به لحاظ روانی نیز دچار آسیب می‌شوند. راپلی (۲۰۰۳) و شالوک (۲۰۰۸) نیز بر نقش بیکاری و تأثیر منفی آن بر کیفیت زندگی توجه داشته‌اند. داده‌های این شاخص بر اساس نرخ بیکاری جمعیت بالای ده سال نشان می‌دهد: نواحی روستایی استان‌های قم (۵/۶)، زنجان (۶) و خراسان شمالی (۶/۷) وضعیت مطلوبی دارند، اما در نواحی روستایی استان‌های سیستان و بلوچستان

(۴۲/۱)، لرستان (۳۲/۱) و ایلام ۲۹/۱ وضعیت چندان مطلوب نیست (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

شاخص بی سوادی: برخی پژوهشگران ارتباط بین سطح سواد و سلامت را از طریق کار و شرایط اقتصادی توضیح می دهند، به این معنی که هرچه سطح تحصیلات بالاتر باشد، احتمال استخدام در محیط های کاری سالم تر با درآمد بالاتر و مشاغلی که به فرد اجازه کنترل بیشتر بر زندگی را می دهد، بیشتر است و این شرایط زمینه ساز سلامتی اعضای خانواده می شود. مطالعات مختلف نشان می دهد: تحصیلات بالاتر منجر به اتخاذ سبک های زندگی سالم تر، ارتباطات حمایتی بیشتر و افزایش خود کنترلی فرد بر درک خطرانی می شود که سلامتی او را تهدید می کند (سجادی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۷). داده های تحقیق نشان می دهد که نرخ بی سوادی در نواحی روستایی استان هایی مانند تهران (۱۷/۱)، بوشهر (۱۷/۵) و فارس (۱۸/۴) وضعیت مناسب تری دارد، اما این شرایط در استان های سیستان و بلوچستان (۴۰/۲)، آذربایجان غربی (۳۱/۱) و کردستان (۳۰/۱) چندان مناسب نیست (همان).

- نرخ خام تولد (در هر هزار نفر): منظور از نرخ خام تولد عبارت است از: تعداد کودکان زنده به دنیا آمده به ازای هر هزار نفر جمعیت برآورد شده در وسط سال، در یک سال معین. معمولاً بالا بودن این نرخ، سطح پایین توسعه در یک منطقه و کمبود امکانات بهداشتی و وسایل جلوگیری از بارداری زنان و حتی کمبود آگاهی و آموزش زنان را نشان می دهد.

طبق برآورد داده ها، نواحی روستایی استان های تهران (۷/۶)، قم (۹/۹) و گیلان (۱۱/۱) آمار بهتری نسبت به سایر استان های کشور دارند. اما نواحی روستایی استان های سیستان و بلوچستان (۳۰/۸)، گلستان (۲۳/۵) و هرمزگان (۲۲/۵) وضعیت چندان مطلوبی ندارند (دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی سازمان ثبت احوال کشور، ۸۹ - ۱۳۸۸). البته بیش از حد پایین بودن نرخ خام تولد نیز می تواند باعث کمبود نیروی کار در یک کشور شود. در حقیقت باید یک توازن و تنظیم جمعیتی خاصی برقرار باشد تا اثرات منفی نرخ خام تولد را کنترل کند.

- نرخ خام مرگ و میر (در هر هزار نفر): کاهش مرگ و میر و در نتیجه افزایش امید به زندگی در بدو تولد موکول به زمانی است که شرایط بهداشتی مناسب باشد و توزیع

امکانات در جوامع به گونه‌ای یکسان و برابر صورت پذیرد (حسینی، ۱۳۸۰: ۹۴ و ۹۵). مرگ و میر یکی از عوامل سه گانه جمعیتی است و نقش مهمی در تعیین رشد جمعیت ایفا می‌کند که از تعیین‌کننده‌های سطح پیشرفت و توسعه یافتگی آن جامعه محسوب می‌شود (هدایت شوشتری، ۱۳۸۸: ۱۳۵-۱۳۳). در حقیقت هرچه این شاخص در جامعه‌ای پایین‌تر باشد، نشان‌دهنده توسعه یافتگی آن جامعه است (میرزایی و علمداری، ۱۳۸۵: ۳). نتایج به دست آمده در نواحی روستایی استان‌های مختلف کشور نشان می‌دهد که تهران (۲/۲)، خوزستان و کرمان با (۳/۳) درصد شرایط مطلوب‌تری نسبت به سایر استان‌ها دارند. اما استان‌های خراسان جنوبی (۱۹/۷) و سمنان (۱۲/۱) وضعیت چندان مناسبی ندارند (سازمان ثبت احوال کشور، پیشین).

- طلاق (نسبت طلاق به ازدواج): طلاق بدعتی اجتماعی است و به عنوان ابزاری اجتماعی در مواجهه با شکست در ازدواج به کار گرفته شده و موجب از هم پاشیدگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی می‌شود (اخوان تفتی، ۱۳۸۲: ۱۲۷). کارشناسان و آسیب‌شناسان اجتماعی توجه به آمار طلاق را بسیار جدی می‌دانند و معتقدند: طلاق یک پدیده ناهنجار اجتماعی است که ظهور آن می‌تواند زمینه‌ساز عوامل دیگری برای زن، مرد، فرزندان و در نهایت جامعه شود. از همین رو طلاق، پدیده‌ای کهنه، ولی همیشه تازه است. بر اساس تحقیقات انجام شده، اعتیاد، بیکاری، ازدواج بدون برنامه و سطحی، اختلالات روحی، روانی، جنسی، ناباروری و عوامل اقتصادی از مهم‌ترین عوامل طلاق عنوان شده‌اند. مهم‌ترین پیامد طلاق شامل عوارض عاطفی، اقتصادی و اجتماعی بر زوجین و فرزندان و کل جامعه است (رستمی و همکاران، ۱۳۸۸: ۴۸، ۴۷).

بر اساس یافته‌های پژوهش، نواحی روستایی استان‌های قم (۰/۰)، یزد (۰/۲) و سیستان و بلوچستان (۱/۵) وضعیت مناسب‌تری از نظر نرخ طلاق، نسبت به سایر استان‌ها دارند. اما نواحی روستایی استان‌های اصفهان (۲۷/۳)، تهران (۱۷) و مرکزی (۱۱/۶) به ترتیب بدترین وضعیت طلاق را در نواحی روستایی کشور دارا هستند (دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی سازمان ثبت احوال کشور، ۸۹-۱۳۸۸).

۲-۵. شاخص‌های بهداشتی

- معلولیت: معلولیت ذهنی به معنای آن است که فرد از لحاظ بهره هوشی، تکلم و انتقال

مفاهیم نسبت به متوسط همسالان خود پایین تر باشد. معلولیت جسمی به ناتوانی بعضی از اعضای بدن اطلاق می شود. هرچه نرخ انواع معلولیت ها بیشتر باشد، رفاه اجتماعی کمتر است (لشکری، ۱۳۷۷: ۲۲۱). دبیر کل سابق سازمان ملل متحد (۱۹۹۶) می گوید: بیش از ۲۵۰ میلیون نفر دارای معلولیت شدید و متوسط در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند که سالیانه ۱۰ میلیون نفر بر تعداد آنان افزوده می شود. اکثریت آنان را افراد فقیر، وابسته، تحت ظلم و خشونت، فراموش شده و محروم از آموزش های عمومی و حرفه ای، فاقد شغل تشکیل می دهند. آنها زودتر از دیگران می میرند و به هنگام زنده بودن نیز هیچ گونه قدرتی ندارند. اکثریت آنان هیچ گونه مشارکتی در برنامه های توسعه اجتماعی ندارند و به طور مجازی از برنامه های خدمات عمومی کنار گذاشته شده اند. آنان نیازمند آماده سازی برای حضور و زندگی در جامعه هستند (کمالی، ۱۳۸۳: ۴۲). نتایج داده ها نشان می دهد، در بین نواحی روستایی ایران، سیستان و بلوچستان (۱۲/۶)، قزوین (۱۳/۳) و لرستان با ۱۳/۶ وضعیت مناسب تری نسبت به سایر استان ها دارند. اما استان های خراسان جنوبی (۲۴/۵)، گیلان (۲۳/۷) و مرکزی (۱۹/۷) دارای وضعیت نامناسبی هستند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

- هزینه مصرف دخانیات (از کل هزینه خوراکی خانوار): مصرف دخانیات یکی از عوامل خطر مهم و افزایش دهنده بار کلی بیماری ها در دنیا، به ویژه در ارتباط با بیماری های مزمن و غیر واگیری چون بیماری های قلبی - عروقی، بیماری های تنفسی، سرطان و سکته مغزی است. همچنین دخانیات بزرگ ترین عامل مرگ قابل کنترل جهان است که مصرف آن سالانه باعث مرگ چهار میلیون نفر در جهان می شود. برآورد سازمان بهداشت جهانی این است که این تعداد در سال ۲۰۳۰ به ده میلیون نفر بالغ خواهد شد (عبادی و همکاران، ۱۳۹۰: ۳۶۶). استعمال دخانیات به طور قطعی و ثابت شده در ایجاد انواع سرطان های انسانی (ریه، حنجره، مری و مثانه) شدیداً مؤثر است و حتی در کوتاه مدت باعث برونشیت چرکی شده و در بلندمدت به آمفیژم می انجامد (حیدری فرد، ۱۳۸۵: ۴۹ و ۵۰). بر اساس یافته های پژوهش، سهم هزینه مصرف این ماده خطرناک از کل هزینه خوراکی سالانه یک خانوار، در نواحی روستایی استان های خراسان جنوبی (۰/۶)، سمنان (۱/۴) و سیستان و بلوچستان (۱/۵) مطلوب است و در استان های کرمان (۴/۸)، همدان (۴/۶) و لرستان و آذربایجان غربی (۳/۶) شرایط نامناسب تری وجود دارد (مرکز آمار ایران، سالنامه های استان های

کشور، ۱۳۸۵).

- هزینه بهداشت خانوار (از کل هزینه غیر خوراکی خانوار): سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ یکی از اهداف سه گانه نظام سلامت را مشارکت عادلانه برای تأمین مالی هزینه‌های سلامت اعلام کرده است. در حقیقت، خانوارها به خصوص اقشار آسیب پذیر، به واسطه تأمین مالی دستیابی به خدمات درمانی با رنج و زحمت فراوان مواجه شده و در ازای تأمین این هزینه‌ها، از مخارج ضروری دیگر خود می‌کاهند. این موضوع باعث تنزل شرایط رفاهی خانوار خواهد شد (مهرآرا و همکاران، ۱۳۸۹: ۵۲). در تعاریف جدید، هزینه کمرشکن سلامت، به درآمد و توانایی پرداخت خانوار توجه شده است و پرداخت بیش از درصد خاصی از درآمد بیش از (۵ تا ۲۰ درصد) برای سلامت، در مطالعه‌های گوناگون مورد توجه قرار گرفته است (کاووسی و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۹). داده‌های نشان می‌دهند که این رقم در میان نواحی روستایی استان‌های کشور، در خوزستان (۹)، بوشهر (۹/۳) و یزد (۹/۸)، نسبت به سایر استان‌ها وضعیت بهتری را نشان می‌دهد و در نواحی روستایی استان‌های لرستان (۲۲/۱)، قم (۲۰/۵) و مازندران (۱۸/۱)، وضعیت چندان مناسب نیست (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

- دسترسی به آب سالم: برخورداری از آب سالم یکی از شاخص‌های مهم رفاه و یکی از مؤثرترین روش‌ها در ارتقای سطح بهزیستی و بهداشت است و پایین بودن این شاخص نشان‌دهنده عدم کفایت خدمات زیربنای عمومی در مکان مورد بررسی بوده و اغلب نشانه‌ای از وجود حاشیه‌نشینی، زاغه‌نشینی و سکونت غیررسمی است (ستارزاده، ۱۳۸۸: ۷۵-۷۴). ارتقای سطح بهداشت و سلامت جامعه رابطه مستقیم با تأمین آب سالم و کافی داشته و آب سالم به‌عنوان حیاتی‌ترین نیاز هر جامعه نقش عمده‌ای در این زمینه دارد. یکی از معضلات عمده بعضی از مناطق روستایی کشور، فقدان آب آشامیدنی سالم و کافی است که باعث بروز بیماری‌ها و خسارت‌های جبران‌ناپذیر شده است (اصل هاشمی و محمدی کلهری، ۱۳۸۱: ۳۳-۳۴). در حقیقت، مدیریت آب به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های کیفیت زندگی است که بر سلامت انسان تأثیر سوء می‌گذارد (محمدزاده اصل و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۹). داده‌ها نشان‌دهنده این است که در نواحی روستایی ایران وضعیت برخورداری از آب سالم در استان‌های مرکزی (۹۶/۶)، قزوین (۹۵/۴) و اصفهان (۹۵) بسیار مطلوب است و در استان‌های سیستان و بلوچستان (۶۸/۵)، گیلان (۷۴/۵) و

هرمزگان (۷۴/۹) شرایط نامناسب تری حاکم است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

- دفع فاضلاب نامناسب: مدیریت صحیح (جامع) آب و فاضلاب که جهت سلامت انسان و توسعه اقتصادی لازم است، در بسیاری از کشورهای دنیا یک مسئله بسیار بحرانی است. اگرچه در کشورهای صنعتی کنترل آب و فاضلاب به یک حد تقریباً استاندارد رسیده، اما در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط، هنوز مشکلات شدیدی در مورد تأمین آب و مدیریت فاضلاب وجود دارد، به طوری که ۴ میلیارد نفر در جهان یعنی دو سوم کل جمعیت جهان فاقد سیستم تصفیه فاضلاب هستند (فهیمی نیا و همکاران، ۱۳۹۰: ۴۲-۴۳). طبق داده‌ها، نواحی روستایی ایران، استان‌های اصفهان (۹/۹)، قم (۱۱/۳) و یزد (۱۱/۴) وضعیت مطلوبی از نظر دفع فاضلاب دارند، اما نواحی روستایی استان‌های زنجان (۸۷/۹)، لرستان (۸۲/۱) و کهگیلویه و بویراحمد با ۸۰/۷ درصد دفع فاضلاب در محیط اطراف در شرایط نامطلوبی قرار دارند.

۳-۵. شاخص‌های مسکن

- شاخص فضای مناسب (وسعت و تعداد اتاق در واحد مسکونی): این شاخص نسبت تعداد خانوارها به تعداد واحد مسکونی است و معمول‌ترین شاخص برای برآورد کمبود تعداد واحد مسکونی است. از جمله معیارهای قابل توجه در بررسی‌های مسکن، ضریب اشغال واحد مسکونی یا نسبت تعداد خانوار در واحد مسکونی است، چراکه آسایش و رفاه و تحرک خانواده در گرو دو موضوع اساسی یعنی استقلال محل سکونت و فضای کافی برای زندگی است. در بهترین شرایط، در هر واحد مسکونی یک خانوار ساکن می‌گردد و در این واحد، فضای کافی برای کلیه افراد خانواده فراهم است و این نمایانگر عملکرد سالم و مطلوب بخش مسکن است (ستارزاده، پیشین: ۶۳). محمد عمرانی و همکارانش (۱۳۸۸)، حداد و احمد (۲۰۰۲) نشان دادند، شمار اعضای خانوار بر فقر خانوارها و کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار است. هاگرتی (۲۰۰۱)، نیز تعداد اتاق در واحد مسکونی را بر کیفیت زندگی ساکنان آن تأثیرگذار می‌داند.

طبق داده‌های به دست آمده از سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، نواحی روستایی استان‌های اصفهان (۵۹/۹)، یزد (۵۹/۴) و چهارمحال و بختیاری (۵۵/۵) نسبت به نواحی روستایی سایر استان‌ها از نظر فضای مناسب برای زندگی شرایط بهتری دارند و

نواحی روستایی استان‌های سیستان و بلوچستان (۱۳/۷)، گیلان (۱۴/۶) و خراسان شمالی (۱۹/۷) وضعیت نامطلوبی نسبت به سایر استان‌های دیگر دارند (سرشماری نفوس و مسکن، ۱۳۸۵). همچنین در شاخص تراکم اتاق، یزد (۸۱/۶)، مازندران (۷۷) و سمنان با ۷۲/۶ درصد، دارای تعداد بالای سه اتاق در واحد مسکونی بوده و شرایط بهتری دارند، اما در نواحی روستایی، سیستان و بلوچستان (۳۷/۶)، لرستان (۴۳/۲) و آذربایجان شرقی با ۴۳/۵ درصد، این وضعیت چندان مطلوبی نیست.

- بافت واحدهای مسکونی از نظر دوام: معمولاً واحدهای مسکونی را به کمک نوع مصالح به کار رفته در آن بی‌دوام (حصیر، چادر و مشابه آن)، کم‌دوام (تمام چوب، خشت و چوب و خشت و گل) و بادوام (اسکلت فلزی، بتون مسلح و آجر و آهن) تقسیم می‌کنند. خانه‌های با کیفیت نازل به‌طور معمول از مصالح نیمه‌بادوام یا بی‌دوام و موقتی، مانند خشت و گل ساخته می‌شوند. خانه‌های ساخته شده از مصالح با دوام معمولاً از ایمنی کافی در برابر سوانح برخوردارند، اگرچه نیاز به سرمایه‌گذاری بیشتری دارند (ستارزاده، پیشین: ۷۶-۷۵). شاخص شرایط زندگی در هلند و شاخص کیفیت زندگی جانستون بر تأثیر نوع ساخت و ساز و استحکام آن و تأثیری که بر کیفیت زندگی دارد، تأکید داشتند.

بر اساس داده‌های موجود، نواحی روستایی استان‌های تهران (۴۰/۵)، قزوین (۲۷/۹) و مازندران (۲۰/۹) از نظر ایمنی واحد مسکونی از شرایط نسبتاً مطلوبی نسبت به سایر استان‌ها برخوردارند، اما این شرایط در نواحی روستایی استان‌های یزد (۰/۹)، سیستان و بلوچستان (۲/۳) و کردستان با ۳/۳ درصد اصلاً مطلوب نیست (مرکز آمار ایران، سرشماری ۱۳۸۵).

- شاخص نحوه تصرف واحد مسکونی: شاخص نحوه تصرف واحد مسکونی بر حسب مالکیت از جمله شاخص‌های پایه در شناخت بعد اجتماعی و اقتصادی مسکن است. ترنر در تجزیه و تحلیل مسکن سه خصیصه اساسی را مورد بحث قرار داد: ۱. مفهوم فیزیکی مسکن، ۲. مکان قرار گرفتن مسکن و ۳. نحوه تصرف. او معتقد است: مسکن ایده‌آل، مسکنی است که از نظر کالبدی با استانداردهای مدرن همخوانی داشته باشد و در مکانی واقع شود که دستیابی بی‌دردسر به محل کار، خرید و تفریح را ممکن گرداند و بالاخره در نحوه تصرف مسکن، امنیت وجود تصرف کاملاً بارز است (ستارزاده، پیشین). در حقیقت برای مردم ما مالکیت خانه بیش از آنکه معنای مأوا و سرپناه داشته باشد، تصور امنیت و ثبات را به همراه دارد، که داشتن قطعه زمینی در شهر بیانگر اعتبار و تضمین است

(همان: ۷۶). در این راستا، شالوک (۲۰۰۸) و شاخص شرایط زندگی در هلند (۱۹۷۴) بر نوع مالکیت مسکن و تأثیر مثبت آن بر کیفیت زندگی توجه داشته‌اند.

مالکیت واحد مسکونی در ایران شامل مالکیت عرصه و اعیان، مالکیت اعیان، اجاره‌ای، در برابر خدمت و رایگان است. بر اساس داده‌ها، نواحی روستایی استان‌های کردستان (۸۶/۴)، اردبیل (۸۶/۳) و مازندران (۸۶) وضعیت مناسب‌تری نسبت به سایر استان‌های کشور دارند و در نواحی روستایی استان‌های تهران (۵۳/۳)، سمنان (۷۳/۸) و خراسان رضوی (۵۲/۶) وضعیت چندان خوب نیست (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

- دسترسی به امکانات (تسهیلات مسکن و تجهیزات زندگی و سوخت نامناسب برای گرما): مسکن نقش پر اهمیت در ثبات خانواده، رشد اقتصادی و اجتماعی، ضریب ایمنی افراد و به‌ویژه ارتقای فرهنگی و آرامش روحی اعضای خانواده دارد و به نوبه خود در کل سیستم جامعه روستایی نیز تأثیر می‌گذارد (آسایش، ۱۳۸۰: ۹۷). در دومین اجلاس اسکان بشر (۱۹۶۶) که در استانبول برگزار شد، مسکن مناسب چنین تعریف شده است: «سرپناه مناسب تنها به معنای وجود یک سقف بالای سر هر شخص نیست؛ سرپناه مناسب، یعنی آسایش مناسب، فضای مناسب، دسترسی مناسب و امنیت مناسب، امنیت مالکیت، پایداری و دوام سازه‌ای، روشنایی، تهویه و سیستم گرمایی مناسب، زیر ساخت‌های اولیه مناسب، از قبیل آبرسانی، بهداشت و آموزش، دفع زباله، کیفیت مناسب زیست محیطی، عوامل بهداشتی مناسب، مکان مناسب و دسترسی از نظر کار و تسهیلات اولیه است (زیاری و همکاران، ۱۳۸۹: ۸۷-۸۶). تامیبا و همکارانش (۲۰۰۹)، شالوک (۲۰۰۸)، منابع مشاوره‌ای مرسر (۲۰۰۳) و شاخص‌های کمیته بحران جمعیت، همگی بر وضعیت و تسهیلات عمده مسکن، لوازم خانگی و نقش آن در کیفیت زندگی توجه داشته‌اند.

بر اساس داده‌ها، استان‌هایی که نواحی روستایی آنها از نظر تسهیلات واحدهای مسکونی که دارای، حداقل آب لوله‌کشی، برق، تلفن ثابت و گاز لوله‌کشی باشند، در سرشماری سال ۱۳۸۵، تفاوت‌های بسیار زیادی وجود دارد. به طوری که اصفهان (۴۲/۶)، آذربایجان شرقی (۳۸/۸) و چهارمحال و بختیاری (۳۸/۴) دارای وضعیت نسبتاً مطلوبی هستند و استان‌های هرمزگان، سیستان و بلوچستان، ایلام و خراسان جنوبی با صفر درصد دارای وضعیت بسیار نامناسبی قرار دارند (البته این رقم به خاطر عدم وجود یکی از تسهیلات به‌طور کامل در این نواحی است، نه همه تسهیلات) (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

همچنین، از نظر عدم برخورداری از تجهیزات زندگی (موتور سیکلت، خودرو و اینترنت)، یزد (۲۵/۶)، بوشهر (۳۰/۵) و فارس (۳۶/۶) وضعیت بهتری دارند، اما استان‌های لرستان (۷۴/۵)، کرمانشاه (۶۸/۶) و کهگیلویه و بویراحمد (۶۸/۸) شرایط مطلوبی ندارند. در زمینه استفاده از سوخت نامناسب (نفت سفید، گازوییل، هیزم و زغال چوب و غیره) در واحد مسکونی در نواحی روستایی استان‌های هرمزگان (۳۹/۳)، خوزستان (۴۱/۱) و تهران (۴۳/۲) شرایط نسبتاً مناسبی دارند، اما در استان‌های ایلام (۹۹/۲)، خراسان جنوبی (۹۸/۴) و آذربایجان غربی (۹۴/۲) اصلاً شرایط مناسب نیست (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

۶. نتیجه‌گیری و پیشنهادات

از آنجایی که فقر روستایی ۶۳ درصد جهانی را شامل می‌شود و کشور ایران نیز به‌عنوان یک کشور در حال توسعه با جمعیتی حدود ۳۱ درصد ساکن در سکونتگاه‌های روستایی از این امر مستثنا نیست. پژوهش حاضر به بررسی مقایسه وضعیت شاخص‌های عینی کیفیت زندگی در نواحی روستایی استان‌های کشور بر اساس داده‌های سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵، سالنامه‌های آماری استان‌ها، سالنامه‌های آماری ثبت احوال کشور، دفتر آمار و فناوری اطلاعات، وزارت درمان، بهداشت و آموزش کشور پرداخته است.

در این پژوهش از ۱۷ شاخص اجتماعی، بهداشتی و مسکن برای ارزیابی نواحی روستایی استفاده شده است. یافته‌ها حاکی از آن است که سطح برخورداری روستاها از نظر دسترسی به شاخص‌های مختلف به‌صورت پراکنده است، به‌طوری که ممکن است در برخی شاخص‌ها وضعیت مطلوبی داشته باشند، اما از برخی شاخص‌های دیگر محروم باشند. همچنین نواحی روستایی کشور به سه دسته برخوردار، نیمه برخوردار و محروم از شاخص‌های کیفیت زندگی تقسیم شد. نتایج نشان داد که برخی استان‌ها از جمله اصفهان، یزد، سمنان، مازندران، بختیاری و فارس به‌طور کلی نسبت به سایر مناطق روستایی از نظر برخورداری از امکانات زندگی وضعیت مناسب‌تری دارند، هرچند که این روستاها خود نیز از نظر دسترسی به برخی شاخص‌ها دچار مشکل هستند. اما برخی روستاهای دیگر از جمله سیستان و بلوچستان، لرستان، ایلام و کرمانشاه نسبت به سایر نواحی روستایی کشور در سطح محروم‌تری قرار دارند و از دسترسی به بیشتر شاخص‌های مورد مطالعه، محروم هستند.

جدول ۶. سطح برخورداری نواحی روستایی استان‌های کشور از شاخص‌های عینی کیفیت زندگی

نواحی روستایی استان‌ها	کیفیت زندگی
اصفهان (۷۵/۹)، یزد (۷۴/۸)، سمنان (۷۳)، مازندران (۷۲/۹)، بختیاری (۷۲/۶)، فارس (۷۱/۴)، قم (۷۱/۱)، خوزستان (۷۰/۷)، بوشهر (۷۰/۵)	برخوردار
مرکزی (۶۹/۹)، تهران (۶۸/۸)، قزوین (۶۹/۱)، خراسان رضوی (۶۸/۸)، گلستان (۶۸/۶)، هرمزگان و آذربایجان شرقی (۶۸/۵)، همدان (۶۸)، کردستان (۶۶/۶)، کرمان (۶۶/۱)، خراسان جنوبی (۶۵/۶)، اردبیل (۶۵/۲)، خراسان شمالی (۶۵)	نیمه برخوردار
گیلان (۶۴/۷)، زنجان (۶۴/۳)، کهگیلویه و بویراحمد (۶۳/۴)، آذربایجان غربی (۶۳/۱)، کرمانشاه (۶۲/۵)، ایلام (۶۱/۷)، لرستان (۶۰/۶)، سیستان و بلوچستان (۵۹/۳)	محروم از امکانات

با توجه به شاخص‌های بررسی شده و نتایج به دست آمده در این تحقیق و با در نظر گرفتن ملزومات حرکت به سمت روستاهایی سالم‌تر و ایجاد محیطی دلپذیر برای ساکنان آن، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

- علاوه بر استفاده از نتایج سرشماری‌ها و سایر آمارهای به کار گرفته شده در این تحقیق که به صورت کلی است و ممکن است نواقصی داشته باشند، استفاده از ابزار پرسشنامه و مصاحبه‌های مستقیم در سطح موردی، برای سایر محققان پیشنهاد می‌شود.
- از آنجایی که این تحقیق تنها بر ابعاد عینی کیفیت زندگی تأکید داشته و ابعاد ذهنی کیفیت زندگی را در نظر نگرفته است، این موضوع برای درک ذهنیات ساکنان روستاها نسبت به داشتن محیطی سالم باید مد نظر سایر محققان قرار گیرد.
- علاوه بر شاخص‌های اجتماعی و بهداشتی، بسیاری از شاخص‌های فرهنگی و اقتصادی نیز وجود دارد که می‌تواند از سوی سایر محققان مورد توجه قرار گیرد.
- به‌طور کلی با توجه به نتایج این تحقیق، مسئولین ذی‌ربط باید سطح سلامت و بهداشت، دسترسی به خدمات، تسهیلات و تجهیزات زندگی، وضعیت بافت واحد مسکونی و سایر آسیب‌های اجتماعی پیش روی روستاییان را در تمامی نواحی روستایی ایران، به‌ویژه نواحی روستایی استان‌های سیستان و بلوچستان، لرستان، ایلام و کرمانشاه و... مورد توجه بیشتر قرار دهند.

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

- آسایش، حسین (۱۳۸۰). «سنجش کیفیت زندگی در یکصد شهر بزرگ جهان»، فصلنامه مدیریت شهری، شماره ۸، ۱۰۵-۹۴
- اخوان تفتی، مهناز (۱۳۸۲). «پیامدهای طلاق از مراحل گذار از آن»، فصلنامه مطالعات زنان، سال اول، شماره ۳، ۱۵۱-۱۲۵.
- اصل هاشمی، احمد و ابراهیم محمدی کلهری (۱۳۸۱). «وضعیت تأمین آب سالم در مناطق روستایی استان ایلام در سال ۷۹»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، سال دهم، شماره ۳۶ و ۳۷، ۳۹-۳۳
- جاجرمی، کاظم و ابراهیم کلتی (۱۳۸۵). «سنجش وضعیت شاخص‌های کیفیت زندگی در شهر از نظر شهروندان مطالعه موردی: گنبد قابوس»، مجله جغرافیا و توسعه، ۱۸-۵.
- حریرچی، امیر محمود، خلیل میرزایی، اعظم جهرمی و مکانی (۱۳۸۸). «چگونگی وضعیت کیفیت زندگی شهروندان شهر جدید پردیس»، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره چهارم، ۸۹-۱۱۰
- حسن‌خان، محمد (۲۰۰۱). «فقر روستایی در کشورهای در حال توسعه؛ استلزاماتی برای سیاست‌گذاری‌های عمومی»، ترجمه ابوالقاسم شریف‌زاده و کرم حبیب‌پور، مجله سیاسی - اقتصادی، شماره ۱۷۸-۱۷۷، ۲۶۹-۲۶۴.
- حسینی، حاتم (۱۳۸۰). «رابطه مرگ و میر و توسعه در استان‌های ایران»، نامه علوم اجتماعی: شماره ۱۷، ۹۱-۷۶.
- حیدری فرد، رضا (۱۳۸۵). «مصرف سیگار و زیان‌های ناشی از آن»، پیوند، شماره ۳۱۸، فروردین ۱۳۸۵، ۵۲-۴۷.
- دفتر آمار و فناوری اطلاعات، وزارت درمان، بهداشت و آموزش کشور
<http://www.behdasht.gov.ir>
- ذکایی، محمدسعید و پیام روشنفکر (۱۳۸۵). «رابطه سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی در محلات شهری»، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۲۲، ۳۷-۱.
- رستمی، رضا، سعید رضایی، بنفشه حسینی و فاطمه گازرانی (۱۳۸۸). «سبک دلبستگی زوجین در حال طلاق»، مجله مهندسی فرهنگی، شماره ۳۷ و ۳۸، ۵۴-۴۶.
- رضوانی، محمدرضا و حسین منصوریان (۱۳۸۷). «سنجش کیفیت زندگی: بررسی، مفاهیم، شاخص‌ها، مدل‌ها و ارائه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی»، فصلنامه روستا و توسعه، سال ۱۱، شماره ۳، ۲۶-۱.
- رضوانی، محمدرضا، علی‌اکبر متکیان، حسین منصوریان و محمدحسین ستاری (۱۳۸۸). «توسعه و سنجش شاخص‌های کیفیت زندگی شهری (مطالعه موردی: شهرنورآباد، استان لرستان)»، مجله مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای، سال اول، شماره ۲، ۱۱۰-۸۷.
- زیاری، کرامت‌الله، مهدی قرخلو و محمدحسین جان‌بابانزاد طوری (۱۳۸۹). «مقایسه تطبیقی

- شاخص های کمی و کیفی مسکن شهر بابل با نقاط شهری کشور با تأکید بر شهر سالم»، فصلنامه تحقیقات جغرافیایی، شماره ۹۷، ۱۱۶-۸۳.
- سازمان ثبت احوال کشور (۱۳۸۸). معاونت آمار و انفورماتیک، خبرنامه آمار کشور (ولادت، فوت، ازدواج و طلاق)، شماره ۲۲، دفتر آمار و اطلاعاتی جمعیت کشور.
- سازمان ثبت احوال کشور (۱۳۸۹). معاونت آمار و انفورماتیک، خبرنامه آمار کشور، شماره ۲۴، دفتر آمار و اطلاعاتی جمعیت کشور.
- سازمان ثبت احوال کشور (۱۳۸۹). معاونت آمار و انفورماتیک، مجموعه آمارهای جمعیت کشور، شماره ۴، خرداد ۱۳۸۹، دفتر آمار و اطلاعاتی جمعیت کشور.
- سالنامه آماری سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۸۸، ثبت احوال کشور، دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی، شماره ۶، انتشار تیر ۱۳۸۹.
- ستارزاده، داوود (۱۳۸۸). «بررسی شاخص های جمعیتی مسکن ایران در سال ۱۳۸۵»، فصلنامه جمعیت، شماره ۶۷ و ۶۸، ۸۰-۵۷.
- سجادی، حمیرا؛ مروثه وامقی و سعید مدنی قهفرخی (۱۳۸۹). «عدالت اجتماعی و سلامت کودکان در ایران»، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال نهم، شماره ۳۵، ۱۳۸-۸۹.
- عبادی، مهدی و همکاران (۱۳۹۰). «شیوع مصرف دخانیات: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران»، فصلنامه پایش، سال دهم، شماره سوم، ۳۶۵-۳۷۲.
- عمرانی، محمد، ذکریا فرج زاده و مجید دهمرده (۱۳۸۸). «عامل های تعیین کننده فقر و تغییرات رفاهی خانوارهای روستایی منطقه سیستان»، مجله تحقیقات اقتصاد کشاورزی، جلد ۱، شماره ۲، ۴۲-۲۱.
- عنبری، موسی (۱۳۸۸). «بررسی تحولات کیفیت زندگی در ایران (۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵)»، مجله توسعه روستایی، دوره اول، شماره ۲، ۱۸۱-۱۴۹.
- غفاری، غلامرضا و عباس حق پرست (۱۳۸۳). «نشانگرهای فقر در مناطق روستایی (مطالعه موردی روستاهای استان آزادشهر)»، مجله جامعه شناسی ایران، دوره پنجم، شماره ۴، ۴۸-۳۲.
- فرجی ملایی، امین، آزاده عظیمی و کرامت... زیاری (۱۳۸۹). «تحلیل ابعاد کیفیت زندگی در نواحی شهری ایران»، مجله پژوهش و برنامه ریزی شهری، سال اول، شماره دوم، ۱۶-۱.
- فطرس، محمدحسن و محمود بهشتی فر (۱۳۸۵). «تعیین سطح توسعه یافتگی استان های کشور و نابرابری بین آنها در طی سال های ۱۳۷۳ و ۱۳۸۳»، نامه اقتصادی، جلد ۲، شماره ۲، ۱۰۱-۱۲۲.
- فهیمی نیا، محمد، مهدی فضل زاده، محسن حیدری، هادی صادقی و حسن بختیاری (۱۳۹۰). «بررسی وضعیت مدیریت فاضلاب شهری ایران»، مجله سلامت و بهداشت اردبیل، دوره دوم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۰، ۴۹-۴۲.
- قالیباغ، محمدباقر، مجتبی روستایی، مهدی رمضان زاده لسبویی و محمدرضا طاهری (۱۳۹۰). «ارزیابی کیفیت زندگی شهری (مطالعه موردی: محله یافت آباد)»، فصلنامه علمی پژوهشی انجمن جغرافیای ایران، سال نهم، شماره ۳۱، ۵۳-۳۳.
- کمالی، محمد (۱۳۸۳). «حقوق بشر و ناتوانی، معلولیت»، مجله رفاه اجتماعی، شماره ۱۳، ۵۶-۴۱.

ارزیابی شاخص‌های کیفیت زندگی در نواحی روستایی کشور ۱۹۳

- لشکری، محمد (۱۳۷۷). «شاخص‌های رفاه اجتماعی»، مجله اطلاعات سیاسی - اقتصادی، شماره ۱۳۱ و ۱۳۲، ۲۲۴-۲۱۴.
- لطفی، صدیقه (۱۳۸۸). «مفهوم کیفیت زندگی شهری: تعاریف، ابعاد و سنجش آن در برنامه‌ریزی شهری»، فصلنامه علمی پژوهشی جغرافیای شهری، سال اول، شماره چهارم، ۸۰-۶۵.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۵). سالنامه آماری استان‌های کشور.
- مهرآرا، محسن، علی‌اکبر فضایی و امیرعباس فضایی (۱۳۸۹). «بررسی برابری در تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی»، فصلنامه مدیریت سلامت، ۱۳ (۴۰)، ۶۳-۵۱.
- میرزایی، محمد و فاطمه علمداری (۱۳۸۵). «بررسی عوامل مؤثر بر مرگ‌ومیر کودکان در شهر میانه»، فصلنامه جمعیت، شماره ۵۵ و ۵۶، بهار و تابستان ۱۳۸۵، ۲۸-۱.
- نتایج کلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن (۱۳۸۵). مرکز آمار ایران، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی
- هدایت شوشتری، نرگس (۱۳۸۸). «بررسی علل و عوامل اقتصادی - اجتماعی و جمعیت‌شناختی مؤثر بر مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال شهر شوشتر در سال ۱۳۸۸»، فصلنامه جمعیت، شماره ۶۹ و ۷۰، ۱۵۶-۱۳۳.

(ب) منابع لاتین

- Arinez, I. (2009). The Development of Quality of Life Index at a County Level: Quality of Life Index for Arkansas Counties (QLAC), in Public Policy, University of Arkansas
- Brown, J. A. B., Terry F. (2003). Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature, European Forum on Population Ageing Research/European Group on Quality of Life Extending quality of life in old age.
- Cagliero, R., Cristiano S., Pierangeli F., Tarangioli., S. (2011). "Evaluating the Improvement of Quality of Life in Rural Areas", Ancona - 122nd EAAE Seminar, Evidence-Based Agricultural and Rural Policy Making: 1-15.
- Costanza, R. Et Al. (2007). "Quality of Life: An Approach Integrating Opportunities, Human Needs, And Subjective Well-Being", Sciencedirect Ecological Economics. 61: 267-276.
- Coverdill, J. E., Carlos., A. L., Michelle A. P. (2011). "Race, Ethnicity And The Quality of Life In America, 1972-2008", Social Forces 89 (3): 783-806.
- Fahy. F., Cinnéide, M. (2008)., Developing And Testing An Operational Framework For Assessing Quality of Life, Environmental Impact Assessment Review 28: 366-379.
- Florence N., Kivunike, L., Ekenberg, M., Danielson, F. T. (2008). "Rural Communities In Developing Countries An Explorative Review of The Contribution of ICT On Quality of Life", IADIS International Conference ICT, Society And Human Beings :249-253.
- Grgic, I., Zimbek, T., Tratnik, M., Markovina, J., Juracak, J. (2009). "Quality of Life in Rural Areas of Croatia: to Stay or to Leave?", African Journal of Agricultural Research, 5 (8): 653-660.
- Hagerty, M. R., Cummins, R. A., Abbott, L. F., Kenneth Land, A. C., Michalos, M. Peterson, A., Sharpe, J. S. And Joachim V. (2001). "Quality of Life Indexes For National Policy:

- Review And Agenda For Research, Social Indicators Research 55:1-96.
- Higgins, P., Josep, M. C. (2011). "Quality of Life In English City Locations", Journal Homepage Cities, 28: 290-299.
- Human Development Report (2010). Published For The United Nations Development Programme.
- Lee, Y. J. (2008). "Subjective Quality of Life Measurement In Taipei", Building And Environment 43: 1205-1215.
- Li, G., Weng, Q. (2007). "Measuring The Quality of Life In City of Indianapolis By Integration of Remote Sensing And Census Data", International Journal of Remote Sensing, Vol. 28, No. 2: 249-267.
- Liu, C., Ningxiu, L., Xiaohui, R., Danping, L. (2009). "Is Traditional Rural Lifestyle A Barrier For Quality of Life Assessment? A Case Study Using The Short From 36 In A Rural Chinese Population", Springer Science, Business Media: 31-36.
- Malkoc, A. (2011). "Quality of Life And Subjective Well-Being In Undergraduate Students", Procedia Social And Behavioral Sciences, 15: 2843-2847.
- Marie Herman, P. (2008). Unraveling Overall Quality of Life, Phd Dissertation In Psychology, The University of Arizona.
- Morais, P., Camanho, A. (2001). "Evaluation of Performance of European Cities With The Aim To Promote Quality of Life Improvements", Omega, 39: 398-409.
- Moser, G. (2009). "Quality of Life And Sustainability: Toward Person-Environment Congruity", Journal of Environmental Psychology 29: 351-357.
- Pacione, M. (2003). "Urban Environmental Quality And Human Well Being - A Social Geographical Perspective", Landscape And Urban Planning, 65: 19-30.
- Rapley, M. (2003). Quality of Life Research A Critical Introduction, Sage Publication, London. Thousand Oaks, New Delhi.
- Schalock, R. L., Gordon S. B., Miguel A. V. (2008). "The Conceptualization And Measurement of Quality of Life: Implications For Program Planning And Evaluation In The Field of Intellectual Disabilities", Evaluation And Program Planning 31: 181-190.
- Tambyah, S. K., Tan, S. J., Kau, A. K. (2009). "The Quality of Life In Singapore", Soc Indic Res, 92: 337-376.
- Ulengin, B., Ulengin, F., Guvenc, U. (2001). "A Multidimensional Approach To Urban Quality of Life: The Case of Istanbul", European Journal of Operational Research, 130: 361-374.
- Veenhoven, R. (2007). "Quality of Life Research", In: Bryant, C. D. Peck, D. L. '21st Century Sociology, A Reference Handbook' Sage, Thousand Oaks, California USA (2007). ISBN 978-1-4129-1608-0 Volume 2, Chapter 7: 54-62.
- Yang, Y. (2007). "Long And Happy Living: Trends And Patterns of Happy Life Expectancy In The U. S., 1970-2000", Social Science Research xxx: 1-18.
- Zhao, B. (2004). Perceptions of Quality of Life And Uze of Human Services By Households: A Model, Dissertation, The Graduate School University of Kentucky