

سنجش رابطه دسترسی به امکانات و خدمات شهری، امنیت و بهداشت محله
و کیفیت زندگی زنان در شهر تهران (با تأکید بر نیازهای ویژه زنان منطقه ۲ تهران)

فریبا سیدان (استادیار جامعه‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران، نویسنده مسئول)

fariseyedan@gmail.com

اکرم سلطان‌پور اشتیینی (کارشناس ارشد مطالعات زنان، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران)

s.soltanpoor@yahoo.com

تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۱۰/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۷

چکیده

کیفیت زندگی، مفهومی چندجانبه و چندبعدی است که تنها جنبه‌های مادی زندگی را در بر نگیرد؛ بلکه سنجش و اندازه‌گیری آن، در گرو دسترسی به عوامل و امکانات مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی است. در این مقاله، رابطه بین کیفیت زندگی زنان و دسترسی به امکانات و خدمات شهری، سطح بهداشت و امنیت محله، با تأکید بر نیازهای ویژه آن‌ها، مورد سنجش قرار گرفته است. این پژوهش، مطالعه‌ای پیمایشی بوده و جامعه آماری شامل ۳۸۳ نفر از زنان متأهل ساکن نواحی نه‌گانه شهرداری منطقه ۲ تهران است که با شیوه تصادفی نسبتی مطابق انتخاب شده‌اند. یافته‌های پژوهش حاکی از روابط معنادار و همبستگی بین دسترسی به امکانات و خدمات شهری و شاخص‌های آن، سطح بهداشت و امنیت محله، با کیفیت زندگی زنان است، همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس، نشان داد با تفاوت ناحیه محل سکونت و تفاوت دسترسی به امکانات و خدمات، امنیت و بهداشت مورد نیاز، کیفیت زندگی زنان نیز متفاوت می‌شود، همچنین متغیرهای دسترسی به امکانات و خدمات و امنیت محله، دارای بیشترین قدرت تبیین پراکنش کیفیت زندگی زنان بوده‌اند و ۰/۳۹ درصد آن را تبیین می‌کنند. از این رو، نتایج پژوهش نشان می‌دهد با توجه به حضور وسیع زنان در عرصه‌های عمومی و فضاهای شهری، با در نظر گرفتن رویکردهای نوینی در برنامه‌ریزی و طراحی و شهرسازی نوین، با مقوله سازمان‌دهی شهری با برنامه‌ریزی «برای زنان» و «با زنان» و تأمین نیازهای ویژه آن‌ها در دسترسی به امنیت، بهداشت، امکانات و خدمات شهری در محله‌ها، موجبات ارتقای کیفیت زندگی زنان فراهم می‌شود.

کلیدواژه‌ها: امکانات و خدمات شهری، نیازهای زنان، بهداشت، امنیت محله، کیفیت زندگی.

۱. مقدمه

شکل‌گیری، رشد و گسترش مفهوم کیفیت زندگی طی نیم قرن اخیر، آن را به مفهومی کلیدی و مهم، در عرصه مباحث جهانی و مسائل انسانی، در حیطه‌های مختلف اجتماعی از جمله شهرها، مبدل ساخته است. این پدیده به همراه دسترسی به امکانات مختلف اجتماعی و شهری، از جمله متغیرهای مهم تأثیرگذار بر موفقیت برنامه‌های توسعه، رفاه و بهزیستی جامعه به شمار می‌رود و سنجش آن در گرو عوامل مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی و متأثر از دسترسی گروه‌های مختلف اجتماعی، از جمله زنان، به امکانات مختلف است. در سال‌های اخیر، در مطالعات مختلف، مؤلفه‌های متنوعی همچون موقعیت سلامت عمومی، قابلیت کارکردی، کارکردهای عاطفی، سطح احساس خوشبختی، رضایت از زندگی، شادکامی، سطح هوشیاری، سطح فعالیت‌های اجتماعی، ایفای مناسب عملکرد جنسی، سطح حافظه، موقعیت مالی و شغلی برای سنجش کیفیت زندگی به کار گرفته شده است. بسیاری از پژوهشگران معتقدند فضاهای شهری، به عنوان تجلی‌گاه کالبد شهری، باید نیازهای اجتماعی شهروندان را برآورده ساخته، بستری لازم را در دسترسی و تأمین خدمات مورد نیاز استفاده‌کنندگان فراهم سازند تا همه به منظور افزایش کیفیت زندگی خود، از آن بهره‌گیرند. در این زمینه مؤلفه‌های اصلی مؤثر بر کیفیت زندگی در شهر، تأمین و ارضای نیازهای مادی و معنوی انسان شهری، از جمله تأمین امنیت، حمل‌ونقل، بهداشت، و غیره با توجه به نیازهای ویژه گروه‌های مختلف شهروندان، از جمله زنان است (کوکبی، ۱۳۸۶: ۷۷). همچنین در سال‌های اخیر، پژوهش‌های متعددی در مورد نقش نیازهای زنان در برنامه‌ریزی و مفهوم برنامه‌ریزی «برای زنان» و «با زنان»، انتشار یافته و باعث شده است که

رویکردهای نوینی با مقوله سازمان‌دهی شهری، با تکیه بر نیازها و کیفیت زندگی زنان، به وجود آید. به این ترتیب، مسأله تفاوت نیازهای زنان و مردان، در دسترسی به امکانات مختلف زندگی شهری مطرح است (امیرابراهیمی، ۱۳۸۰: ۱۱). از این رو، یکی از مضامینی که امروزه مورد بررسی قرار می‌گیرد، این است که زندگی شهری، چه تأثیراتی بر تأمین نیازهای ویژه زنان و کیفیت زندگی آن‌ها در شهر دارد؟

۱.۱. طرح مسأله

لازم به ذکر است همزمان با افزایش جمعیت، رشد شهرنشینی و نیاز به توسعه شهری و همچنین تحت تأثیر تحولات مدرنیسم، در عرصه شهرسازی، مراکز شهری به عنوان مهم‌ترین فضاهای عمومی شهری، با مشکلات و مسائل متعددی به خصوص در عرصه اجتماعی، فرهنگی و زیست‌محیطی مواجه‌اند که با خود، کاهش کیفیت زندگی آحاد مختلف اجتماعی را به همراه می‌آورند. در این زمینه باید توجه داشت در سراسر جهان، به‌ویژه در جوامع شهری کشورهای توسعه‌نیافته، به درجات مختلف، زنان در معرض مشکل دسترسی به امکانات و خدمات مختلف شهری، چون مسکن نامناسب، کمبود خدمات حمایتی، نبود امکانات کافی برای دسترسی به بهداشت و اشتغال قرار داشته‌اند. در این زمینه بدون شناخت مسائل زنان و استفاده از مشارکت عمومی آن‌ها، نمی‌توان فضاهای شهری را برای این قشر وسیع جامعه، قابل استفاده و امن کرد. این پدیده در جوامع نوین کنونی، به یکی از نکات اصلی طراحی شهری بدل گشته است (الماسی‌فر و انصاری، ۱۳۸۹: ۲۷). همچنین نتایج پژوهش‌های چندی، حاکی از آن است که کیفیت زندگی زنان ایرانی دارای افت قابل ملاحظه‌ای است. در این زمینه در شهر تهران، امتیازات دامنه‌های سلامت محیط و روان، به

نائینی، ومجد و ومجدزاده، ۱۳۸۵: ۸). پژوهش الماسی فر و انصاری (۱۳۸۹) نیز نشان داد در طراحی شهری پارک‌ها و بوستان‌ها، به مسائل و نیازهای زنان، باید توجه کافی شده و به گونه‌ای عمل کرد که زنان احساس امنیت محیطی، در بخش‌های مختلف فضاهای شهری، به‌ویژه پارک‌ها و فضاهای گردشگری، در ساعات مختلف شبانه‌روز کنند. همچنین بمانیان، رفیعان و ضابطیان (۱۳۸۷)، نشان دادند با توجه به وابستگی زیاد زنان به وسایل نقلیه عمومی، کارآیی این وسایل، به‌ویژه پس از تاریک‌شدن هوا، از جمله علل کاهش تردد زنان و تشویش و نگرانی زیاد آن‌ها در ساعات تاریک شب می‌شود. فاداو جیرون^۱ (۱۹۹۹)، نیز دریافتند در محیط‌های مذکور نیازها، دریافت‌ها، احساس‌ها و آگاهی‌های زنان و مردان، با کیفیت زندگی آن‌ها مرتبط است. همچنین دانینگ، ویلیامز، آبونی و کروکز^۲ (۲۰۰۸) معتقدند که سیاست‌گذاران شهری، باید درصدد راهکارهایی باشند که کیفیت زندگی را به صورت مشترک بین زنان و مردان، با لحاظ‌کردن ویژگی‌های خاص زندگی هر یک از این دو گروه، بالا ببرد. مهدی‌زاده (۱۳۸۷)، نیز نشان داد در شهرسازی مدرن، با وجود حضور وسیع زنان در عرصه‌های عمومی و فضاهای شهری، خیلی کم به تفاوت و تنوع این نیازها توجه شده است. افشارنیا و دارستانی فراهانی (۱۳۸۸) نیز دریافتند فضاهای نامناسب شهری، فضاهای بی‌دفاع، محله‌های ناامن، شهرهایی با معماری صرفاً مردانه، از عوامل تهدیدکننده امنیت شهری و کاهش‌دهنده مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان، هستند. الگوی زندگی و فعالیت زنان، ترکیب پیچیده‌ای از نقش‌های خانوادگی و اجتماعی

صورت معناداری پایین‌تر از سایر نقاط جهان بوده و در برآورد کیفیت زندگی، دامنه سلامت جسمانی به صورت معناداری در مردان بیش از زنان است، همچنین در بررسی منتظری و گشتاسبی و وحدانی نیا و گاندک (۲۰۰۵)، با اندازه‌گیری کیفیت زندگی وابسته به سلامت، امتیاز تمام دامنه‌ها در مردان بدون حذف اثر مخدوش‌کنندگی بیش از زنان است. با توجه به موارد مذکور، در مقاله پیش روی، رابطه دسترسی به امکانات و خدمات شهری و کیفیت زندگی زنان در محدوده نواحی نه‌گانه منطقه ۲ شهرداری تهران، مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار گرفته است. هدف اصلی پژوهش، بررسی تفاوت‌های کیفیت زندگی در میان زنان ساکن در نواحی منطقه دو شهر تهران، با تمرکز بر نیازهای ویژه آن‌ها در دسترسی به امکانات و خدمات شهری، سطح بهداشت و امنیت محله است.

۲.۱. پیشینه تحقیق و مبانی نظری

در سال‌های اخیر، بررسی کیفیت زندگی زنان و ارتباط آن با دسترسی به امکانات و خدمات شهری، مورد توجه پژوهشگران بسیاری بوده است، چنان‌که در این زمینه، مطالعات تجربی گوناگونی صورت گرفته است که به اختصار به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. امین شکروی، الحانی، کاظم نژاد و وجدانی نیا (۱۳۸۸)، در پژوهش خود دریافتند گسترش دسترسی زنان به امکانات مربوط به بوستان‌ها و پارک‌های عمومی، با توجه به نیازهای ویژه زنان، می‌تواند نقش مؤثری در بهبود کیفیت زندگی بانوان ایفا کند، همچنین علیخواه و نجیبی (۱۳۸۵) دریافتند درصد قابل توجهی از زنان در فضاهای شهری نسبت به تهدید جرایم، دچار ترس و واهمه‌اند. همچنین امتیاز دامنه سلامت جسمانی کیفیت زندگی، به صورت معناداری، در زنان کمتر از مردان است (نجات و منتظری و هلاکوئی

1-Fadda & Jiroon

2- Dunning, Williams, Abonyi, Crooks

است که بر نیازهای آن‌ها در زندگی شهری تأثیرگذار است (باندز، ۱۳۹۰: ۳۷۳). در این زمینه توجه بوم‌شناسان^۱ بر آن است که توزیع فعالیت‌ها در فضا و زمان و در محیط شهری چگونه باعث یا مانع دستیابی زنان به اهداف جمعی و تأمین کیفیت زندگی می‌شود، همچنین این نحوه توزیع، چگونه ادراکات، احساسات و تجربه گروه‌هایی چون زنان از زندگی اجتماعی را که در معرض آن قرار دارند، متأثر می‌کند (مختاری و نظری، ۱۳۸۹: ۱۰۵).

بخشی از مشکلات اصلی زنان، به قرارگیری نامناسب مراکز ارائه خدمات در شهر و توزیع نامناسب فرصت‌های شغلی زنان مربوط می‌شود (شورت، ۱۳۹۰: ۱۵۶). از نظر هانسوین و پرات^۲ (۱۹۹۵) ساختارهای شهری، از قبیل سامان‌دهی کاربری اراضی و سیستم‌های حمل و نقل، نقش‌های جنسیتی، را از راه تقویت و ایجاد فرصت‌های شغلی، با توجه به محدودیت نقش‌های اجتماعی زنان تقویت می‌کنند. از نظر فرای (۲۰۰۷) جداسازی دنیای عمومی، کاری، اقتصادی، قدرت اقتصادی و سیاسی از سکونت‌گاه‌های شهری، به معنای جداسازی زنان از فضاهای عمومی و بازگرداندن آن‌ها به فضاهای خصوصی (اندرونی) است. بر این مبناست که روابط فضایی در شهر به‌خصوص از حیث موانع دسترسی زنان به امکانات مختلف در فضای عمومی و محدودیت تحرک به خاطر ترس از خشونت، را می‌توان معیار توانمندی و کیفیت زندگی زنان دانست (کوسکلا^۳، ۲۰۰۰: ۳۱۵). از نظر (گاردنر^۴، ۱۹۹۵) در حالی که شهرهای مدرن برای زنان آزادی به همراه آورده، در عین حال آن‌ها را بیشتر در معرض مشاهده قرار داده و دسترس‌پذیرتر ساخته که این پدیده می‌تواند نشانی از

خطر بوده و امنیت زنان را به مخاطره اندازد. با نادیده گرفتن نیازهای فضایی، مکانی و امنیتی زنان در شهر، محیط‌های شهری به گونه محیط‌هایی جنسیتی ظاهر می‌شوند که برای آن‌ها مخاطره‌آمیزند کاسکلایین^۵، (۲۰۰۰) و والتین^۶ (۱۹۹۲) به نقل از پاپلی و رجبی، (۱۳۸۹: ۱۵۲). از این‌رو، در شهر، چهار خصوصیت در دسترس بودن، داشتن فضاهای امن، داشتن فضاهای اجتماعی برای ملاقات افراد و افزایش تعاملات و داشتن سیما و منظر مناسب برای زنان ضروری است وایت^۷ (۲۰۰۰) به نقل از لطفی و کوهساری، (۲۰۰۹: ۴۲۲). با توجه به مردانه بودن طراحی‌ها و برنامه‌ریزی‌های شهری، ضعف دسترسی به امکانات، خدمات، امنیت و بهداشت شهری متناسب با نیازها و ویژگی نقش‌های اجتماعی و خانودگی زنان، کیفیت زندگی آن‌ها را متأثر می‌کند. سؤالات پژوهش به این ترتیب است: سطح کیفیت زندگی زنان در محدوده جغرافیایی نواحی مختلف منطقه دو تهران چگونه است؟ سطح دسترسی زنان به امکانات و خدمات مختلف شهری، بهداشت و امنیت متناسب با نیازهای آن‌ها، در محل سکونت چگونه است؟ آیا رابطه معناداری بین شاخص‌ها و مؤلفه‌های امکانات و خدمات شهری، بهداشت و امنیت محله و کیفیت زندگی زنان وجود دارد؟

۲. روش‌شناسی تحقیق

این پژوهش مطالعه‌ای پیمایشی بوده و داده‌ها از طریق پرسش‌نامه گردآوری شده است. تعداد نمونه بر اساس فرمول نمونه‌گیری کوکران با جامعه آماری ۱۷۹۶۷۴ نفر زنان ناحیه ۲ تهران، ۳۸۳ نفر تعیین و از شیوه نمونه‌گیری لایه‌ای استفاده شده است. با استفاده از این روش، ابتدا

5-Koskela and pain

6-valentine

7- White

8- lofi and Kooshari

1-Ecologists

2-Hansoin and Pratt

3-koskela

4-Gardner

بعد سازگاری درونی^۱، از مقادیر آلفای کرونباخ در گروه سالم و بیمار استفاده شده است. مقدار این شاخص بین چهار حیطه، در گروه سالم برابر با ۷۳ درصد و در گروه بیمار ۷۷ درصد به دست آمده است.

۲.۲. متغیرها و شاخص‌های پژوهش

دسترسی به امکانات و خدمات شهری (متغیر مستقل)، دسترسی را به معنی توانایی و امکان دسترسی به دیگر افراد، فعالیت‌ها، منابع، خدمات، اطلاعات و یا مکان‌ها شامل مقدار و نوع عناصر و عواملی که می‌توان به آن‌ها دست یافت، تقسیم کرده‌اند (بحرینی، ۱۳۸۵: ۲۷۵). در این پژوهش دسترسی به مراکز فرهنگی - اجتماعی با توجه به شاخص‌های راه‌اندازی مراکز خدماتی با توجه به نیازهای ویژه زنان (نظیر گسترش مراکز آموزش مشاغل خانگی نظیر خیاطی، آرایشگری، هنرهای دستی و سایر آموزشگاه‌ها و کافی‌نت‌های مناسب زنان، خدمات کتاب‌خانه (با ارایه خدمات در ساعات ویژه زنان) کانون جهان‌دیدگان با برنامه‌های ویژه نیازهای زنان سالمند (با توجه به افزایش تعداد زنان بیوه و تنها)، خانه فرهنگ یا فرهنگ‌سرا با برنامه‌های ویژه زنان و کودکان، امکان شرکت در تورها و برنامه‌های شهرداری محله مناسب زنان، پارک بوستان با فضاهای مناسب جهت حضور و هواخوری زنان، تأمین مراکز خرید اصلی (پاساژ/ پوشاک/ سایر)، ایجاد خانه اسباب‌بازی (مراکز تفریحی) ویژه کودکان، مراکز کارآفرینی با ارایه خدمت به زنان سنجش شده است. دسترسی به خدمات ورزشی با توجه به شاخص‌های تأمین دسترسی به امکانات ورزشی ویژه زنان در محله‌ها همانند مجموعه‌های ورزشی ویژه زنان، نصب وسایل بدن‌سازی در پارک‌ها با وسایل و چشم‌انداز مناسب زنان، ایستگاه تندرستی (ورزشی) ویژه زنان در ساعات مختلف روز و هفته سنجش شده است.

متغیرهای مناسب برای لایه‌بندی انتخاب و چارچوب نمونه‌گیری بر اساس مقوله‌های آن‌ها، به گروه‌هایی تقسیم و سپس از نمونه‌گیری منظم برای انتخاب نسبت‌های مناسبی از افراد، در درون لایه‌ها استفاده کرده‌ایم.

۱.۲. روش تحقیق

شایان ذکر است به منظور به دست آوردن روایی^۱، از روایی صوری استفاده شده و برای به دست آوردن پایایی^۲، از آزمون آلفای کرونباخ بهره گرفته شده است. مقدار آلفای کیفیت زندگی برابر ۰/۸۸، امکانات ورزشی برابر ۰/۶۲، امکانات فرهنگی - اجتماعی برابر ۰/۶۹، امکانات خدماتی برابر ۰/۶۱، امکانات تفریحی برابر ۰/۶۴، امکانات حمل و نقل برابر ۰/۶۶، امنیت محله برابر ۰/۸۳ و بهداشت محله برابر ۰/۷۴ است. پایایی زمانی برابر (۸۵۴ / ۰)، در حد قابل قبول معنادار بوده است، همچنین بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی^۳ (۱۹۹۶) کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی، از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف و انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. در این پژوهش کیفیت زندگی، بر اساس پرسش‌نامه استاندارد جهانی WHOQOL: BREF با مؤلفه‌های سلامت جسمانی، لذت از زندگی، امکان فعالیت‌های تفریحی، رضایت از زندگی روزمره، رضایت از روابط زناشویی و روابط خانوادگی و غیره سنجیده شده که کلیه ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی را مورد توجه قرار می‌دهد. بر اساس پژوهش نجات (۱۳۸۵)، مقادیر پایایی این پرسش‌نامه با شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای در حیطه سلامت فیزیکی ۷۷ درصد، در حیطه روانی، ۷۷ درصد، در حیطه روابط اجتماعی، ۷۵ درصد و در حیطه سلامت محیط، برابر ۸۴ درصد به دست آمده است.

- 1- validity
- 2- Reliability
- 3- Who

4- Internal consistency

بری در خیابان‌های محله، مجاورت با محله‌های حاشیه‌نشین (فرحزاد، اسلام آباد، حاشیه رودخانه پونک)، تجمع کارگران فصلی، خلوتی و ناامنی محله در شب به‌ویژه برای زنان و کودکان، تأمین مراکز نیروی انتظامی، دفاتر پلیس +۱۰، خطوط تلفن ویژه زنان و کودکان در محله سنجش شده است.

کیفیت زندگی (متغیر وابسته): کیفیت زندگی رضایت فرد در مورد رفاه و آسایش در جنبه‌های مهم زندگی شامل سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی است (اولیو، هاکسلی، بریجز و محمد، ۱۹۹۶: ۸). دارای ابعاد سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی، سلامت روان و سلامت محیط است. در این پژوهش کیفیت زندگی بر اساس پرسش‌نامه استاندارد جهانی WHOQOL: BREF با مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت محیطی، سلامت اجتماعی و سلامت روان سنجیده شده است.

۳.۲. قلمرو جغرافیای پژوهش

مکان تحقیق، شهر تهران و قلمرو زمانی، نیمه اول سال ۱۳۹۰، واحد تحلیل، زن ازدواج کرده و واحد مطالعه، زنان ازدواج کرده ساکن نواحی نه‌گانه منطقه ۲ شهر تهران بوده است.

۳. یافته‌های پژوهش

در بررسی حاضر از بین ۳۸۳ نفر زنان مورد مطالعه، ۲۰ نفر (۵/۲٪) بی‌سواد، ۵۶ نفر (۱۴/۶٪) زیر دیپلم، ۱۳۳ نفر (۳۴/۷٪) دیپلم، ۴۲ نفر (۱۱٪) فوق دیپلم، ۱۰۹ نفر (۲۸/۵٪) لیسانس، ۲۱ نفر (۵/۵٪) فوق لیسانس و بالاتر و ۲ نفر (۰/۵٪) دانشجو بوده و درصد قابل توجهی (۴۴ درصد) از زنان، از سطح تحصیلات بالای دیپلم برخوردارند، همچنین ۳۳۷ نفر (۸۷/۲٪) متأهل، ۱۸ نفر (۴/۷٪) بدون همسر بر اثر طلاق، و ۲۷ نفر (۷/۱٪) بدون همسر بر اثر فوت هستند. از میان زنان جامعه نمونه، ۲۷۰ نفر

همچنین دسترسی به مراکز و امکانات خدماتی با توجه به شاخص‌های دسترسی به دفاتر خدمات الکترونیک، کافی‌نت‌های مناسب زنان، امکانات و فضاهای ویژه نگهداری از کودکان در مراکز خرید مراکز خرید اصلی (پاساژ/پوشاک/سایر)، خانه اسباب‌بازی (مراکز تفریحی) ویژه کودکان، مراکز کارآفرینی با آرایه خدمت به زنان، مراکز خدمات بهداشتی/درمانی (مناسب زنان و کودکان و خانواده همانند تزریقات زنان، متخصص زنان و کودکان) و دسترسی به شبکه حمل‌ونقل عمومی نیز با توجه تأمین معابر پیاده‌رو مناسب تردد زنان با کالسکه کودک و چرخ خرید، نور کافی معابر و گذرگاه‌ها در شب، پل هوایی عابر پیاده، دسترسی وسایل حمل‌ونقل عمومی؛ مثل تاکسی و اتوبوس در نزدیک محل زندگی اندازه‌گیری شده است.

بهداشت محله (متغیر مستقل): بهداشت عبارت است از: نگاه‌داشتن تندرستی، حفظ صحت (معین، ۱۳۷۵: ۶۱۱). کلمه محیط نیز به این معناست: احاطه‌کننده، پیرامون (معین، ۱۳۷۵: ۳۹۲). این متغیر با توجه به شاخص‌های تأمین بهداشت محیط و محله‌ها با نظافت و رفت‌و‌رو محله، مخازن و چگونگی جمع‌آوری زباله، وضعیت محله از نظر مراکزی که ایجاد آلودگی صوتی می‌کنند؛ مانند تعمیرگاه‌های خودرو/آهن‌گری، بزرگراه‌ها، موتورسواران، صدای بلندضبط مخمل آرامش و استراحت خانواده، کودکان و بیماران بستری در خانه، وجود آلودگی‌های محیطی، وجود ذرات معلق در هوا و ریزگردها در منطقه مسکونی سنجش شده است.

امنیت محله (متغیر مستقل): به معنای رهایی از خطر یا مخاطرات و یا لطمات، ایمنی روانی، رهایی از هراس یا تردید، مشوش‌نبودن، نبودن احتمال ناکامی چیزی که ایمنی می‌دهد و اطمینان می‌بخشد (کلمنتس، ۱۳۸۴: ۵۴) و با توجه به شاخص‌های تأمین نظارت اجتماعی کافی بر فضاها، رواج رفتار نامناسب مزاحمان نوامیس در محله، کیف‌قاپی و جیب-

زنان، همچون مراکز آموزشی مشاغل خانگی برابر ۳۸/۹٪، مراکز کارآفرینی با ارایه خدمت به زنان برابر ۱۷/۸٪ و کتابخانه با ساعات طولانی جهت استفاده زنان برابر ۳۲/۹٪ بوده و دسترسی بسیار اندک زنان است، همچنین امکان دسترسی به خانه‌های سلامت برابر ۷۴/۲٪، سایر آموزشگاه‌ها برابر ۵۲٪ و مدارس برابر ۵۰/۱٪ است. در خصوص مراکز و امکانات خدماتی نیز وضعیت دقیقاً به همین منوال است. همچنین ۷۳٪ از زنان، به معابر مناسب تردد با کالسکه کودک یا سبد خرید دسترسی ندارند. همچنین یک‌پنجم از زنان به شبکه حمل و نقل عمومی دسترسی مطلوب ندارند. در حالی که ۵۷٪ زنان به پارک و بوستان‌ها دسترسی دارند، فقط ۳۸/۷٪ از ایشان امکان استفاده از تورها و برنامه‌های شهرداری محله داشته و امکان بهره‌مندی از امکانات تفریحی برای زنان برابر با ۳۸٪ و ضعیف است، همچنین ناحیه (۱) بیشترین میانگین کیفیت زندگی (برابر با ۷۹/۸۸) و ناحیه (۹)، کمترین میانگین کیفیت زندگی زنان (برابر با ۶۶/۱۸) را به خود اختصاص داده‌اند، جدول (۱).

(۷۰/۹٪) خانه‌دار و ۱۱۱ نفر (۲۹/۱٪) شاغل، همچنین ۴۳ نفر (۱۱/۳٪) از زنان، سرپرست خانوار هستند. در مناطق مختلف، سطح دسترسی به مراکز، ورزشی برابر ۵۶ درصد، فرهنگی و اجتماعی برابر ۴۳ درصد، مراکز خدماتی برابر ۶۱ درصد، مراکز تفریحی برابر ۳۸ درصد و ۸۱ درصد به شبکه‌های حمل و نقل عمومی و در کل ۵۱٪؛ به امکانات مختلف محل سکونت خود، دسترسی داشته‌اند. همچنین نمره میانگین کیفیت زندگی زنان برابر ۵۸/۶۶، انحراف استاندارد برابر ۱۲/۶۹ و ضریب کجی - ۰/۳۴ است، به طوری که حداقل نمره میانگین زندگی ۲۶ و حداکثر آن ۱۳۰ است. در خصوص سطح دسترسی به مراکز و امکانات ورزشی، بالاترین درصد دسترسی زنان به وسایل نصب‌شده در پارک‌ها است که به طور عمومی مورد استفاده همگان قرار گرفته و به همان اندازه سطح دسترسی به مراکز ورزشی ویژه زنان محدودتر بوده و نیازهای ویژه آن‌ها را برآورده نمی‌کند. با نگاهی به سطح دسترسی به مراکز و خدمات فرهنگی، نیز متوجه می‌شویم، دسترسی به مراکز ویژه نیازهای

جدول ۱- کیفیت زندگی زنان نواحی نه‌گانه شهرداری منطقه ۲ تهران

مأخذ: نتایج مطالعات نگارندگان

| متغیرها | نواحی نه‌گانه | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | اشتباه معیار |
|------------------|---------------|-------|---------|------------------|--------------|
| کیفیت زندگی زنان | ناحیه ۱ | ۶۸ | ۷۹/۸۸ | ۱۲/۰۷ | ۱/۴۶ |
| | ناحیه ۲ | ۵۹ | ۷۲/۶۷ | ۱۵/۲۹ | ۱/۹۹ |
| | ناحیه ۳ | ۳۹ | ۷۸/۸۷ | ۱۱/۴۴ | ۱/۸۳ |
| | ناحیه ۴ | ۵۰ | ۷۷/۷۰ | ۱۰/۴۰ | ۱/۴۷ |
| | ناحیه ۵ | ۳۶ | ۷۵/۷۷ | ۱۰/۱۸ | ۱/۶۹ |
| | ناحیه ۶ | ۳۷ | ۷۲/۴۳ | ۱۲/۷۴ | ۲/۰۹ |
| | ناحیه ۷ | ۴۴ | ۷۷/۴۰ | ۱۱/۹۰ | ۱/۷۹ |
| | ناحیه ۸ | ۳۴ | ۷۸/۱۴ | ۱۲/۴۰ | ۲/۱۲ |
| | ناحیه ۹ | ۱۶ | ۶۶/۱۸ | ۱۴/۰۳ | ۳/۵۰ |
| | جمع کل | ۳۸۳ | ۷۶/۲۶ | ۱۲/۶۹ | ۰/۶۴ |

برابر ۰/۱۷ بوده و رابطه مستقیم و معناداری بین دو متغیر وجود دارد. بین سطح دسترسی به امکانات فرهنگی و کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه، با سطح معنی داری $p=0/009$ همبستگی برابر ۰/۱۹ برقرار بوده، رابطه مستقیم و معنادار بین دو متغیر است. بین سطح دسترسی به امکانات خدماتی و کیفیت زندگی زنان نیز، با سطح معنی داری $p=0/000$ همبستگی برابر ۰/۳۲ برقرار بوده و رابطه مستقیم و معنادار است. بین سطح دسترسی به امکانات ورزشی و کیفیت زندگی، با سطح معنی داری $p=0/000$ مقدار همبستگی برابر ۰/۱۹ بوده، و رابطه مستقیم و معنادار است. بین سطح دسترسی به امنیت و کیفیت زندگی زنان، با سطح معنی داری $p=0/000$ مقدار همبستگی برابر ۰/۱۹ بوده و رابطه مستقیم و معنادار است. بین سطح دسترسی به امکانات بهداشتی و کیفیت زندگی زنان، با سطح معنی داری $p=0/000$ مقدار همبستگی برابر ۰/۲۵ و رابطه مستقیم و معنادار است.

همان گونه که آشکار است، سطح کیفیت زندگی زنان، در نواحی ۹، ۶ و ۲، افت قابل ملاحظه ای کرده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد، سطح کیفیت زندگی زنان، بر اساس ناحیه محل سکونت آن‌ها، طبق معیار $F=3/57$ دارای سطح معنی داری برابر ($p=0/001$) بوده و نشان دهنده آن است که بر اساس ناحیه محل سکونت آن‌ها، متفاوت است. در بررسی، تحلیل دومتغیره، نتایج نشان داد که بین سطح دسترسی به امکانات مختلف محله و کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه، با سطح معنی داری ($p=0/000$) مقدار همبستگی برابر ۰/۳۳ است. بر این اساس دسترسی به امکانات و خدمات شهری، از عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی زنان است، همچنین همبستگی بین سطح دسترسی به شبکه حمل و نقل عمومی و کیفیت زندگی، با سطح معنی داری $p=0/004$ برابر ۰/۱۴ بوده که نشان دهنده رابطه مستقیم و معناداری بین دو متغیر است. همبستگی بین سطح دسترسی به امکانات تفریحی و کیفیت زندگی، با سطح معنی داری $p=0/004$

جدول ۲- ضرایب متغیرهای باقی مانده در شکل رگرسیونی به روش گام به گام

مأخذ: نتایج مطالعات نگارندگان

| Sig. | T | ضرایب استاندارد شده | | متغیرهای مستقل |
|-------|-------|---------------------|------------|----------------------------|
| | | Beta | Std. Error | |
| ۰/۰۰۰ | ۱۳/۶۷ | | ۳/۹۸۸ | مقدار ثابت |
| ۰/۰۰۰ | ۴/۵۷ | ۰/۳۲ | ۰/۱۴۵ | سطح امنیت محله |
| ۰/۰۰۰ | ۳/۰۳ | ۰/۲۱۲ | ۰/۱۵۹ | سطح دسترسی به امکانات محله |

(سطح امنیت محله) $0/212$ + (سطح دسترسی به امکانات محله) $0/32$ = کیفیت زندگی زنان

خالص برابر ۰/۱۴ به دست آمده است؛ یعنی مجموع دو متغیر ۱۴ درصد کیفیت زندگی زنان را تبیین کرده و ۸۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی زنان، توسط متغیرهایی دیگر قابل تبیین است. ضریب بتای متغیر سطح دسترسی به امکانات محله، برابر ۰/۳۲ است. به این ترتیب با

بر اساس، نتایج تحلیل چندمتغیره رگرسیونی (جدول ۲)، دو متغیر به ترتیب سطح دسترسی به امکانات محله و سطح امنیت محله، در معادله رگرسیونی باقی مانده و ضریب همبستگی چندان آن‌ها با کیفیت زندگی زنان، برابر ۰/۳۹ و ضریب تعیین برابر ۰/۱۵ و ضریب تعیین

تفاوت یک واحد در ارزش متغیر سطح دسترسی به امکانات محله، ارزش مقیاس کیفیت زندگی به طور معناداری افزایش می‌یابد، همچنین سطح امنیت محله، با ضریب بتای ۰/۲۱۲، حاکی از آن است با تفاوت یک واحد در ارزش متغیر سطح امنیت محله، ارزش مقیاس کیفیت زندگی به طور معناداری افزایش می‌یابد.

۴. نتیجه‌گیری و پیشنهادها

همان‌گونه که ذکر شد، محیط شهری مطلوب، محیطی است که در آن به فعالیت‌ها، آرایه خدمات، اطلاعات و عدالت بین آحاد اجتماعی توجه شده و حامی عملکردهای حیاتی، بقا و نیازهای ویژه گروه‌های مختلف اجتماعی، از جمله زنان باشد. از این نظریافته‌های پژوهش مؤید دیدگاه فوق، همچنین مؤید نظریه‌های (۱۳۸۶)، کاسکلاوین (۱۹۹۹)، پین (۲۰۰۰)، والتین (۱۹۹۱) بوده که بر اساس آن نیازها، ادراکات و احساسات زنان تهرانی، از کیفیت زندگی و همچنین احساس امنیت یا خطر در سطح شهر، تحت تأثیر جغرافیای اجتماعی شهر تهران بوده و به وسیله محیط فیزیکی آن شکل می‌گیرد. در این زمینه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد، دسترسی به امکانات و امنیت محله (۱۴ درصد) از پراکنش متغیر کیفیت زندگی زنان را تبیین می‌کنند. از این رو، همسو با دیدگاه مذکور و نظر پژوهشگرانی چون زبردست (۲۰۰۸) می‌توان دریافت که محیط اجتماعی و فیزیکی محلات شهری، بر احساس رضایت از زندگی ساکنان آن تأثیرگذار است، همچنین یافته‌ها نشان داد ضریب بتای متغیر سطح دسترسی به امکانات مختلف محله با تأکید بر نیازهای زنان، برابر ۰/۳۲۰ بوده و با تفاوت یک واحد در ارزش متغیر سطح دسترسی به امکانات مختلف محله، ارزش مقیاس کیفیت زندگی زنان به طور معناداری افزایش می‌-

یابد. از آنجا که دسترسی به امکانات مختلف محله، با توجه به نیازهای ویژه زنان، مورد سنجش قرار گرفته، می‌توان در تأیید دیدگاه باندز (۱۳۹۰) اظهار داشت الگوی زندگی و فعالیت زنان، ترکیب پیچیده‌ای از نیازهای مربوط به نقش‌های خانوادگی و اجتماعی آن‌ها شامل مسؤولیت‌های خانه‌داری، حفظ و پرورش کودکان و اشتغال بوده و کیفیت زندگی آن‌ها در شهر را متأثر می‌کند، همچنین امنیت محله دارای مقدار بتایی برابر ۳۲ درصد بوده، چنان‌که با تفاوت یک واحد در ارزش متغیر امنیت محله، ارزش مقیاس کیفیت زندگی زنان به طور معناداری افزایش می‌یابد. این یافته حاکی از اهمیت تأثیر شاخص امنیت زنان در محله بر کیفیت زندگی آن‌ها بوده و مؤید نتایج پژوهش‌های امیرابراهیمی (۱۳۸۱)، کوکبی (۱۳۸۶)، علیخواه و نجیبی (۱۳۸۵) و الماسی‌فر (۱۳۸۹)، افشارنیا و دارستانی فراهانی (۱۳۸۸)، مبنی بر آن است که ایجاد امکاناتی بهینه و متناسب با نیازهای زنان، کیفیت زندگی آن‌ها را متأثر می‌کند، همچنین مؤید نظر کوسکلا (۱۹۹۷) و وایت (۲۰۰۰) در این باره است که مسأله حفظ امنیت زنان و دختران، با توجه به افزایش خشونت در شهرها، یکی از معضلات اساسی جوامع شهری عصر حاضر بوده و روابط فضایی در شهرها، به‌خصوص از حیث رفع موانع دسترسی زنان به امکانات مختلف در فضای عمومی و محدودیت تحرک ناشی از ترس از خشونت در زنان را می‌توان مؤثر بر کیفیت زندگی و همچنین به مثابه معیاری برای توانمندی آن‌ها در نظر گرفت. شایان ذکر است بر اساس ماده ۳۰ فصل اول قانون چهارم توسعه، دولت موظف است به منظور دستیابی به توسعه پایدار و بهبود محیط زندگی در شهرها و روستاها، اقداماتی در بخش‌های عمرانی شهری و روستایی به عمل

چند اشاره کرد: تأمین امنیت، رعایت حقوق و آزادهای زنان در فضاهای شهری و عرصه‌های عمومی محله‌ها با توجه به جلب مشارکت آن‌ها و تأمین نظارت اجتماعی بر فضاهای، دسترسی به حمل و نقل عمومی، بازیگری در دسترسی زنان به وسایل حمل و نقل عمومی، با توجه به ویژگی‌های نقش خانودگی و اجتماعی زنان و برآورد نیاز واقعی زنان. دسترسی به امکانات و خدمات از جمله ایجاد ارتباط مناسب میان گره‌گاه‌های اصلی فعالیت و مسئولیت زنان؛ یعنی مراکز خرید روزانه، مهد کودک‌ها، مدارس ابتدایی، زمین‌های بازی کودکان و غیره حایز اهمیت است. تأمین دسترسی به امکانات ورزشی ویژه زنان در محلات همانند مجموعه‌های ورزشی ویژه زنان، نصب وسایل بدن‌سازی در پارک‌ها با وسایل و چشم‌انداز مناسب زنان، راه‌اندازی مراکز خدماتی با توجه به نیازهای ویژه زنان (نظیر گسترش مراکز آموزش مشاغل خانگی نظیر خیاطی، آرایشگری، هنرهای دستی و سایر آموزشگاه‌ها و کافی-نت‌های مناسب زنان، خدمات کتاب‌خانه (با ارایه خدمات در ساعات ویژه زنان)، تأمین بهداشت و سلامت جامعه از طریق رفع نیازهای اولیه بهداشتی و سلامتی زنان و خانواده در محله‌ها (همانند تأمین دسترسی زنان و کودکان به مراکز خدمات بهداشتی / درمانی مناسب زنان؛ مثل تزیینات زنان، متخصص زنان، کودکان و خانواده در محل، خانه‌های سلامت با برنامه‌های ویژه بانوان).

آورد (قانون برنامه چهارم توسعه، ۱۳۸۵: ۴۸). یکی از روش‌های نیل به اهداف فوق، ارتقای کیفیت زندگی زنان در شهرها و توجه به نیازهای آن‌ها در بهره‌برداری از فضاهای شهری و برخورداری از امکانات خدماتی در سطح شهرهاست (کاظمی، ۱۳۸۸: ۴۹). از این رو، به وجود ماده‌ای تحت عنوان «مناسب‌سازی فضاهای شهری و اماکن عمومی برای زنان» احساس نیاز شده که به تبع آن قانون‌گذار ملزم به تدوین و ابلاغ ضوابط طراحی، در راستای مناسب‌سازی فضاهای عمومی، اماکن و ساختمان‌های عمومی و دولتی، برای زنان خواهد بود (کاظمی، ۱۳۸۸، ۴۹). از این نظر تدوین سیاست‌هایی که در آن به توزیع عادلانه منابع و امکانات در سطح شهر و اجتماعات شهری همت گماشته شود، ضروری بوده و مطلوب است تا در سطح شهرها، راهبردهایی تدوین شود تا پایه‌های مناسبات اجتماعی، با توجه به حمایت از گروه‌ها و اقشار مختلفی چون زنان پی‌ریزی شود که به‌ویژه مانع از نابرابری در دستیابی به منابع ارزشمند اجتماعی شود. در این زمینه، انجام مطالعات جامع و مکتوبی در مورد نیازهای ویژه زنان، در فضاهای عمومی شهرها و اصلاح قوانین شهری و تأمین امکانات متناسب با نیازهای زنان و تأمین نیازها و استانداردهای خاص زندگی زنان در برنامه‌ریزی و طراحی فضاهای شهری، ضروری است. در این باره می‌توان، با توجه به نتایج پژوهش، به راهکارهایی

کتاب‌نامه

۱. افشارنیا، اودارستانی فراهانی، م. (۱۳۸۸). فضاهای شهری مناسب زنان. همایش ملی زن و معماری. تهران: آموزشکده فنی حرفه‌ای دخترانه سما.
۲. الماسی، فرن و انصاری، م. (۱۳۸۹). بررسی امنیت محیطی در پارک‌های منطقه‌ای به عنوان بخشی از فضاهای شهری از دیدگاه زنان بر پایه رویکرد cpted. فصل‌نامه علمی-پژوهشی مدیریت شهری. دوره ۸ شماره ۲۵. صص ۲۱-۳۴.
۳. امیرابراهیمی، م. (۱۳۸۱). شهر در حصار. فصل‌نامه معماری و شهرسازی. دوره نهم. شماره ۶۴-۶۳. صص ۲۲-۱۱.

۴. امین شکروی، ف. والحانی، ف. و کاظم نژاد، ا. و وجدانی نیا، م. (۱۳۸۸). ارتباط فعالیت‌های جسمی منظم (پیاده‌روی) با کیفیت زندگی زنان. فصل‌نامه پیش. ۴ (۱). صص ۴۰۷-۴۱۳.
۵. باندز، م. (۱۳۹۰). *نظریه اجتماعی شهری*. ترجمه رحمت‌الله صدیق سروستانی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۶. بحرینی، ح. (۱۳۸۵). *فرآیند طراحی شهری*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۷. بمانیان، م. و رفیعیان، م. و ضابطیان، ا. (۱۳۸۷). امنیت تردد در فضاهای شهری و سنجش مشارکتی آن‌ها در بخش مرکزی شهر تهران. *تحقیقات زنان*. ۴ (۲). صص ۳۹-۵۶.
۸. بیات، م. (۱۳۹۰). بررسی کیفیت زندگی زنان در شهر مشهد. *مجموعه مقالات سومین نشست اندیشه‌های راهبردی زن و خانواده*. جلد دوم. انتشارات دبیرخانه نشست اندیشه‌های راهبردی جمهوری اسلامی، تهران. صص ۵۷۵-۵۸۸.
۹. پاپلی یزدی، م. و رجبی سناجردی، ح. (۱۳۸۹). *نظریه‌های شهر و پیرامون آن*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
۱۰. پاکزاد، ج. (۱۳۵۸). *مبانی نظری و فرآیند طراحی شهری*. چاپ اول. تهران: نشر شهیدی.
۱۱. زبردست، ا. و بنی‌عامریان، م. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط میان شاخص‌های عینی و ذهنی بعد خدمات عمومی کیفیت زندگی شهری در شهر جدید هشتگرد. *نامه معماری و شهرسازی*. دوفصل‌نامه دانشگاه هنر. ۳ (۲). صص ۵-۲۲.
۱۲. شورت، ج. (۱۳۹۰). *نظریه شهری*. ترجمه کرامت‌الله زیاری و حافظ مهدی نژاد و فریاد پرهیز. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۱۳. عابدزاده، م. و تائبی، م. و صابری، ف. و سادات، ز. (۱۳۸۸). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان یائسه شهر کاشان. *دوفصل‌نامه طب جنوب*. ۱ (۱۲). صص ۸۱-۸۸.
۱۴. علیخواه، ف. و نجیبی ربیعی، م. (۱۳۸۵). زنان و ترس از جرم در فضاهای شهری. *فصل‌نامه رفاه اجتماعی*. سال پنجم. شماره ۲۲. صص ۱۰۹-۱۳۲.
۱۵. غیاثوند، ا. (۱۳۸۸). تأثیر سرمایه اجتماعی کیفیت زندگی ساکنان محله‌های شهر. *فصل‌نامه مهندسی مشاور*. ۴۵. صص ۲۲-۲۸.
۱۶. قانون برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۵-۱۳۸۹). شماره ۹۶۶۶۹۱۱ مورخ ۱۳۸۳/۷/۱۶.
۱۷. کاظمی، م. (۱۳۸۸). رویکردی تحلیلی به مقوله جنسیت و تأثیر آن در کیفیت فضا (نمونه مورد مطالعه: پارک فجر تبریز). *فصل‌نامه هویت شهر*. ۴۷ (۳). صص ۴۷-۵۸.
۱۸. کرمان ساروی، ف. منتظری، ع. بیات، م. (۱۳۹۰). *مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه‌دار*. فصل‌نامه پیش. سال ۱۱. شماره اول. صص ۱۱۱-۱۱۶.
۱۹. کلمتس، ک. (۱۳۸۴). به سوی جامعه‌شناسی امنیت. ترجمه محمد علی قاسمی. *فصل‌نامه پژوهشکده مطالعات راهبردی*. ۲ (۸). صص ۲۸۱-۳۱۰.
۲۰. کویکی، افشین. (۱۳۸۶). معیارهای ارزیابی کیفیت زندگی شهری در مراکز شهری. *فصل‌نامه هویت شهر*. سال اول. شماره اول: صص ۸۷-۷۵.
۲۱. لینچ، ک. (۱۳۸۶). *تئوری شکل خوب شهر*. ترجمه حسین بحرینی. تهران: دانشگاه تهران.
۲۲. مختاری، م. و نظری، ج. (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی کیفیت زندگی*. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

۲۳. مهدی‌زاده، ج. (۱۳۸۷). در جستجوی شهرهای انسانی تر. فصل‌نامه تحلیلی - پژوهشی علوم اجتماعی جستارهای شهرسازی. سال ۷. شماره ۲۴ - ۲۵. صص ۶-۱۹.
۲۴. معین، م. (۱۳۷۵). فرهنگ فارسی. تهران: انتشارات امیرکبیر.
۲۵. نجات، س؛ منتظری، ع؛ هلاکوئی نائینی، ک؛ ومجد، ک و ومجدزاده، ر (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF). ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو پژوهش‌های بهداشتی. ۴ (۴). صص ۱-۱۲.
26. Cott, N. (1986). *Roots of bitterness: Documents of the social history of American women*. Boston: Northeastern University Press.
27. Coutard, O. (2000). Quality of Life in the Paris Area and New Challenges to the Regional Transport policy. *Second international conference on quality of life in cities (ICQOLC 2000)* (Singapour, 8-10 March, 2000).
28. Dunning, H., Williams, A., Abonyi, S., & Crooks, V. (2008). A mixed method approach to quality of life research: a case study approach. *Social indicators research*. Springer, 85(1), 145-158.
29. Fadda, G., & Iron, P. (1999). Quality of life and gender: a methodology for urban research. *Environment and Urbanization*, 11 (2), 261-270.
30. Frye, V., Putnam, S. O., & Campo, P. (2007). Viewpoint whither gender in urban health. *Elsevier*, 14(3), 616-622.
31. Gardner, C. B. (1995). *Passing by: Gender and public harassment*. Los Angeles: University of California Press.
32. Hanson, S., & Pratt, G. (1995). *Gender, work and space*. New York and London: Routledge.
33. King, C. R., & Hinds, P. S. (2003). *Quality of life: From nursing and patient perspectives: theory, research, practice*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.
34. Koskela, H. (1997). Bold Walk and Breaking. Women's spatial confidence versus fear of violence. *Gender, place and culture*, 4(3), 301-319.
35. Koskela, H., Pain, R. (1999). Revisiting fear and place: omen's fear of attack and the built environment. *Geoforum*, 31(2), 301-319.
36. Lotfi, S., & Koohsari, M. J. (2009). Analyzing accessibility dimension of urban quality of life: Where urban designers face duality between subjective and objective reading of place. *Social Indicators Research*, 94(3), 417-435.
37. Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., & Gandek, N. B. (2005). The short form of health survey (SF-36). Translated and validated in Iranian. *Quality of life research*, 14(13), 875-882.
38. Mtani, A., & Lubuva, J. (2004). Urban space and security: A case of the dares salaam, safety audits for women. *Dar es Salaam, Tanzania*, 10(1), 13-17.
39. Olive, J., Huxley, P., Bridges, K., & Mohammad, H. (1996). *Quality of life and mental health services*. London: Routledge.
40. *Quality Of Life in Twelve of New Zealand's Cities*. (2007). Accessible at: www.bigcities.govt.nz.
- Short, J. (2011). *Urban theory* (K. Ziyari, H. Mahdinejad, & F. Parhiz). Tehran: Tehran University. [In Persian]
41. The fourth five-year development plan of the Islamic Republic of Iran. (2006-2010). No. 96.66911 dated 16/7/2004.
42. Valentine, G. (1992). Images of danger: Women's sources of information about the spatial distribution of male violence. *Area*, 24, 22-29.
43. Quality of life Group. (1996). WHOQOL-BREF introduction. Administration and scoring, field trial version. World Health Organization, Geneva.
44. Zebardast, E. (2008). The housing quality of life and life satisfaction in the spontaneous settlement of Tehran metropolitan Fring. *Social Indicators Research*, 90(2), 307-324.