



سال پنجم - شماره ۱ پانزدهم - تابستان ۱۳۹۴

صص ۹۵-۱۲۲

تحلیل و ارزیابی کیفیت زندگی ساکنان در روستا- شهرها (نمونه‌ی موردی: روستا- شهر اصلاندوز)

جمال محمدی^۱، اصغر ضرابی^۲، جابر علی‌زاده^۳، حمزه رحیمی^۴

چکیده

کیفیت زندگی، مفهومی است که در سال‌های اخیر، به دلیل نقشی که در سلامت جسم و روان افراد دارد، اهمیت بسزایی یافته است. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین سطح کیفیت زندگی ساکنان روستا- شهر اصلاندوز و تحلیل عوامل مؤثر بر آن انجام پذیرفته است. نوع مطالعه کاربردی و رویکرد حاکم بر آن مجموعه‌ای از روش‌های توصیفی- تحلیلی و همبستگی است که نمونه‌ی آماری، تعداد ۳۸۴ نفر از ساکنان روستا- شهر مذکور هستند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مختلف آماری و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که در مجموع ساکنان از کیفیت زندگی خود رضایت نسبی دارند. همچنین روابط معناداری بین متغیرهای فردی پژوهش با فاکتورهای اصلی و زیرفاکتورهای پژوهش مشاهده می‌شود، که متغیرهای مستقل شناسایی شده در پژوهش قادرند (۰,۵۹۰) از تغییرات واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند و در این راستا فاکتور سلامت روانی با ضریب تأثیر ۰,۴۶۴، بیشترین تأثیر را در رضایتمندی ساکنان دارد.

واژگان کلیدی: رضایتمندی، کیفیت زندگی، شاخص ذهنی، روستا- شهر اصلاندوز.

J.mohammadi@geo.ui.ac.ir

۱- دانشیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه اصفهان

A.zarabi@geo.ui.ac.ir

۲- استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه اصفهان

jabber.alizadeh@yahoo.com

۳- دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه اصفهان

Hamzeh.rahimi1364@gmail.com

۴- دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه اصفهان

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۱۷

تاریخ وصول: ۹۳/۱۲/۵

۱- مقدمه

۱-۱- بیان مسأله

سلامتی حق اساسی هر انسان و یک هدف اجتماعی است و تمام دولت‌ها و حکومت‌ها موظف به تأمین سلامت افراد هستند (پارک^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). طبق معیارهای جهانی، سلامتی تنها جنبه‌های جسمانی را در بر نمی‌گیرد، به گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را «حالتی که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او نشانه‌ای از بیماری و رنجوری مشاهده نمی‌شود»، تعریف نموده است؛ بنابراین در ارزیابی سلامتی، نباید صرفاً به شاخص‌های سنتی سلامتی یعنی نرخ مرگ و میر و نرخ ابتلای به بیماری توجه نمود، بلکه باید ادراکی را که افراد از کیفیت زندگی‌شان دارند نیز مورد توجه قرار داد (کامپوس^۲، ۲۰۰۲: ۱۵۲-۱۵۰). اهمیت کیفیت زندگی و وضعیت سلامت تا حدی است که صاحب‌نظران تمرکز مراقبت‌های بهداشتی، قرن حاضر را بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت عنوان کرده‌اند (جیولوا^۳، ۱۹۹۵).

موضوع کیفیت زندگی در دو دهه‌ی گذشته پدیدار شده است (بنمی^۴ و همکاران، ۱۹۹۹: ۱۹). از کیفیت زندگی با توجه به جنبه‌های مختلف آن، تعاریف متنوعی ارائه شده است و نهادها و سازمان‌های بین‌المللی، اقدام به شاخص‌سازی و سنجش آن در دو دهه‌ی اخیر کرده‌اند. کیفیت زندگی^۵ از طرف سازمان بهداشت جهانی^۶ به عنوان ادراک شخصی افراد از موقعیتشان در زندگی در زمینه‌ی سیستم‌های فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی آنهاست، تعریف می‌شود (سازمان بهداشت جهانی^۷، ۱۹۹۹: ۳). کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی است که

-
- 1- Park
 - 2- Campos
 - 3- Gioiella
 - 4- Bonomi
 - 5- Quality of Life
 - 6- World Health Organization
 - 7- The WHOQOL Group (WHO)

مسائل مختلفی را درباره‌ی مردم مختلف ارائه می‌دهد (کالفوس و هالورسراد، ۲۰۰۹: ۴۵). مطالعات نشان داده است که ارزش‌های ذهنی داده شده به جنبه‌های کیفیت زندگی از معیارهای سلامتی، انتظارات، آرمان‌ها، اعتقادات شخصی، سیستم‌های اعتقادات فرهنگی و عوامل اجتماعی - جمعیت‌شناختی فردی مانند سن، جنسیت، شرایط اقتصادی - اجتماعی، آموزش و عوامل جزئی دیگر تأثیر می‌پذیرد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳: ۱۵۵). کیفیت زندگی در بحث ارزیابی به دو بخش کیفیت زندگی عمومی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تقسیم می‌شود که هر دوی آنها از دید چند بعدی نگریسته می‌شوند (براون^۲ و همکاران، ۱۹۹۴: ۲). بر اساس نظر لاتون و همکاران، چهار فاکتور اصلی متعلق به کیفیت زندگی شامل: محیط عینی، شایستگی خلق و خو (سلامتی)، کیفیت زندگی ادراک شده و رفاه و آسایش روانی (رضایت از زندگی) هستند (لاتون^۳، ۱۹۹۰: ۵۵۳).

از طرف دیگر کشورهای رو به توسعه‌ای همچون ایران با توجه به جوان بودن جمعیت آنها به طور جدی‌تری نسبت به کشورهای توسعه‌یافته با مسائل کیفیت زندگی برای جمعیت جوان خود روبرو هستند (مرکز آمار ایران، ۲۰۰۷). در این بین نواحی روستا - شهری با چالش‌های مهمی در زمینه‌های نارسایی فیزیکی و محیطی، محرومیت اجتماعی، بیکاری، مسکن نامناسب و تغییرات فرهنگی (از زندگی روستایی به شهری) روبرو هستند که این مشکلات کیفیت زندگی در نواحی روستا - شهری را به شدت کاهش می‌دهند. با این وجود سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در سطوح بین‌المللی و ملی بر قابلیت اینگونه مراکز سکونتی در کنار شهرها برای بهبود کیفیت زندگی انسان‌ها تأکید دارند (اداره حفظ محیط زیست سازمان ملل، ۲۰۰۷). بدین سان، مطالعات کیفیت زندگی می‌تواند به شناسایی نواحی مسأله‌دار، علل نارضایتی مردم، اولویت‌های ساکنان در

-
- 1- Kalfoss & Halvorsrud
 - 2- Browne
 - 3- Lawton
 - 4- Statistical Centre of Iran
 - 5- UNFPA

زندگی، تأثیر فاکتورهای اجتماعی - جمعیتی بر کیفیت زندگی و پایش و ارزیابی کارایی سیاست‌ها و استراتژی‌ها در زمینه کیفیت زندگی کمک کند. در این راستا سانتوس و مارتینز اشاره می‌کنند که مشارکت اجتماع محلی در مطالعات کیفیت زندگی می‌تواند پشتیبان مهمی برای تعیین سیاست‌ها و اهداف بلندمدت باشد (سانتوس و مارتینز، ۲۰۰۷: ۴۱۳).

اگر برنامه‌ریزی در نیمه‌ی اول قرن بیستم تحت تأثیر مباحث صرف علمی (خردگرایی، اثبات‌گرایی و ...) بود و از آنها تأثیر می‌پذیرفت، در نیمه‌ی دوم قرن بیستم بیشتر متأثر از مفاهیم و نظریه‌های اجتماعی، سیاسی و کیفی (نسبت‌گرایی، تأویل‌پذیری، دموکراسی و ...) بوده است. بر این اساس با تحولات اساسی و بنیادی در روش‌ها، مفاهیم، اهداف و انگاره‌های خود مواجه شده است. جامعه‌ی روستا- شهری در کنار جوامع شهری پس از تجارب خود از رویکرد برنامه‌ریزی عقلانی، به نوعی بازننگری و بازاندیشی در اقدامات خود روی آورده که موجبات تجدید نظر در باورها و شیوه‌های پیشین شده و پدیدآوردن گرایش‌های تازه‌ای را در عرصه‌ی برنامه‌ریزی شهری فراهم آورده است. یکی از گرایش‌های نو که تأثیر شگرفی در فرایند تحول دیدگاه‌ها و روش‌های برنامه‌ریزی شهری در نیمه‌ی دوم قرن بیستم داشته است، نظریه‌های اجتماعی و کیفی توسعه است که در قالب مفاهیمی همچون کیفیت زندگی، رفاه اجتماعی و غیره نمود عینی یافته است. این مفاهیم مورد توجه مجامع علمی و تحقیقاتی جهان قرار گرفت؛ به‌گونه‌ای که کنگره‌ها و همایش‌های بین‌المللی مختلفی با عنوان «توسعه‌ی پایدار شهری در قالب کنفرانس ریو» و ... برگزار شده به تصویب جهانی رسید، نتیجه و حاصل برگزاری چنین همایش‌هایی در عرصه‌ی جهانی، رواج مفاهیم و کاربرد شاخص‌های اجتماعی و کیفی در فرایند برنامه‌ریزی شهری بوده است؛ به‌طوری که برنامه‌ریزی شهری را به جست و جوی شاخص‌ها و معیارهای جدید برای ارتقای کیفیت زندگی شهری سوق داده است (کوکبی و همکاران، ۱۳۸۴: ۸). به‌طور کلی می‌توان گفت که با توجه به تحولات و دگرگونی‌های فوق، نظریه‌های اجتماعی و کیفی (کیفیت زندگی، رفاه

اجتماعی، عدالت اجتماعی و ...) در دو سه دهه‌ی اخیر اهمیت بیشتری در برنامه‌ریزی روستایی و شهری پیدا کرده‌اند که بیشتر به اهداف نهایی برنامه‌ریزی و نقش مردم مربوط می‌شود.

کیفیت زندگی ساکنان که چند بعدی است و عناصر مختلفی را در بر می‌گیرد، در کنش متقابل با محیط زندگی قرار دارد (اهو، ۲۰۰۵: ۳۲)؛ بنابراین توسعه‌ی همزمان ایده‌های کیفیت محیط شهری و شاخص‌های آن، یک فعالیت هدفمند است (براون، ۲۰۰۳: ۸۶)، زیرا بسیاری از ناهنجاری‌های رفتاری در جوامع شهری، مانند خشونت، پرخاشگری، تجاوز به حقوق دیگران و رعایت نکردن قانون ضمن داشتن ریشه‌های تاریخی، فرهنگی و اقتصادی در کیفیت زندگی و فضاهای سکونتی و کاری آنان نهفته است (رهنمایی، ۱۳۸۳: ۱۹). بنابراین بررسی و تحلیل کیفیت زندگی در محیط‌های کوچک شهری و روستایی هماهنگ با رشد روز افزون آنها باعث خواهد شد تا در طی زمان مشکلاتی را که ممکن است در روند رشد اجتماعی شهر و روستا - شهرها و ارتقای کیفیت زندگی ساکنان قرار گیرد، مرتفع سازد.

از این رو مقاله‌ی حاضر در صدد است تا میزان رضایتی را که ساکنان روستا - شهر اصلاندوز از کیفیت زندگی خود دارند شناسایی نماید، به عبارتی این تحقیق به دنبال پاسخ به این سؤالات اساسی است که «عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در روستا - شهرها از دیدگاه ساکنان به صورت عام و ساکنان روستا - شهر اصلاندوز به صورت خاص کدامند؟» و «میزان رضایت ساکنان روستا - شهر اصلاندوز از کیفیت زندگی در چه سطحی است؟».

پژوهش حاضر با هدف سنجش سطح کیفیت زندگی ساکنان روستا - شهر اصلاندوز و شناسایی عوامل مؤثر در ایجاد حس رضایتمندی از کیفیت زندگی در ساکنان انجام می‌پذیرد. از رویکرد ذهنی و بهره‌گیری از ابزار پرسش‌نامه برای ارزیابی سطح و میزان رضایتمندی مردم از کیفیت زندگی خود استفاده می‌گردد.

۱-۲- مواد و روش‌ها

1- Ahu

2- Brown

پژوهش حاضر از نوع مطالعات «کاربردی» است و با توجه به ماهیت موضوع و مؤلفه‌های مورد بررسی، رویکرد حاکم بر فرآیند پژوهش، ترکیبی از روش‌های «توصیفی-تحلیلی و همبستگی» است. جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها از محیط به صورت پیمایشی است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل همه‌ی ساکنان روستا-شهر اصلاندوز است. با توجه به وسعت جامعه‌ی آماری و عدم امکان دسترسی به تمام اعضای جامعه از روش نمونه‌گیری برای گردآوری اطلاعات استفاده گردید. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران^۱ (حافظ نیا، ۱۳۸۰: ۱۱۷) با خطای اندازه‌گیری ۵ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد و همچنین با در نظر گرفتن فرض وجود حداکثر ناهمگنی ($p=q=0/5$) برابر با ۳۸۴ نفر برآورد گردید. فرآیند نمونه‌گیری به دو روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای (در سطح محلات روستا-شهر) و نمونه‌گیری تصادفی ساده (اعداد تصادفی) صورت پذیرفت و ابتدا به منظور توزیع متناسب نمونه در سطح جامعه‌ی مورد مطالعه، مشخص کردن اختصاصات و ویژگی‌های کلی جامعه و تأثیر دادن ویژگی‌های کلی جامعه، از روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی احتمالی (علمی) استفاده شده است (حافظ نیا، ۱۳۸۹: ۱۵۳)، بدین ترتیب به نسبت سهم جمعیتی هریک از محلات روستا-شهر اصلاندوز، درصدی از پرسشنامه به محله‌ی مورد نظر اختصاص داده شد. در مرحله‌ی بعد با توجه به پیچیدگی جامعه‌ی آماری برای مراجعه به ساکنان در واحدهای مسکونی از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (اعداد تصادفی) استفاده شده است، که یک روش علمی محسوب می‌گردد (مولر و دیگران، ۱۳۷۸: ۴۰۴). در جدول شماره‌ی ۱ نحوه‌ی توزیع و فراوانی تعداد پرسشنامه‌ها، نشان داده شده است:

جدول ۱: فراوانی توزیع پرسشنامه‌ها در سطح محلات روستا-شهر اصلاندوز

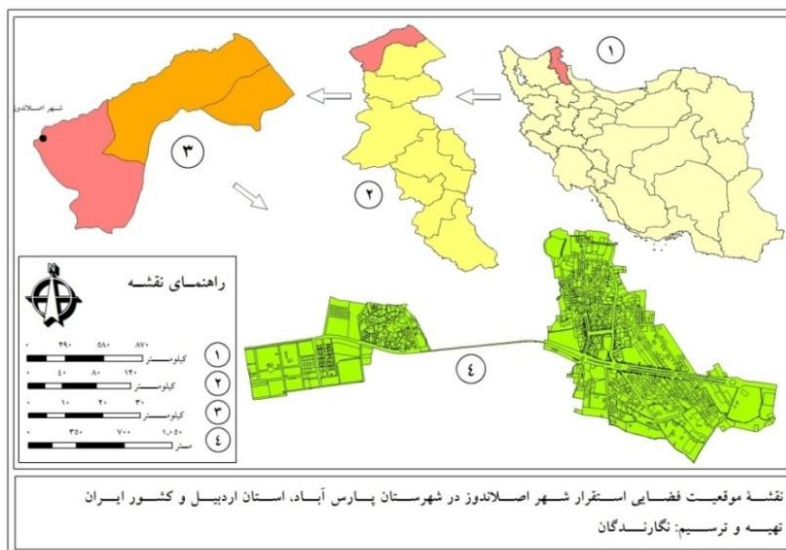
ردیف	نام محلات	حجم نمونه	درصد
۱	مسجد جامع	۵۴	۱۴,۱
۲	نادری	۲۸	۷,۳
۳	بهداری	۲۲	۵,۷
۴	شهید مهدوی	۳۷	۹,۶
۵	کدخدالو	۱۸	۴,۷
۶	مولوی	۳۵	۹,۱

ردیف	نام محلات	حجم نمونه	درصد
۷	ایل یولو	۴۳	۱۱,۲
۸	گوشاتپه	۵۳	۱۳,۸
۹	شهید بهشتی	۲۰	۵,۲
۱۰	قره قباق	۵۲	۱۳,۵
۱۱	کمپ	۲۲	۵,۷
	جمع	۳۸۴	۱۰۰

ابزار مورد استفاده در این تحقیق برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز، پرسش‌نامه‌ی (WHOQOL-BREF) سازمان جهانی بهداشت است که فرم کوتاه این پرسش‌نامه دارای ۲۶ سؤال است و چهار بعد، سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیطی را با ۲۴ سؤال (هر یک از ابعاد مذکور به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال هستند) به عنوان متغیرهای وابسته‌ی مفهوم کیفیت زندگی ارزیابی می‌کند. دو سؤال نیز صرفاً حیطه‌ی کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. همچنین جنس، سن، وضعیت سلامت جسمی و روحی افراد، تحصیلات و وضعیت تأهل پرسش‌شوندگان به عنوان متغیر مستقل مفهوم کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. نهایتاً اینکه در تحقیق حاضر به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی همچون توزیع فراوانی، تحلیل واریانس، آزمون T مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی خطی در محیط نرم‌افزار کامپیوتری SPSS استفاده شده است. پاسخ‌های پرسش‌شوندگان برای سنجش میزان رضایتمندی آنان از نظر متغیرهای مورد بررسی در یک طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت بسیار ناراضی، ناراضی، نسبتاً راضی، راضی و بسیار راضی طبقه‌بندی گردید.

۱-۳- معرفی محدوده‌ی مورد مطالعه

شهر اصلاندوز بین مدارهای ۳۹ درجه، ۲۵ دقیقه و ۳۳ ثانیه تا ۳۹ درجه، ۲۶ دقیقه و ۴۹ ثانیه‌ی عرض شمالی و ۴۷ درجه، ۲۲ دقیقه و ۴۷ درجه، ۲۵ دقیقه‌ی طول شرقی واقع شده است (علی زاده و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۴). در این باره نگاه کنید به تصویر شماره ۱.



شکل ۱: موقعیت فضایی استقرار روستا- شهر اصلاندوز

روستا- شهر اصلاندوز^۱ به عنوان مرکز بخش اصلاندوز در منتهی الیه شمال غربی استان اردبیل و در محل پیوستن رودخانهی قره سو (دره رود) به رودخانهی ارس قرار گرفته است. این شهر در ساحل جنوبی رود مرزی ارس و در ۲ کیلومتری این رودخانه واقع شده است. ارتفاع شهر از سطح دریا ۱۶۰ متر است که در منطقه‌ای با شیب کمتر از ۳ درصد با جهت جنوب شرقی، شمال غربی واقع شده است (همان: ۵۵).

روستا - شهر اصلاندوز در سال‌های اخیر به علت موقعیت مناسب خود و همچنین اهمیتی که به عنوان مرکز خدماتی منطقه دارد رشد چشمگیری داشته است؛ به صورتی که حجم جمعیتی اضافه شده به آن در فاصله‌ی بین دو سرشماری اخیر رقمی نزدیک به دو برابر را نشان می‌دهد (نگاه کنید به جدول شماره ۲-۲):

جدول ۲: تحولات جمعیتی روستا- شهر اصلاندوز

۱- با توجه به جمعیت ایران، تجمعگاه‌های کمتر از ۲۵۰۰۰ نفر را که برخی خدمات شهری در آنها ارائه می‌گردد، روستا- شهر نامیده می‌شوند (نظریان، ۱۳۸۸: ۲۲۶)، بنابراین می‌توان گفت که اصلاندوز به عنوان یک روستا- شهر مطرح است.

سال	جمعیت	شاخص تغییرات	تغییرات جمعیتی
۱۳۳۵	۷۴	۱۰۰	-
۱۳۴۵	۸۰۴	۱۰۸۶/۵	+۷۳۰
۱۳۵۵	۱۴۲۴	۱۹۲۴/۳	+۶۲۰
۱۳۶۵	۲۰۴۲	۲۷۵۹/۵	+۶۱۸
۱۳۷۵	۲۸۳۸	۳۸۳۵/۱	+۷۹۶
۱۳۸۵	۵۱۶۷	۶۹۸۲/۴	+۲۳۲۹

منبع: دفتر عمران شهرداری شهر اصلاندوز

مکان‌گزینی روستاهای دهستان اصلاندوز و موقعیت شهر اصلاندوز به لحاظ فاصله‌ای که با نزدیکترین شهر خود دارد (شعاع ۴۳ کیلومتری)، نشان از اهمیت اساسی شهر اصلاندوز در منطقه است، که برای جمعیتی بالغ بر ۱۹۹۷۶ نفر در دهستان اصلاندوز (این عدد نشان دهنده‌ی کل جمعیت دهستان است). در بسیاری از زمینه‌ها ارائه‌ی خدمات می‌کند (علی زاده و همکاران، ۱۳۹۱: ۸۹).

۲- چارچوب نظری پژوهش

اهمیت جنبه‌های اجتماعی در عرصه‌ی شهرسازی به حدی رسیده که یکی از ویژگی‌های شهر پایدار، «پایداری اجتماعی و کیفیت زندگی بالا» عنوان شده است؛ به این معنا که شهر پایدار به موازات توجه به مسائل زیست‌محیطی، باید به مسائل اجتماعی و انسانی نیز توجه داشته باشد. منظور از ایجاد و حمایت از محیط‌های انسانی فعال، فضاهای زنده و عرصه‌هایی است که تعریف کردن ابعاد اجتماعی و کیفی به مراتب از ابعاد زیست محیطی و بوم‌شناختی مهمتر است. واژه‌هایی همچون کیفیت زندگی و عناصری از این دست تعاریف و مشخصات خاص خود را دارند (بحرینی، ۱۳۷۷).

مفهوم کیفیت زندگی از اواخر قرن بیستم مورد توجه جامعه‌شناسان قرار گرفته است، اما ریشه‌های آن را در جامعه‌شناسی می‌توان از اواسط قرن بیستم پی گرفت (نوغانی، ۱۳۸۷: ۱۱۲). توجه به کیفیت زندگی و مفاهیم مربوط به آن به اواخر دهه‌ی ۱۹۶۰ بر می‌گردد. دیوید اسمیت اولین جغرافی‌دانی بود که درباره‌ی کیفیت زندگی، رفاه و عدالت اجتماعی در جغرافیا صحبت کرد (اسمیت، ۱۳۸۱: ۱۶). توجه به کیفیت زندگی در

جغرافیا که توسط جغرافی‌دانانی نظیر اسمیت و هاروی وارد این علم گردید، طی سال‌های اخیر اهمیت زیادی یافته است (جاجرمی و کلت، ۱۳۸۵: ۵). مفهوم کیفیت زندگی که در ابتدا به رعایت حداقل استانداردهای ممکن برای زندگی و در واقع حق داشتن زندگی معطوف بود، با گذشت زمان، پیشرفت زندگی، بالا رفتن معلومات و تحصیلات اجتماعی، مباحث مربوط به اصالت فرد و بالا رفتن سطح توقعات و خواسته‌های فردی و اجتماعی شامل دایره‌ی تمامی انسان‌ها و تمامی تمایلات بشر برای داشتن حداکثر آسایش در زندگی گردید (امینی، ۱۳۸۵: ۳).

کیفیت زندگی مفهومی است بسیار انتزاعی که نمی‌توان برای آن تعریفی جامع و مانع ارائه داد. به طور کلی، تعریف مفهومی این عبارت چندان ساده نیست ولی بر حسب نیاز، می‌توان برای آن تعاریف عملیاتی ارائه کرد (قالیباف و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۶۵). اصطلاح کیفیت زندگی به طور کلی به وضعیت محیطی که مردم در آن زندگی می‌کنند مثل آلودگی و کیفیت مسکن و همچنین به برخی صفات و ویژگی‌های خود مردم اشاره دارد (پاسیون^۱، ۲۰۰۳: ۳۰-۱۹).

در واقع کیفیت زندگی، مفهومی پیچیده و چندبعدی است که تحت تأثیر مؤلفه‌هایی چون زمان و مکان، ارزش‌های فردی و اجتماعی قرار دارد و از این رو معنای گوناگونی برای افراد و گروه‌های مختلف بر آن مترتب است. برخی آن را به عنوان قابلیت زیست‌پذیری یک ناحیه، برخی دیگر به عنوان اندازه‌ای برای میزان جذابیت و برخی به عنوان رفاه عمومی، بهزیستی اجتماعی، شادکامی، رضایتمندی و مواردی از این دست تعبیر کرده‌اند (اپلی و منون^۲، ۲۰۰۷). بنا به تعریف، کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی و چندبعدی است و آن را می‌توان ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی در زمینه‌ی نظام فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات و استانداردهای آنها دانست (نیلسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). کیفیت زندگی در واقع حس رضایت از زندگی است که در نتیجه کنش بین شرایط محیط و ویژگی‌های فردی شخص

-
- 1- Pacione
 - 2- Epley and Menon
 - 3- Nillson

حاصل می‌شود (فرجی ملایی، ۱۳۸۹: ۶۵). اصولاً کیفیت زندگی شهری، واژه‌ای پیچیده، چند بعدی و کیفی است که درباره‌ی شرایط و وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جمعیت، در یک مقیاس جغرافیایی خاص (شهر، منطقه، محله و ...) است که هم متکی به شاخص‌های ذهنی یا کیفی و هم متکی به شاخص‌های عینی یا کمی است (کوکبی و همکاران، ۱۳۸۴: ۸). مفهوم کیفیت زندگی شهری را می‌توان در یک برداشت جامع و کلی به صورت زیر تعریف کرد:

«کیفیت زندگی شهری در برگیرنده‌ی ابعادی روانی است که شاخص‌هایی همچون رضایت، شادمانی و امنیت را در برمی‌گیرد و در برخی موارد، رضایت اجتماعی نیز نامیده می‌شود. همچنین ابعادی محیطی که در برگیرنده‌ی سنجه‌هایی همچون مسکن، دسترسی به خدمات و امنیت محیطی است. جنبه‌های دیگر در برگیرنده‌ی توجه به فرصت‌های اجتماعی، امیدهای اشتغال، ثروت و اوقات فراغت است» (سیف‌الدینی، ۱۳۸۱: ۱۵).

«واژه‌ی کیفیت زندگی، بیشتر با محیط طبیعی و شرایط خارجی زندگی افراد از قبیل آلودگی، کیفیت مسکن، جنبه‌های زیبایی‌شناسانه، تراکم ترافیک، شیوع جرم و مانند اینها مرتبط است. این متغیرها تأثیر زیادی بر سطح رضایت افراد از زندگی دارند، اما فقط جنبه‌ی محدودی را از مجموعه‌ی رضایتهایی که ممکن است در فرایند زندگی ارزشمند باشد، در برمی‌گیرند. سؤال مهم این است که آیا می‌توانند بخش مهمی از رفاه افراد را تشکیل دهند و یا اینکه، آیا آنها به وسیله‌ی عواملی همچون حس دسترسی، دوست داشتن و علاقه، حس انتخاب و ... قابل بیان و ارائه هستند؟» (نورمن^۱ و همکاران، ۱۹۷۲).

با توجه به تعاریف بالا و همچنین اذعان به عدم وجود اجماع نظر در مورد تعریف کیفیت زندگی، می‌توان گفت که مفهوم کیفیت زندگی و کیفیت زندگی در محیط‌های رو به سوی شهری شدن، بسیار تفسیرپذیر و ابهام‌آور است و بنا به حوزه‌ی کاربرد و نوع

1- Norman

مطالعه بسیار فرق می‌کند. چنانکه از تعاریف بالا برمی‌آید کیفیت زندگی شهری یک مفهوم ذهنی و عینی به صورت توأم است و با توجه به محوریت برنامه‌ریزی شهری نسبت به طراحی شهری و به منظور دوری جستن از اغتشاش فکری و دستیابی به معیارها و شاخص‌های مناسب کیفیت زندگی شهری در عمل، ناچار از ارائه‌ی تعریفی جامع و مانع هستیم. براین اساس شاید بتوان تعریف زیر از کیفیت زندگی شهری را مبنای مطالعه و استنتاج قرار داد: منظور از کیفیت زندگی شهری توجه به شاخص‌های اجتماعی، فرهنگی، محیطی و روانی در دو وجه عینی (کمی) و ذهنی (کیفی) در روند برنامه‌ریزی کیفیت زندگی شهری است. جوهر اصلی کیفیت زندگی شهری، تأمین و ارضای توأمان نیازهای مادی و معنوی انسان است. در واقع برنامه‌ریزی برای مسکن، کار و اشتغال بدون تأمین نیازهای روانی، عاطفی و اجتماعی شهروندان، مثل نیاز به امنیت، آرامش خاطر، زیبایی، تعلق اجتماعی شهروندان، شادی، تفریح و غیره ناقص خواهد بود.»

به طور کلی از تحقیقاتی که درباره‌ی کیفیت زندگی انجام شده، دو رویکرد کاملاً مجزا به وجود آمده است:

الف: رویکرد اسکاندیناویایی کیفیت زندگی: این رویکرد، رویکردی است که در اکثر کشورهای اروپایی به‌ویژه کشورهای اسکاندیناوی طرفدار دارد و جان دریوسکی^۱ و ریچارد تیتموس^۲ آن را ابداع کرده‌اند. در این رویکرد بر شرایط عینی زندگی و معرف‌های مرتبط با آن تأکید شده است و کیفیت زندگی افراد در گرو ارضای نیازهای اولیه‌ی زندگی است (علی زاده و دیگران، ۱۳۹۲: ۶۵).

ب: رویکرد آمریکایی: در بیشتر تحقیقاتی که در کشور آمریکا در مورد کیفیت زندگی انجام شده است، محققان بیشتر به تجارب ذهنی افراد از زندگی‌شان توجه کرده و بر معرف‌های ذهنی تأکید کرده‌اند. از اثرگذاران بر این رویکرد می‌توان به روان‌شناس اجتماعی دبلیو آی. توماس^۳ اشاره کرد. در این رویکرد رضایتمندی و خوشبختی به عنوان

1- John Drewski
2- Richard Titmuss
3- W.I Thomas

معرف‌های اصلی سنجش یاد می‌شود. در کنار دو رویکرد بالا، رویکرد دیگری نیز وجود دارد که بر دو بعد عینی و ذهنی کیفیت زندگی تأکید می‌کند که می‌توان به روش‌های اجتماعی و اقتصادی در کیفیت زندگی اشاره کرد (غیاثوند، ۱۳۸۸: ۲۴-۲۵).

۳- بحث و تحلیل یافته‌های پژوهش

۳-۱- بررسی وضعیت توزیع پاسخگویان بر اساس ویژگی‌های فردی و سطح کیفیت زندگی

بررسی‌ها نشان می‌دهد که بیشترین تعداد پاسخگویان از نظر شاخص جنسیت مربوط به گروه جنسی مردان با درصد فراوانی بیش از ۸۳ درصد از کل پرسش‌شوندگان است. از نظر وضعیت تأهل اکثریت اعضای نمونه‌ی مورد بررسی متأهل (بیش از ۵۱ درصد) هستند. بیش از ۵۴ درصد پرسش‌شوندگان دارای تحصیلات عالیه هستند و گروه سنی ۲۱-۳۰ با بیش از ۵۰ درصد بیشترین تعداد پاسخ‌دهنده را شامل می‌شود. همچنین نزدیک به ۸۰ درصد پرسش‌شوندگان را افراد سالم تشکیل می‌دهند.

جدول ۳: وضعیت توزیع پاسخگویان با توجه به خصوصیات فردی

متغیرهای مستقل پژوهش	تعداد	درصد
جنس	مرد	۳۱۹ / ۸۳/۱
	زن	۶۵ / ۱۶/۹
وضعیت تأهل	مجرد	۱۷۵ / ۴۵/۶
	متأهل	۱۹۸ / ۵۱/۶
	بی‌همسر بر اثر طلاق	۸ / ۲/۱
	بی‌همسر بر اثر فوت	۱ / ۰/۳
	بی‌پاسخ	۲ / ۰/۵
سطح سواد	بی سواد	۱ / ۰/۳
	ابتدایی	۴ / ۱/۰
	متوسطه	۱۶۳ / ۴۲/۴
	دانشگاهی	۲۰۹ / ۵۴/۴
	بی‌پاسخ	۷ / ۱/۹

متغیرهای مستقل پژوهش		تعداد	درصد
سن	۲۰-۱۸	۳۳	۸/۶
	۳۰-۲۱	۱۹۴	۵۰/۵
	۴۰-۳۱	۹۲	۲۴/۰
	۵۰-۴۱	۴۰	۱۰/۴
	۶۰-۵۱	۱۶	۴/۲
	+۶۱	۶	۱/۶
	بی پاسخ	۳	۰/۸
گروه	سالم	۳۰۴	۷۹/۲
	بیمار	۷۹	۲۰/۶

منبع: مطالعات میدانی

نتایج حاصل از تحلیل اطلاعات گردآوری شده بیانگر آن است که در مجموع ۱۰/۶ درصد از ساکنان محدوده‌ی مورد مطالعه دارای کیفیت زندگی بسیار مطلوب، ۳۹/۳ درصد مطلوب، ۲۲/۷ درصد متوسط و ۲۱/۷ درصد کیفیت زندگی نامطلوب و ۵/۷ درصد بسیار نامطلوب بودند. طیف مطلوبیت هریک از زیرمؤلفه‌های معرف شاخص کلی کیفیت زندگی در بین ساکنان روستا- شهر اصلاندوز به طور تفصیلی در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: توزیع فراوانی طیف مطلوبیت تمامی زیر مؤلفه‌های کیفیت زندگی در ساکنان روستا- شهر

اصلاندوز

خیلی نامطلوب		نامطلوب		متوسط		مطلوب		خیلی مطلوب		سطوح ابعاد
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۳۰	۷/۸	۸۹	۲۳/۲	۱۴۹	۳۸/۸	۷۸	۲۰/۳	۳۳	۸/۶	امنیت
۱۵	۳/۹	۸۳	۲۱/۶	۱۸۱	۴۷/۱	۷۹	۲۰/۶	۲۶	۶/۸	رضایت محیطی
۷۷	۲۰/۱	۱۱۲	۲۹/۲	۱۶۶	۴۳/۲	۲۳	۶/۰	۶	۱/۶	تأمین مالی
۱۳	۳/۴	۱۳	۳۴/۹	۱۷۱	۴۴/۵	۵۴	۱۴/۱	۸	۲/۱	دسترسی به اطلاعات
۱۳۱	۳۴/۱	۱۷۵	۴۵/۶	۶۲	۱۶/۱	۱۰	۲/۶	۴	۱/۰	امکانات تفریحی
۳۷	۹/۶	۷۵	۱۹/۵	۱۴۲	۳۷/۰	۹۶	۲۵/۰	۳۰	۷/۸	روابط محیطی
۳۲	۸/۳	۸۲	۲۱/۴	۱۴۳	۳۷/۲	۹۳	۲۴/۲	۳۱	۸/۱	خدمات

تحلیل و ارزیابی کیفیت زندگی ساکنان در روستا - شهرها / ۱۵

خیلی نامطلوب		نامطلوب		متوسط		مطلوب		خیلی مطلوب		سطوح ابعاد
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۲/۰	۴۶	۲۵/۳	۹۷	۴۱/۱	۱۵۸	۱۵/۴	۵۹	۶/۰	۲۳	وضعیت رفت و آمد
۲/۶	۱۰	۹/۶	۳۷	۳۱/۰	۱۱۳	۴۰/۴	۱۵۵	۱۵/۹	۶۱	روابط شخصی
۱۵/۶	۶۰	۱۴/۶	۵۶	۳۰/۵	۱۱۷	۲۱/۴	۸۲	۱۲/۲	۴۷	روابط جنسی
۷/۸	۳۰	۱۸/۰	۶۹	۳۵/۴	۱۳۶	۲۷/۱	۱۰۴	۱۰/۹	۴۲	حمایت اجتماعی
۶/۳	۲۴	۱۹/۰	۷۳	۳۶/۵	۱۴۰	۲۷/۱	۱۰۴	۹/۶	۳۷	میزان انرژی
۵/۲	۲۰	۱۵/۹	۶۱	۱۸/۸	۷۲	۳۳/۱	۱۲۷	۲۶/۰	۱۰۰	درد جسمانی
۵/۲	۲۰	۱۲/۲	۴۷	۱۸/۵	۷۱	۳۲/۰	۱۲۳	۲۹/۹	۱۱۵	درمان طبی
۹/۹	۳۸	۱۱/۷	۴۵	۲۹/۹	۱۱۵	۲۹/۹	۱۱۵	۱۷/۷	۶۸	تحرک و چابکی
۱۰/۷	۴۱	۱۹/۵	۷۵	۳۶/۲	۱۳۹	۱۷/۷	۶۸	۱۲/۸	۴۹	خواب مناسب
۶/۸	۲۶	۲۲/۱	۸۵	۳۸/۸	۱۴۹	۲۴/۷	۹۵	۷/۶	۲۹	فعالیت‌های روزمره
۸/۶	۳۳	۲۰/۱	۷۷	۴۲/۲	۱۶۲	۱۹/۸	۷۶	۹/۴	۳۶	ظرفیت کاری
۲۳/۲	۸۹	۲۶/۸	۱۰۳	۲۶/۰	۱۰۰	۱۶/۹	۶۵	۷/۰	۲۷	عواطف مثبت
۱۵/۱	۵۸	۲۳/۷	۹۱	۲۷/۹	۱۰۷	۱۸/۸	۷۲	۱۳/۸	۵۳	علائق معنوی
۶/۵	۲۵	۱۹/۸	۷۶	۳۹/۸	۱۵۳	۲۴/۷	۹۵	۸/۶	۳۳	تمرکز
۵/۵	۲۱	۱۰/۲	۳۹	۲۵/۳	۹۷	۳۰/۷	۱۱۸	۲۷/۳	۱۰۵	شکل ظاهری بدن
۴/۹	۱۹	۹/۴	۳۶	۳۸/۸	۱۴۹	۲۶/۸	۱۰۳	۱۹/۰	۷۳	رضایت از خود
۲۳/۷	۹۱	۲۱/۱	۸۱	۲۵/۵	۹۸	۲۳/۴	۹۰	۵/۷	۲۲	عواطف منفی
۱۰/۹	۴۲	۲۴/۰	۹۲	۳۹/۱	۱۵۰	۱۹/۰	۷۳	۶/۳	۲۴	کیفیت زندگی
۳/۱	۱۲	۱۳/۵	۵۲	۲۹/۲	۱۱۲	۳/۵	۱۱۷	۲۳/۷	۹۱	وضعیت سلامتی
۵/۷		۲۱/۷		۲۲/۷		۳۹/۳		۱۰/۶		کیفیت زندگی

منبع: مطالعات میدانی

چنانچه دوسطح بالاتر از سطح متوسط (مطلوب و بسیار مطلوب) را به عنوان رضایت از ابعاد کیفیت زندگی و دوسطح پایین‌تر از سطح متوسط (نامطلوب و بسیار نامطلوب) را به عنوان نارضایتی از ابعاد کیفیت زندگی در نظر بگیریم؛ بر این اساس، نامطلوب‌ترین زیرمؤلفه‌ها که کمترین رضایتمندی ساکنان را به خود اختصاص داده‌اند، به ترتیب عبارتند از: امکانات تفریحی (با ۷۹/۶۰ درصد)، عواطف مثبت (با ۵۰/۰۰ درصد)،

تأمین مالی (با ۴۹/۳۰ درصد) و عواطف منفی (با ۴۴/۸۰ درصد) و مطلوب‌ترین زیرمؤلفه‌ها به ترتیب درمان طبی (با ۶۱/۹۰ درصد)، درد جسمانی (با ۵۹/۱۰ درصد)، شکل ظاهری بدن (با ۵۸/۰۰ درصد) و رضایت از خود (با ۴۵/۸۰ درصد) است.

۳-۲- بررسی رابطه بین ویژگی‌های اجتماعی- فرهنگی پاسخگویان با مؤلفه‌های کیفیت زندگی

دانستن اینکه کدام یک از خصوصیات پاسخگویان تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی ساکنان روستا- شهر اصلاندوز دارند، مهم است زیرا بر اساس مطالعات لی (۲۰۰۸)، متغیرهای فردی مستقل می‌تواند بر میزان رضایتمندی از شاخص کیفیت زندگی ذهنی شهروندان از محیط تأثیر گذارد (لی، ۲۰۰۸: ۱۲۰۵)، همچنین درک کیفیت محیط زندگی از فردی به فرد دیگر در یک محیط یکسان، متفاوت است (پال، ۲۰۰۵: ۳۲). بنابراین مقایسه‌ی امتیاز میانگین کیفیت ذهنی زندگی پاسخگویان در طبقات مختلف محاسبه شده است.

به منظور بررسی و آزمون رابطه‌ی بین متغیرهای مستقل دو عامله (جنس و سلامتی) با مؤلفه‌های کیفیت زندگی و مقایسه‌ی امتیاز میانگین کیفیت ذهنی زندگی پاسخگویان در متغیرها دوگروهی از آزمون T مستقل و برای تحلیل رابطه بین متغیرهای چندعامله (سن، تحصیلات و وضعیت تأهل) با مؤلفه‌ها و شاخص کلی کیفیت زندگی از تحلیل واریانس یک طرفه^۳ استفاده گردید، بنابراین در ادامه به تحلیل و بررسی رابطه‌ی هر یک از متغیرهای مستقل (جنس، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و گروه سلامتی) با مؤلفه‌های چهارگانه و شاخص کلی کیفیت زندگی پرداخته می‌شود:

همان طور که در جدول شماره‌ی ۵ نیز مشاهده می‌شود، خطای آلفای (Sig) آزمون تی حاصل از بررسی رابطه‌ی بین متغیر جنس با مؤلفه‌های چهارگانه کیفیت زندگی و شاخص کلی کیفیت زندگی بیشتر از خطای آلفای قابل قبول یعنی ۰/۰۵ است و این نشان از آن دارد که رابطه‌ی معناداری بین متغیر جنس با متغیرهای وابسته مذکور وجود

1- Lee

2- Pal

3- One Way ANOVA

ندارد؛ به بیان دیگر سطح رضایتمندی مردان و زنان از مؤلفه‌ها و شاخص کلی کیفیت زندگی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد. درباره‌ی متغیر سلامتی دو رابطه‌ی معنادار مشاهده می‌گردد که مربوط به مؤلفه‌های سلامت جسمانی با درجه معناداری ۰/۰۰۰ و سلامت محیطی با درجه معناداری ۰/۰۵ می‌شود و این بدان معناست که سطح رضایتمندی انسان‌هایی که از سلامت جسمانی برخوردارند، از نظر متغیرهای معرف مؤلفه‌های سلامت جسمانی و سلامت محیط، تفاوت معناداری با سطح رضایتمندی شهروندان مریض احوال، از متغیرهای مذکور دارد.

جدول ۵: آزمون رابطه‌ی بین مؤلفه‌ها و شاخص کلی کیفیت زندگی با متغیرهای مستقل دو عامله

(جنس و سلامتی)

سلامتی			جنس			متغیر مستقل	مؤلفه کیفیت زندگی
معناداری	F	Sig	معناداری	F	Sig		
دارد	۰/۱۸۰	۰/۰۰۰	ندارد	۱/۳۰۰	۰/۵۶۳	سلامت جسمانی	
ندارد	۲/۵۹۸	۰/۳۹۸	ندارد	۰/۲۶۴	۰/۹۵۴	سلامت اجتماعی	
دارد	۰/۵۴۰	۰/۰۵	ندارد	۰/۰۹۲	۰/۲۳۴	سلامت محیطی	
ندارد	۰/۰۰۸	۰/۲۶۰	ندارد	۳/۳۹۵	۰/۶۸۴	سلامت روانی	
ندارد	۰/۱۲۰	۰/۳۱۴	ندارد	۰/۱۱۲	۰/۷۰۷	کیفیت زندگی کلی	

منبع: مطالعات میدانی

همان طور که پیشتر نیز ذکر گردید، به منظور تحلیل رابطه بین متغیرهای چند عامله (سن، تحصیلات و وضعیت تأهل) با مؤلفه‌ها و شاخص کلی کیفیت زندگی از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده گردید؛ نتایج حاصل از این تحلیل نشان می‌دهد که با توجه به خطای آلفای (sig) حاصل از آزمون، متغیرهای چند عامله‌ی سن و تحصیلات همانند متغیر جنس، هیچ رابطه‌ی معناداری با هیچ یک از مؤلفه‌های شاخص کیفیت زندگی ندارد. اما متغیر مستقل تأهل همانند متغیر وضعیت سلامتی با دو متغیر سلامت جسمانی و سلامت محیطی به ترتیب با درجه‌ی معناداری ۰/۰۴۲ و ۰/۰۰۲ است.

جدول ۶: آزمون رابطه بین مؤلفه‌ها و شاخص کلی کیفیت زندگی با متغیرهای مستقل چند عامله

(سن، تحصیلات و وضعیت تأهل)

وضعیت تأهل			تحصیلات			سن			متغیر مستقل مؤلفه کیفیت زندگی
معناداری	F	Sig	معناداری	F	Sig	معناداری	F	Sig	
دارد	۲/۷۵۳	۰/۰۴۲	ندارد	۲/۴۰۹	۰/۰۶۷	ندارد	۱/۴۴۰	۰/۲۰۹	سلامت جسمانی
ندارد	۱/۲۴۳	۰/۲۹۴	ندارد	۲/۲۷۲	۰/۰۸۰	ندارد	۰/۸۶۶	۰/۵۰۴	سلامت اجتماعی
دارد	۵/۱۲۱	۰/۰۰۲	ندارد	۰/۸۹۷	۰/۴۴۳	ندارد	۱/۸۴۳	۰/۱۰۴	سلامت محیطی
ندارد	۰/۶۸۹	۰/۵۵۹	ندارد	۱/۹۶۱	۰/۱۱۹	ندارد	۰/۲۲۳	۰/۹۵۳	سلامت روانی
ندارد	۱/۴۰۹	۰/۲۴۰	ندارد	۲/۲۵۲	۰/۰۵۷	ندارد	۰/۳۴۱	۰/۸۸۸	کیفیت زندگی کلی

منبع: مطالعات میدانی

به منظور بررسی دقیق‌تر، رابطه‌ی متغیرهای مستقل اجتماعی- فرهنگی با کلیه‌ی زیرمؤلفه‌های معرف شاخص کیفیت زندگی مورد آزمون قرار گرفت، نتایج حاصل از آزمون‌های تی مستقل (برای متغیرهای مستقل دو عامله) و تحلیل واریانس (برای متغیرهای مستقل چند عامله)، بین متغیر جنسیت و پنج زیرمؤلفه‌ی وضعیت رفت و آمد، درد جسمانی، ظرفیت کاری، عواطف مثبت و رضایت از خود، رابطه‌ی معناداری وجود دارد. در رابطه با متغیر سلامتی نیز پنج رابطه‌ی معنادار بین متغیر مذکور و زیرمؤلفه‌های تأمین مالی، امکانات تفریحی، درد جسمانی، درمان طبی و عواطف منفی مشاهده می‌شود. بین متغیر مستقل چندعامله‌ی سن و زیرمؤلفه‌های خدمات، روابط شخصی، حمایت اجتماعی، تحرک و چابکی و شکل ظاهری بدن رابطه‌ی معناداری وجود دارد. کمترین تعداد روابط معنادار بین متغیر مستقل و زیرمؤلفه‌های موجود مربوط به معناداری روابط بین متغیر تحصیلات با سه زیرمؤلفه‌ی روابط شخصی، تحرک و چابکی و شکل ظاهری بدن است. همچنین بیشترین میزان روابط معنادار مربوط به متغیر مستقل تأهل و هفت زیرمؤلفه‌ی امنیت، تأمین مالی، دسترسی به اطلاعات، روابط جنسی، حمایت اجتماعی، درد جسمانی و بالاخره علائق معنوی است.

جدول ۷: آزمون رابطه بین زیرمؤلفه‌های کیفیت زندگی با متغیرهای مستقل پژوهش (ویژگی‌های

اجتماعی- فرهنگی پاسخگویان)

بر اساس آزمون تحلیل واریانس						T-Test بر اساس آزمون				سطوح کیفیت زندگی ابعاد کیفیت زندگی
وضعیت تأهل		تحصیلات		سن		سلامتی		جنس		
معناداری	Sig	معناداری	Sig	معناداری	Sig	معناداری	Sig	معناداری	Sig	
دارد	۰/۰۰۳	ندارد	۰/۲۷۱	ندارد	۰/۳۷۹	ندارد	۰/۲۷۱	ندارد	۰/۱۹۸	امنیت

تحلیل و ارزیابی کیفیت زندگی ساکنان در روستا - شهرها / ۱۹

بر اساس آزمون تحلیل واریانس				T-Test بر اساس آزمون				سطوح کیفیت زندگی	
وضعیت تأهل		تحصیلات		سن		سلامتی		جنس	
معناداری	Sig	معناداری	Sig	معناداری	Sig	معناداری	Sig	معناداری	Sig
ندارد	۰/۰۶۳	ندارد	۰/۳۸۲	ندارد	۰/۶۶۳	ندارد	۰/۱۸۴	ندارد	۰/۳۰۵
دارد	۰/۰۱۵	ندارد	۰/۰۹۹	ندارد	۰/۳۵۷	دارد	۰/۰۳۴	ندارد	۰/۳۷۰
دارد	۰/۰۴۹	ندارد	۰/۴۲۳	ندارد	۰/۷۶۱	ندارد	۰/۳۷۱	ندارد	۰/۶۸۹
ندارد	۰/۱۸۰	ندارد	۰/۷۵۲	ندارد	۰/۲۴۶	دارد	۰/۰۳۸	ندارد	۰/۷۰۹
ندارد	۰/۹۲۱	ندارد	۰/۲۰۹	ندارد	۰/۳۳۷	ندارد	۰/۴۴۸	ندارد	۰/۸۸۲
ندارد	۰/۰۵۷	ندارد	۰/۲۰۸	دارد	۰/۰۱۳	ندارد	۰/۱۵۶	ندارد	۰/۷۵۲
ندارد	۰/۴۹۱	ندارد	۰/۵۹۷	ندارد	۰/۵۱۲	ندارد	۰/۴۰۵	دارد	۰/۰۳۳
ندارد	۰/۲۵۸	دارد	۰/۰۰۱	دارد	۰/۰۱۳	ندارد	۰/۰۶۸	ندارد	۰/۳۵۱
دارد	۰/۰۰۰	ندارد	۰/۳۴۶	ندارد	۰/۴۳۹	ندارد	۱/۰۰۰	ندارد	۱/۰۰۰
دارد	۰/۰۴۸	ندارد	۰/۴۴۹	دارد	۰/۰۴۹	ندارد	۰/۶۵۶	ندارد	۰/۵۱۶
ندارد	۰/۵۲۶	ندارد	۰/۳۶۰	ندارد	۰/۵۳۷	ندارد	۰/۰۸۱	ندارد	۰/۳۹۲
دارد	۰/۰۳۸	ندارد	۰/۴۴۳	ندارد	۰/۷۱۵	دارد	۰/۰۰۰	دارد	۰/۰۰۶
ندارد	۰/۱۱۱	ندارد	۰/۱۳۲	ندارد	۰/۳۹۸	دارد	۰/۰۰۱	ندارد	۰/۱۹۷
ندارد	۰/۰۶۵	دارد	۰/۰۴۷	دارد	۰/۰۳۴	ندارد	۰/۱۲۱	ندارد	۰/۰۶۳
ندارد	۰/۰۸۳۹	ندارد	۰/۵۹۲	ندارد	۰/۹۹۳	ندارد	۰/۱۲۵	ندارد	۰/۴۵۴
ندارد	۰/۳۹۹	ندارد	۰/۰۶۳	ندارد	۰/۰۶۲	ندارد	۰/۵۷۹	ندارد	۰/۵۶۸
ندارد	۰/۶۶۵	ندارد	۰/۱۳۱	ندارد	۰/۰۶۰	ندارد	۰/۹۴۱	دارد	۰/۰۱۹
ندارد	۰/۷۹۲	دارد	۰/۰۱۴	ندارد	۰/۷۴۰	ندارد	۰/۱۳۰	دارد	۰/۰۲۹
دارد	۰/۰۰۷	ندارد	۰/۲۰۳	ندارد	۰/۳۰۴	ندارد	۰/۱۲۱	ندارد	۰/۹۸۹
ندارد	۰/۶۱۱	دارد	۰/۰۲۲	ندارد	۰/۹۴۷	ندارد	۰/۸۷۷	ندارد	۰/۱۱۳
ندارد	۰/۴۷۴	دارد	۰/۰۰۱	دارد	۰/۰۴۰	ندارد	۰/۳۳۸	ندارد	۰/۸۳۶
ندارد	۰/۲۰۲	دارد	۰/۰۲۰	ندارد	۰/۴۲۵	ندارد	۰/۴۸۱	دارد	۰/۰۴۵
ندارد	۰/۶۱۰	ندارد	۰/۵۱۴	ندارد	۰/۲۱۷	دارد	۰/۰۰۸	ندارد	۰/۲۲۳
ندارد	۰/۶۳۰	ندارد	۰/۲۰۴	ندارد	۰/۹۱۴	ندارد	۰/۷۴۴	ندارد	۰/۳۴۰
ندارد	۰/۲۵۳	دارد	۰/۰۰۰	ندارد	۰/۳۶۲	ندارد	۰/۲۰۲	ندارد	۰/۱۴۱

منبع: مطالعات میدانی

۳-۳- بررسی رابطه و همبستگی مابین مؤلفه‌های بررسی شده از شاخص کیفیت زندگی

برای بررسی کیفیت رابطه‌ی موجود بین مؤلفه‌های بررسی شده از شاخص کیفیت

زندگی در روستا- شهر اصلاندوز از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. این ضریب شدت رابطه و نوع رابطه (مستقیم یا معکوس) بین دو متغیر را نشان می‌دهد و مقدار آن بین ۱ تا -۱ متغیر است. ضریب همبستگی پیرسون، روشی پارامتری است و برای داده‌های با توزیع نرمال و تعداد داده‌های زیاد استفاده می‌گردد (مومنی و فعال قیومی، ۱۳۸۹: ۱۱۰). با توجه به اینکه از میانگین سنجه‌های مربوط به هریک از مؤلفه‌های چهارگانه شاخص کیفیت زندگی برای آزمون استفاده می‌گردد، بنابراین داده‌های مورد استفاده کمی محسوب شده، توزیع داده‌ها نیز طبیعی بوده و تعداد آنها نیز زیاد است (۳۸۴ مورد) در نتیجه ضریب همبستگی پیرسون برای سنجش رابطه‌ی مؤلفه‌های مورد بررسی، آزمون مناسبی خواهد بود. جدول شماره‌ی ۸ نشان‌دهنده‌ی سطح و میزان همبستگی^۱ بین مؤلفه‌های اصلی کیفیت زندگی با یکدیگر است. همان‌گونه که در این جدول نیز مشاهده می‌گردد، نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که مابین هر چهار مؤلفه‌ی بررسی شده، از یک سو و مابین شاخص کلی کیفیت زندگی با هر یک از مؤلفه‌های چهارگانه این شاخص، از سوی دیگر، در سطح اطمینان بالای ۹۹ درصد و با خطای آلفای کمتر از ۰/۰۱، رابطه‌ی همبستگی مثبت (مستقیم) معناداری وجود دارد. یعنی افزایش میزان رضایتمندی از مؤلفه‌های بررسی شده، همسو و هم‌جهت با افزایش رضایتمندی در مؤلفه‌های دیگر است. بر اساس نتایج به دست آمده بیشترین همبستگی بین شاخص کلی کیفیت زندگی و مؤلفه‌ی سلامت روانی با ضریب ۰/۷۱۵ و کمترین همبستگی بین مؤلفه‌های سلامت محیطی و سلامت اجتماعی با ضریب ۰/۳۸۹ است.

جدول ۸: ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی ساکنان روستا- شهر اصلاندوز

سلامت محیطی	سلامت اجتماعی	سلامت روانی	سلامت جسمانی	کیفیت زندگی	متغیر
-------------	---------------	-------------	--------------	-------------	-------

1- Correlation

۰/۵۱۲	۰/۴۲۳	۰/۷۱۵	۰/۶۵۲	۱	ضریب همبستگی	کیفیت زندگی
۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰		Sig	
۰/۴۲۹	۰/۴۱۴	۰/۶۰۴	۱		ضریب همبستگی	سلامت جسمانی
۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰			Sig	
۰/۴۶۴	۰/۴۷۲	۱			ضریب همبستگی	سلامت روانی
۰/۰۰	۰/۰۰				Sig	
۰/۳۸۹	۱				ضریب همبستگی	سلامت اجتماعی
۰/۰۰					Sig	
۱					ضریب همبستگی	سلامت محیطی
					Sig	

منبع: مطالعات میدانی

۳-۴- بررسی میزان اثرگذار هریک از ابعاد بررسی شده در تبیین میزان رضایتمندی از کیفیت زندگی

برای بررسی میزان اثرگذاری ابعاد بررسی شده‌ی شاخص کیفیت زندگی در رضایتمندی نهایی پرسش‌شوندگان از کیفیت زندگی ایشان در روستا- شهر اصلاندوز از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی خطی بهره گرفته شد. تحلیل رگرسیون از روش‌های پرکاربرد در مطالعات اجتماعی- اقتصادی است. این روش رابطه‌ی تنگاتنگی با ضریب همبستگی دارد؛ بدین معنا که برای انجام رگرسیون، باید ضریب همبستگی محاسبه شود. اگر میان متغیرها همبستگی وجود داشت، تنها در این صورت است که می‌توان از تحلیل رگرسیون استفاده کرد (کلانتری، ۱۳۸۵: ۱۶۹). در رگرسیون به دنبال برآورد رابطه‌ای ریاضی و تحلیل آن هستیم به طوری که بتوان به کمک آن کمیت یک متغیر مجهول را با استفاده از متغیر یا متغیرهای معلوم تعیین کرد (مومنی و فعال قیومی، ۱۳۸۹: ۱۱۹). همان‌طور که در جدول ۸ ملاحظه گردید، مابین میزان رضایتمندی از شاخص کلی کیفیت زندگی در منطقه‌ی مورد مطالعه با همه‌ی مؤلفه‌های بررسی شده این شاخص، در سطح اطمینان بالای ۹۹ درصد رابطه‌ی همبستگی مستقیم معناداری وجود داشت و این بدین معناست که می‌توان از تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی میزان اثرگذاری هر یک از ابعاد بررسی شده در رضایتمندی

نهایی از کیفیت زندگی در روستا- شهر اصلاندوز استفاده کرد. در واقع ضریب همبستگی، میزان همبستگی دو متغیر را با هم بررسی می‌کند اما رگرسیون به دنبال پیش‌بینی است. شیوه‌ی کار در رگرسیون به این صورت است که ابتدا معناداری کل مدل رگرسیون مورد آزمون قرار گیرد که این کار توسط جدول تحلیل واریانس (ANOVA) صورت می‌گیرد. سپس باید معناداری تک تک ضرایب متغیرهای مستقل بررسی گردد که این کار نیز با استفاده از جدول ضرایب انجام می‌پذیرد. همان گونه که در جدول تحلیل واریانس مدل رگرسیونی (تصویر شماره ۹) مشخص است میزان خطای آلفای (Sig) تحلیل واریانس مدل رگرسیونی کمتر از میزان خطای قابل قبول (۰/۰۵) و برابر با ۰/۰۰۰ است و این نشان از آن دارد که بین میزان رضایت از مؤلفه‌های چهارگانه شاخص کیفیت زندگی و رضایتمندی از شاخص کلی کیفیت زندگی در روستا- شهر اصلاندوز در سطح اطمینان بالای ۹۹ درصد رابطه‌ی معناداری وجود دارد. مطالعات نشان می‌دهد که میزان همبستگی کلی بین مؤلفه‌های مستقل مورد بررسی با رضایتمندی از شاخص کلی کیفیت زندگی، برابر با ۰/۷۷۱ است که یک همبستگی مستقیم قوی به شمار می‌آید. ابعاد چهارگانه‌ی بررسی شده به عنوان متغیرهای مستقل، مجموعاً توان تبیین ۵۹/۴ درصد از تغییرات (واریانس) شاخص کلی رضایتمندی از کیفیت زندگی را دارا هستند و حدود ۴۰,۶ درصد از تغییرات این شاخص توسط عوامل ناشناخته دیگر تبیین می‌گردد.

جدول ۹: تحلیل واریانس مدل رگرسیونی بین میزان رضایت از کیفیت زندگی و مؤلفه‌های چهارگانه

این شاخص

	مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F مقدار	Sig
۱	اثر رگرسیونی	۱۸۱/۶۸۵	۴	۴۵/۴۲۱	۱۳۸/۷۹۶	۰/۰۰۰
	باقی مانده	۱۲۴/۰۲۸	۳۷۹	۰/۳۲۷	-	-
	کل	۳۰۵/۷۱۳	۳۸۳	-	-	-

میزان قدرت مؤلفه‌های چهارگانه‌ی بررسی شده در تبیین رضایتمندی از شاخص کلی کیفیت زندگی یکسان نیست و همان گونه که ضریب استاندارد شده‌ی بتا و میزان خطای آلفای (Sig) آزمون نشان می‌دهند، بین مؤلفه‌های سلامت محیطی، سلامت اجتماعی و سلامت روانی با رضایتمندی از کیفیت زندگی رابطه‌ی مستقیم معناداری وجود دارد. در

بین این مؤلفه‌ها، فاکتور سلامت روانی با ضریب ۰/۴۶۴ اثرگذاری و قدرت تبیین بیشتری نسبت به بقیه‌ی فاکتورهای بررسی شده در پیش‌بینی میزان رضایتمندی از کیفیت زندگی دارد. بدین معنا که به ازای کاهش یک واحد از میزان رضایت از شاخص کلی کیفیت زندگی، ۰/۴۶۴ واحد از رضایتمندی از سلامت روانی کاسته می‌شود. ضعیف‌ترین همبستگی مشاهده شده بین مؤلفه‌ی سلامت اجتماعی با رضایتمندی از کیفیت زندگی است که یک همبستگی بسیار جزئی مستقیم است، اما از آنجا که میزان Sig به دست آمده برای این رابطه، بیشتر از میزان خطای قابل قبول یعنی ۰/۰۵ است، در نتیجه این همبستگی ضعیف مشاهده شده نیز معنادار نیست.

جدول ۱۰: آماره‌های ضرایب مدل رگرسیونی متغیرهای مستقل پژوهش

سطح معنی داری (sig)	مقدار t	ضریب استاندارد بتا	ضرایب غیراستاندارد		فاکتورهای اصلی	مدل
			خطای استاندارد	بتا		
۰,۱۶۱	-۱,۴۰۵	-	۰,۱۶۶	-۰,۲۳۳	مقدار ثابت	۱
۰,۰۰۰	۴,۵۲۵	۰,۱۷۴	۰,۰۵۶	۰,۲۵۲	سلامت محیطی	
۰,۴۴۱	۰,۷۷۱	۰,۰۳۰	۰,۰۴۲	۰,۰۳۳	سلامت اجتماعی	
۰,۰۰۰	۶,۰۷۵	۰,۲۵۸	۰,۰۵۳	۰,۳۲۱	سلامت جسمانی	
۰,۰۰۰	۱۰,۴۹۵	۰,۴۶۴	۰,۰۵۰	۰,۵۲۵	سلامت روانی	

۴- نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر سنجش سطح رضایت ساکنان روستا- شهر اصلاندوز و همچنین بررسی روابط موجود بین فاکتورهای اصلی و زیرفاکتورهای (۲۶ زیرفاکتور) پژوهش با متغیرهای فردی پژوهش (شامل جنس، سن، سلامتی، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) و نهایتاً شناسایی تأثیرگذاری فاکتورهای اصلی در کیفیت زندگی با استفاده از پرسش‌نامه‌ی سازمان بهداشت جهانی است. نتایج پژوهش شامل موارد زیر است:

۱- نتایج پژوهش نشان داد که در مجموع ۱۰/۶ درصد از ساکنان محدوده‌ی مورد مطالعه دارای کیفیت زندگی بسیار مطلوب، ۳۹/۳ درصد مطلوب، ۲۲/۷ درصد متوسط و

۲۱/۷ درصد کیفیت زندگی نامطلوب و ۵/۷ درصد بسیار نامطلوب بودند. این نتایج نشان می‌دهد که اکثر ساکنان این محدوده از زندگی خود بر اساس شاخص‌های ذهنی رضایت نسبی دارند و نزدیک به ۵۰ درصد پاسخ‌دهندگان دارای زندگی مطلوب و بسیار مطلوب هستند. میانگین نهایی کیفیت زندگی از بین ۳۸۴ پاسخ‌دهنده برابر با ۳/۱۱ بود که نشان‌دهنده رضایت نسبی ساکنان از کیفیت زندگی است. نامطلوب‌ترین زیرمؤلفه‌ها به ترتیب عبارتند از: امکانات تفریحی، عواطف منفی، عواطف مثبت و تأمین مالی و روابط جنسی و مطلوب‌ترین زیرمؤلفه‌ها نیز به ترتیب: درمان طبی، شکل ظاهری بدن، درد جسمانی، وضعیت سلامتی و رضایت از خود هستند.

۲- بررسی‌های ما نشان داد که بین مؤلفه‌های اصلی کیفیت زندگی (ابعاد سلامت اجتماعی، روانی، جسمانی و محیطی) همبستگی مستقیم وجود دارد. به این معنا که مقادیر به دست آمده از آنالیزهای صورت گرفته بین ۰ و ۱ است که این بررسی‌ها همسو با مطالعات صورت گرفته توسط کیم (۲۰۰۲)، نجات و همکاران (۲۰۰۶)، سلطانی و همکاران (۲۰۱۰) و ماتاریا و همکاران (۲۰۰۹) است. همچنین با توجه به یافته‌های این بررسی، با افزایش میزان سرمایه‌ی اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی افزوده می‌شود و این همسو با نتایج به دست آمده از مطالعات کیم (۲۰۰۲)، حریرچی و همکاران (۲۰۰۹)، سلطانی و همکاران (۲۰۱۰) و ماتاریا و همکاران (۲۰۰۹) است. بر اساس نظریه‌ی لین (۱۹۹۸) عناصر سرمایه‌ی اجتماعی، نهایتاً به نتایج مطلوبی منجر می‌شود که خود در ارتقای کیفیت زندگی نقش مستقیمی را بر عهده دارد (زاهدی اصل و فرجی، ۲۰۱۰: ۲۷) نتایج به دست آمده بیانگر آن است که کیفیت زندگی ساکنان روستا- شهر اصلاندوز از این امر مستثنا نیست.

۳- نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره خطی نشان داد که میزان رضایتمندی از هریک از متغیرهای مستقل شناسایی شده در پژوهش (مؤلفه‌های چهارگانه معرف شاخص کیفیت زندگی) همبستگی مستقیم معناداری با رضایتمندی از شاخص کلی کیفیت زندگی دارد و مؤلفه‌های مذکور در مجموع قادرند ۵۹/۴ درصد از تغییرات (واریانس) متغیر وابسته رضایتمندی از کیفیت زندگی را تبیین کنند. در این راستا مهم‌ترین عامل در میزان

رضایتمندی ساکنان منطقه روستا- شهر اصلاندوز، از کیفیت زندگی؛ فاکتور سلامت روانی (شامل زیرمؤلفه‌های عواطف مثبت، علایق معنوی، تمرکز، شکل ظاهری بدن، رضایت از خود و عواطف منفی) با ضریب تأثیر ۰,۴۶۴ است. بعد از عامل سلامت روانی، مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت محیطی و سلامت اجتماعی به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

منابع

- اسمیت، دیوید. ام. (۱۳۸۱). کیفیت زندگی، رفاه انسانی و عدالت اجتماعی، ترجمه‌ی حسین حاتمی‌نژاد و حکمت شاهی اردبیلی، اطلاعات سیاسی-اقتصادی، سال هفدهم، شماره‌ی ۱۸۶-۱۸۵.
- امینی، مهدی. (۱۳۸۵). شاخص‌های کیفیت زندگی شهروندی و نقش و وظایف دولت، هفتمین کنفرانس بین‌المللی مدیران کیفیت، مجموعه همایش‌های بین‌المللی اجلاس، تهران.
- بحرینی، سید حسین. (۱۳۷۷). فرایند طراحی شهری، انتشارات دانشگاه تهران.
- جاجرمی، کاظم. و کلتی، ابراهیم. (۱۳۸۵). سنجش وضعیت شاخص‌های کیفیت زندگی در شهر از نظر شهروندان، مطالعه‌ی موردی گنبد قابوس، مجله‌ی جغرافیا و توسعه.
- حافظ نیا، محمدرضا. (۱۳۸۷). مقدمه‌ای بر روش تحقیق در علوم انسانی، تهران: انتشارات سمت، چاپ چهاردهم.
- سیفال‌الدینی، فرانک. (۱۳۸۱). مبانی برنامه‌ریزی شهری، تهران: آبیژ.
- علی‌زاده، توحید و جابر علی‌زاده. (۱۳۹۱). ارزیابی کیفیت محیط زندگی در نواحی روستایی از دیدگاه ساکنان (مطالعه‌ی موردی: روستاهای دهستان اصلاندوز واقع در استان اردبیل)، مجله‌ی مسکن و محیط روستا، شماره‌ی ۱۴۴، صص ۵۹-۷۴.
- علی‌زاده، جابر و مسعود تقوایی. (۱۳۹۱). استراتژی‌های مدیریت بحران کاربری‌های مسکونی در روستا- شهرها (مطالعه‌ی موردی: روستا- شهر اصلاندوز، استان اردبیل)، مجله‌ی مسکن و محیط روستا، شماره‌ی ۱۳۸، صص ۸۵-۱۰۴.
- علی‌زاده، جابر، اصغر ضرابی و حمید عسگری. (۱۳۹۱). تحلیل و ارزیابی کاربری اراضی

- روستا- شهرهای کوچک با استفاده از GIS (مطالعه‌ی موردی: روستا- شهر اصلاندوز واقع در استان اردبیل)، مجله‌ی پژوهش و برنامه‌ریزی شهری، سال سوم، شماره‌ی هشتم، صص ۵۱-۷۶.
- غیاثوند، الهام. (۱۳۸۸). تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر کیفیت زندگی ساکنان محلات، فصلنامه‌ی مهندس مشاور، شماره‌ی ۴۵.
- فرجی ملایی، امین. (۱۳۸۹). تحلیلی بر مفهوم کیفیت زندگی شهری، دومین همایش علمی سراسری دانشجویی جغرافیا، دانشگاه تهران.
- کلاتری، خلیل. (۱۳۸۵). پردازش و تحلیل داده‌ها در تحقیقات اجتماعی- اقتصادی، تهران: انتشارات شریف.
- کوکبی، افشین. و پورجعفر، محمدرضا. و تقوایی، علی اکبر. (۱۳۸۴). برنامه‌ریزی کیفیت زندگی شهری در مراکز شهری، تعاریف و شاخص‌ها، سایت مرجع مدیریت شهری، شماره‌ی نوزدهم، بهار.
- مولر، جان هنری و شوسلر، کارل و کاستنر، هریرت. (۱۳۷۸). استدلال‌های آماری در جامعه‌شناسی، ترجمه‌ی هوشنگ نایی، تهران: نشر نی.
- مومنی، منصور. و فعال قیومی، علی. (۱۳۸۹). تحلیل‌های آماری با استفاده از SPSS، تهران: نشر مؤلف.
- نوغانی، محسن. و اصغرپور ماسوله، احمدرضا. و صفا، شیما و کرمانی، مهدی. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی شهروندان و رابطه‌ی آن با سرمایه‌ی اجتماعی در شهر مشهد، مجله‌ی علوم اجتماعی دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد.
- Bonomi .A.E, Patrick D.L, Bushunell D.M, Martin,M.(2000). Quality of life measurement. Will we ever be satisfied?, Jornal of Clinical Epidomology; 53: 19-23.
- Campos M.G . (2002). Quality of Life Differences between First Year Undergraduate Financial Aid and Non-Aid Recipients Unpublished Master Thesis. University of Vancouver Canada, 150-152.
- Epley, D, Menon, M. (2008). A Method of Assembling Cross-Sectional Indicators into a Community Quality of Life, Soc Indic Res, 88.
- Gioiella EC.(1995). Quality of life revisited. Nurs Sci Quart;8:97.
- Harirchi A.M, et al .(2009). How to quality of life of Citizens of Pardis New Town, Social Research Quarterly; Vol 2. No. 4: 89-110.

- [Text in Persian].
- <http://world-gazetteer.com>.
 - Kalfoss M, Halvorsrud L .(2009). Important Issues to Quality of Life Among Norwegian Older Adults: An Exploratory Study, *The Open Nursing Journal*, 3: 45-55.
 - Kim K, .(2002). The effects of tourism impacts upon quality of life of residents in the community, Thesis for taking P.H.D certificate. Virginia University, Department of Hospitality and Tourism Management.
 - Lawton MP, Moss M, Glicksman A. The quality of the last year of life of older persons. *Milbank Q*; 68(1): 1-28.
 - Lee Y.J. (2008). Subjective quality of life measurement in Taipei, *Building and Environment* 43: 1205-1215.
 - Lin, Nan (1999). Building a Network Theory of Social Capital. In, Nam Lin, Katern Cook and Ronald S. Burt, *Social Capital: Theory and Research*, New York: Aldine de Gruyter.
 - Mataria A, Giacaman Rita, Stefanini A, Naidoo N, Paul K, Somnath C. (2009). The quality of life of Palestinians living in chronic conflict: assessment and determinants. ©Springer- Verlag , *Eur J Health Econ*. 10: 93-101.
 - Nejat, S etal. (2006). Validation and Normalization World Health Organization Quality of Life Questionnaire. *Scientific Journal of Public Health School and Institute of Public Health Research*. 4(4): 1-1 [Text in Persian]
 - Nillson,J. et al. (2006). Social capital and Quality of Life in the Old Age, *Journal of aging and Health*, Vol. 18, No. 3, pp 419-434.
 - Norman, C. Dalkey with Daniel, L. Rourke, Ralpa, Lewis, David snyder (1972). *Studies in the quality of life: Delphi and Decision-Making*, Toronto and London.
 - Pacione, M. (2003). Urban environmental quality and Human Wellbeing a Social Geographical Perspective, *Journal of Landscape and Urban Planning*, Vol. 65, No. 2.
 - Pal, A. K., Kumar, U. C. (2005). Quality of life concept for the evaluation of societal development of rural community in west bangal, *India , Rural Development*, vol.xv, no 2.
 - Park JE, Park K(2002). *Park's textbook of preventive and social medicine*. 17th ed. India: Banarsidas Bhanot.
 - Santos L, Martins I .(2007). Monitoring Urban Quality of Life: The Porto experience, *social Indicators research*, 80.
 - Soltani R, et al .(2010). Assessment of Quality of Life of Students of Guilan University, *Journal of medical Sciences of Guilan*, 19. No 75: 25-35. [Text in Persian]

- Statistical Centre of Iran(2007). Statistical year book of Iran in 2006. Tehran: Publication of Statistical Centre of Iran.
- The WHOQOL Group.(1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res; 2: 153-9.
- UNFPA .(2007). Unleashing the Potential of Urban Growth, State of world population 2007.
- World health Organization. (1999). Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life Assessment Instrument – WHOQOL, Department of Mental Health.
- Yaghobi H.(1998). Survey the Mental Health of Guilan Medical Sciences University. Journal of Guilan Medical Sciences University; (27-28): 41-478. [Text in Persian]
- Zahedi asl M, Farrokhi J .(2010). Evaluation of The relationship rate between social capital and quality of life of heads of households living in Tehran, Quarterly of Social Sciences, No.19: 1-29. [Text in Persian].