

شناختی عوامل مؤثر بر توسعه کیفیت زندگی زنان

دکتر احمد بخارایی^۱ و محمدحسن شربتیان^۲

تاریخ وصول: ۹۳/۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۱

چکیده:

امروزه در ارتباط با موضوع توسعه اجتماعی و فرهنگی، مسئله کیفیت زندگی و میزان رضایت افراد از ابعاد و جنبه‌های مختلف‌شان اهمیت فراوانی یافته است. توسعه اجتماعی از یک طرف میزان رفاه و برخورداری افراد را بالا می‌برد از سوی دیگر نقش بارزی در ارتقاء سطح زندگی شهروندان دارد. هدف از این پژوهش بررسی تأثیر برخی عوامل اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان بر اساس پرسشنامه‌ی سازمان جهانی بهداشت در شهر مشهد می‌باشد. پژوهش حاضر در سال ۱۳۹۳ بر اساس روش پیمایشی در بین زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله‌ی کلان‌شهر مشهد با توجه به حجم نمونه ۳۹۱ نفر بر اساس فرمول کوکران و نمونه‌گیری تصادفی ساده و خوشه‌ای در مناطق شهری مشهد به انجام رسیده است. آلفای کرونباخ (۰/۷۰) می‌باشد. این تحقیق با توجه به تحقیقات انجام شده در این زمینه شاخص سلامت همگانی زنان کلان‌شهر مشهد بیشترین اهمیت را داشته، مشکلات روحی بیشترین دغدغه‌ی زنان بوده و متناسبانه میانگین مقیاس‌های مربوطه از حد متوسط پایین بوده است. نتایج آزمون همبستگی نشان داد که بین کیفیت زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی (۰/۵۴)، پایگاه اجتماعی (۰/۵۳)، سن (۰/۵۱)، وضعیت تأهل (۰/۴۰)، سطح تحصیلات (۰/۳۲)، وضعیت اشتغال (۰/۲۵) به ترتیب بیشترین اثر را بر کیفیت زندگی زنان جامعه‌ی مورد مطالعه دارد. بر این اساس تشویق به مشارکت اجتماعی، ارائه‌ی تسهیلات سلامت عمومی، روانی و اجتماعی، گسترش خدمات مشاوره‌ای، توانمندسازی خلاقیت‌ها، حمایت و ترویج کارگاه‌های خوداشتغالی خانگی، تشویق به تحصیلات عالی، ارتقاء شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی و امنیت اجتماعی، افزایش سرانه‌ی فضاهای فراغتی و ... را مورد برنامه‌ریزی قرار دهند.

مفاهیم کلیدی: توسعه، رفاه اجتماعی، زنان، سرمایه‌ی اجتماعی، کیفیت زندگی، مشهد

^۱ استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور bokharaei_ah@yahoo.com

^۲ دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی و عضو هیئت علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور (نویسنده‌ی مسئول) sharbatian@pnu.ac.ir

مقدمه و بیان مسأله

در دهه‌های اخیر بحث کیفیت زندگی گروه‌های اجتماعی در ایران مورد توجه قرار گرفته است. دلیل این امر را می‌توان در ضرورت اندازه‌گیری میزان شاخص‌های توسعه‌ی اجتماعی و رفاه شهروندان جامعه در نظر داشت.

اصطلاح کیفیت زندگی برای اولین بار توسط پیگو^۱ مطرح شد و به مرور محققان طی سال‌های متمادی به مطالعه‌ی ابعاد مختلف کیفیت زندگی گروه‌های اجتماعی از جمله زنان پرداختند، چنانچه که سازمان جهانی بهداشت با توجه به تعریف سلامتی در سال ۱۹۴۸ « مبنی بر ابعاد وسیع آن به شکل رفاه کامل فیزیکی، روحی و اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری، لازم است اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز باید توجه کرد » (فایرس^۲، ۲۰۰۰:۷۲).

با این حال، امروزه مفهوم کیفیت زندگی به یکی از مهم‌ترین مفاهیم رشته‌های علوم اجتماعی و انسانی تبدیل شده است و در مباحث مربوط به توسعه‌ی اجتماعی فرهنگی مخصوصاً توسعه‌ی پایدار بسیار مورد توجه قرار گرفته است. گسترش بی‌رویه‌ی شهرنشینی و ایجاد مشکلاتی مانند شلوغی و ازدحام، صنعت‌گرایی بسیاری از کشورها و به وجود آمدن مسائلی مانند تحلیل رفتن یا حتی تخریب منابع طبیعی و همچنین تشدید مسائل زیست‌محیطی، بسیاری از دولت‌های کشورهای جهان در حال توسعه را بر آن داشته که توجهی بیشتری به مسئله‌ی کیفیت زندگی شهروندان خود داشته باشند.

در ارتباط با معنای کیفیت زندگی تعاریف متعددی ارائه شده است. برخی آن را توانایی افراد برای اداره‌ی زندگی از دید خود می‌دانند (ویر^۳، ۱۹۹۸: ۹۰۸). دونالد کیفیت زندگی را به سلامت و ارتقاء عاطفی، اجتماعی و جسمانی افراد و توانمندی آن‌ها برای انجام وظایف محوله شده در زندگی روزمره مرتبط دانسته است (دونالد^۴، ۲۰۰۱). در تعریفی که *Viver* ارائه داده و مورد قبول محققان و صاحب‌نظران دانشگاهی می‌باشد کیفیت زندگی عبارت است از « برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضع دانسته است (کینگ^۵، ۲۰۰۸)؛ همچنین کیفیت زندگی بعنوان شاخصی از احساس فرد نسبت به سلامت، رضایت یا نارضایتی از زندگی، نشاط یا

^۱ Pigou

^۲ Fayers

^۳ Ware

^۴ Donald

^۵ King

ناخشنودی و ناامنی و نظایر آن تعریف شده است (دالکی^۱، ۱۹۷۲: ۲۵۲؛ به نقل از بیات و همکاران، ۱۳۹۰: ۵۷۷).

کیفیت زندگی معمولاً از طریق ارزیابی شاخص‌های رفاه ذهنی حاصل از سنجش ادراک میزان رضایت شهروندان از زندگی و از طریق پیمایش شاخص‌های عینی رفاه زندگی، حاصل می‌گردد؛ همچنین این مفهوم مرتبط با نیازهای بشری است. «بنابراین اگر چه مفهوم کیفیت زندگی چند بُعدی است اما باید بعنوان یک کل در نظر گرفته شود، حاکمیت و افراد هر جامعه‌ای برای برآوردن نیازهای کلی خود و بهینه‌سازی این نیازها باید سعی کنند، اقدامات و تدابیری را پایه‌گذاری نمایند، تا بتوانند گام مؤثری در عرصه‌ی توسعه‌ی پایدار زندگی بالاخص در بعد اجتماعی آن بردارند» (رویو و همکاران^۲، ۲۰۰۵: ۲۷).

بهره‌مندی از شاخص‌های اجتماعی (کمی و کیفی) کیفیت زندگی و عوامل بسط آن در جهت توسعه‌ی پایدار جامعه از مهم‌ترین ضرورت‌ها و توانمندی‌های خدمات رفاهی در هر جامعه‌ای است که بکارگیری این شاخص رفاهی «در واقع واکنشی است در برابر توسعه‌ی تک‌بُعدی (اقتصادی) در سطح ملی و توسعه صرفاً کالبدی در مقیاس شهری، و تلاشی است در جهت دستیابی به معیارهای جامع‌تر و چند بُعدی در عرصه‌ی برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و فرهنگی پایدار جامعه بالاخص محلات و مناطق شهری خواهد بود» (امینی، ۱۳۸۵: ۳۹). بر این اساس سیاست‌گذاری در حوزه‌ی ارتقاء همه‌جانبه‌ی زندگی شهروندان از جمله زنان بالاخص در کلان‌شهرهای جامعه‌ی ایران و پیمودن گام‌های مؤثر برنامه‌ریزی اجتماعی و تدابیر فرهنگی در هر جامعه‌ای معطوف به سنجش و پیمایش مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن می‌باشد.

کشور ایران نیز در چند دهه‌ی گذشته درگیر تلاش‌های جدی در مسیر توسعه بوده و در این راستا به میزانی از توسعه‌ی اجتماعی و فرهنگی دست یافته (جلایی‌پور، ۱۳۸۹: ۳۰)؛ و شهرنشینی نیز در این دوران در ایران بسیار رشد کرده است به صورتی که تعداد افراد ساکن شهرها در ایران در طول چهار دهه‌ی گذشته بیش از هفت برابر شده و از اندکی کمتر از ۶ میلیون نفر در سال ۱۳۳۵ به بیش از ۴۲ میلیون نفر در سال ۱۳۸۰ رسیده است در حالیکه در همین مدت، جمعیت ایران سه برابر شده است (ربانی، ۱۳۸۵: ۲۱۸؛ خاکپور و پیری، ۱۳۸۴: ۱۸). این مسائل مانند همین روند در کشورهای دیگر باعث به وجود آمدن مشکلات فراوان اجتماعی و زیست‌محیطی شده که می‌توانند بر

¹ Dalkey

² Royu & et la

کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی بگذارند؛ به همین دلیل توجه به کیفیت زندگی در ایران نیز در یکی دو دهه‌ی گذشته بیشتر شده است.

مفهوم کیفیت زندگی از موضوعات دیرینه‌ی جامعه‌شناسی بالاخص در حوزه‌ی جامعه‌شناسی توسعه است و تحقیقات بسیاری در این زمینه صورت گرفته است ولی تا چندی قبل اکثر این تحقیقات تنها بر جنبه‌های مادی و بیرونی کیفیت زندگی تأکید داشتند و شاخص‌های کلان مانند میزان فقر در جامعه، نرخ شیوع بیماری‌ها و یا خودکشی را مورد مطالعه قرار می‌دادند. اخیراً با توجه به مباحثی مانند بالا رفتن انتظارات مردم و در نتیجه نارضایتی آن‌ها از برخی جنبه‌های زندگی خود، کیفیت زندگی مخصوصاً از بعد ذهنی آن نیز بسیار مورد توجه قرار گرفته است. با این وجود، بیشتر تحقیقاتی که صورت گرفته است همه‌ی شهروندان یک شهر و یا قشر جوان مثلاً دانشجویان را مد نظر قرار داده است. از طرف دیگر با توجه به این که زنان نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند و تغییرات کیفیت زندگی آنان می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای بر جامعه داشته باشد توجه‌ی چندانی به مسئله‌ی جنسیت در این حوزه نشده است، احتمالاً به این دلیل که فرض شده عوامل اقتصادی و یا اجتماعی به گونه‌ای یکسان بر مردان و زنان تأثیر می‌گذارند (گروسی و نقوی، ۱۳۸۷؛ نوغانی و همکاران، ۱۳۸۷)؛ اما بنا بر ادعای جورج ریتزر (۲۰۱۱: ۴۶۲) نتایج بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از آن است که زنان از نظر نحوه‌ی انگیزه‌دار شدن، خلاقیت ادبی، شیوه‌ی ارزیابی و قضاوت کردن و بسیاری مسائل دیگر، با مردان متفاوت هستند. در ایران نیز نتایج برخی پژوهش‌ها درباره‌ی موضوعاتی که به گونه‌ای با کیفیت زندگی مربوط می‌شوند مانند احساس امنیت در اماکن عمومی (عریضی و همکاران، ۱۳۹۱؛ شهداد خواجه عسکری و زنجانی‌زاده، ۱۳۷۸). سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌های آن (سفیری و صدفی، ۱۳۹۱)، مدیریت بدن (آزادارمکی و چاوشیان، ۱۳۸۱: ۶۷)، رضایت شغلی (زارع شاه‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۸۸-۱۶۵؛ حقیقتیان و مرادی، ۱۳۹۰)، بهداشت روانی (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۴)، تعهد روانی به سازمان (گل‌پرور و جوادیان، ۱۳۹۰)، نفوذپذیری در خرید (رنجبریان، ۱۳۹۰: ۱۳۲-۱۰۵) نشان‌دهنده‌ی برخی تفاوت‌ها بین زنان و مردان هستند. علاوه بر این باید اذعان نمود که خانواده‌ی ایرانی در چند دهه‌ی گذشته تغییرات اساسی چندانی را به خود دیده است به صورتی که میانگین تعداد فرزندان خانواده‌ها کاهش یافته، مشارکت زنان در کسب آموزش و از جمله آموزش عالی و همچنین مشارکت اجتماعی و سیاسی آنها نیز بسیار افزایش یافته است و اینها همه می‌توانند اثرات بسیار مهمی بر کیفیت زندگی زنان داشته باشند؛ زیرا از یک طرف فرصت‌ها و امکانات بیشتری در اختیار آنها قرار می‌دهد و از طرف دیگر آنها را در معرض چالش‌ها و مشکلات جدیدی قرار می‌دهند که قبلاً با آنها روبرو نبوده‌اند؛ مثلاً هر چند

نتایج برخی تحقیقات نشان از اثر مثبت اشتغال بیرون از خانه (کرمان ساروی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۱۳) و یا تحصیلات (شمس‌علی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹: ۵۴۵)؛ بر کیفیت زندگی زنان دارند ولی تحقیقات دیگر حاکی از اثر منفی اشتغال بر کیفیت زندگی زنان دارد (عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹؛ رضایی و همکاران، ۱۳۸۰: ۲۱-۱۳؛ نبوی و شهریاری، ۱۳۹۱). از این جهت پرداختن به عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان حائز اهمیت می‌باشد.

پیشینه پژوهش

الف) تحقیقات داخلی

در مطالعه‌ی کیفیت زندگی سالمندان زن آسایشگاه کهریزک کیفیت زندگی در کل و در ابعاد فیزیکی خودف مراقبتی، اجتماعی و رضایت از زندگی در سطح خوب و در بعد افسردگی و اضطراب بُعد شناختی در سطح ضعیف بدست آمد (سجادی و همکار، ۱۳۸۵). ربانی خوراسگانی و کیان‌پور در سال ۱۳۸۶ در مقاله‌ای با عنوان "مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی (مطالعه‌ی موردی: شهر اصفهان)" با بکارگیری مؤلفه‌های ارزیابی فردی (شامل احساس بهزیستی، احساس رضایت از زندگی در اجتماع)، ارزیابی کارکردی (شامل استانداردهای شهروندی، منزلت نقشی) به مطالعه‌ی کیفیت زندگی پرداختند که کیفیت زندگی شهروندان اصفهان را روی طیف پنج درجه‌ای ۳/۷۸ یعنی در حد بالایی ارزیابی نمودند و همچنین بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی با سن و جنس پاسخگویان، رابطه‌ی معناداری را نشان نداد؛ اما بین کیفیت زندگی و وضعیت تأهل آنها ارتباط معناداری وجود داشت؛ به گونه‌ای که کیفیت زندگی افراد متأهل بالاتر از کیفیت زندگی افراد مجرد برآورد می‌شود (ربانی و کیان‌پور، ۱۳۸۶: ۱۰۳).

گروسی و نقوی در سال ۱۳۸۷ در مقاله‌ای با عنوان "سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان" با بکارگیری شش شاخص برای کیفیت زندگی (یعنی کیفیت روانی، کیفیت فرهنگی، کیفیت سلامت، کیفیت محیطی، دسترسی به خدمات، و امنیت عمومی) و هفت شاخص برای سرمایه‌ی اجتماعی (یعنی مشارکت رسمی، هنجارهای مشترک با خویشان، هنجارهای مشترک با همسایگان، هنجارهای مشترک با مردم، اعتماد به خویشان، اعتماد به دیگران و اعتماد به نهادها) به بررسی رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی در محلات مختلف شهر کرمان پرداختند. نتایج مطالعه‌ی آنها نشان داد که سطح سرمایه‌ی اجتماعی و همچنین سطح کیفیت زندگی در شهر کرمان در حد متوسط است و اینکه بین این دو متغیر ارتباط معنی‌دار وجود دارد؛ علاوه بر این، بالا

نبودن سطح کیفیت زندگی در بین شهروندان تحت تأثیر سطح نسبتاً متوسط سرمایه‌ی اجتماعی ایشان است (گروسی و نقوی، ۱۳۸۷).

یافته‌های پژوهش کیفیت زندگی زنان باردار شهر کاشان نشان داد، میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی زنان باردار $13/21 \pm 61/18$ است و بین میانگین تمامی ابعاد کیفیت زندگی زنان باردار به جزء بعد عملکرد اجتماعی با جمعیت زنان ایران تفاوت معناداری وجود دارد (عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۸۸).

رضوانی و همکاران در سال ۱۳۸۸ در مقاله‌ای تحت عنوان توسعه و سنجش شاخص‌های کیفیت زندگی شهری (مطالعه‌ی موردی: شهر نورآباد استان لرستان)، به تحقیق پرداختند. ۳۵۲ خانوار از بین تمام محلات شهر به شیوه‌ی تصادفی ساده برای مطالعه انتخاب شدند. مقایسه‌ی نتایج کیفیت عینی و ذهنی زندگی در شهر نورآباد نشان می‌دهد که ۲۵ درصد خانوارها در حالت بهزیستی و ۳۰/۱ درصد در حالت محرومیت قرار دارند. در حالی که ۲۴/۴ درصد آنها در حالت ناهماهنگی و ۲۰/۴ درصد در حالت انطباق قرار گرفته‌اند. هر چند که همبستگی بین ابعاد عینی و ذهنی کیفیت زندگی بالا نیست.

شمس‌علی‌زاده و همکاران در تحقیق خود با عنوان کیفیت زندگی در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله‌ی استان کردستان که در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت ۷۰۰ نفر از زنان و مردان ۶۴-۱۵ ساله‌ی استان کردستان را با استفاده از پرسشنامه‌ی هشت سؤالی کیفیت زندگی اروپا (یوروهیس) مورد مطالعه قرار دادند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که هر چند سطح کیفیت زندگی افراد در استان کردستان اندکی از متوسط بالاتر است (میانگین مشاهده شده برابر با ۸۲ بود در صورتی که میانگین مورد انتظار برابر با ۸۱ بود) ولی میانگین کیفیت زندگی زنان (۲۷/۵۷) اندکی از میانگین کیفیت زندگی مردان بزرگ‌تر بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود (شمس‌علی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹: ۴۵۳).

نتایج حاصل از بررسی کیفیت زندگی زنان در شهر مشهد توسط بیات و همکار بیانگر این است که در میان هشت بعد از کیفیت زندگی زنان، مطالعه در بعد عملکرد جسمی با میانگین ۸۷ بیشترین نمره در بعد مشکلات روحی با میانگین ۵۷/۳ کمترین نمره بدست آمده است؛ همچنین مقایسه‌ی کیفیت زندگی زنان ناشی از متغیرهای زمینه‌ای چون (سن، تحصیلات و وضعیت تأهل) اختلافات معناداری را بین حیطة‌های عملکرد جسمانی و سلامت عمومی، نشاط، مشکلات روحی در گروه‌های سنی مختلف بر اساس تفاوت بین میانگین نمرات بوجود آورده است که بیانگر اثرگذاری این متغیرها بر کیفیت زندگی زنان می‌باشد (بیات و همکار، ۱۳۹۰).

حقیقتیان در مقاله‌ای در سال ۱۳۹۳ در راستای عوامل اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی زنان شهر اصفهان نظر به این دارد که امروزه در ارتباط با موضوع توسعه‌ی اجتماعی

و فرهنگی، مسئله‌ی کیفیت زندگی و میزان رضایت افراد از ابعاد و جنبه‌های مختلف زندگی‌شان اهمیت فراوانی یافته است. توسعه‌ی اجتماعی از یک طرف میزان رفاه و برخورداری افراد را بالا می‌برد و از طرف دیگر مشکلات و مسائل جدیدی مانند شلوغی، آلودگی‌های هوایی و صوتی، فشارهای روانی و مانند آن را نیز برای آنها به وجود می‌آورد، بنابراین مسئله‌ی کیفیت زندگی برجستگی و اهمیت خاص می‌یابد. یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که کیفیت زندگی زنان نیز در حد متوسط است؛ همچنین در تحقیق حاضر دیده شد که از بین مؤلفه‌های مختلف کیفیت زندگی، میانگین نشاط اجتماعی از میانگین همه‌ی مؤلفه‌های کیفیت زندگی کمتر و از حد متوسط نیز پایین‌تر (۲/۷۱ از ۵) بود. برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه شش مؤلفه‌ای کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده به عمل آمد. متغیرهای مستقل عبارت بودند از سرمایه‌ی اجتماعی، بود. نتایج آزمون / درآمد، بعد خانواده، اشتغال و تأهل. پرسشنامه از اعتبار صوری برخوردار بود و آلفای کرونباخ پایای متغیرها بیشتر از ۰/۷ همبستگی نشان داد که بین کیفیت زندگی و سرمایه‌ی اجتماعی ($r=0.51$)؛ پایگاه اجتماعی ($r=0.38$)؛ تأهل ($r=0.33$)؛ درآمد ($r=0.31$)؛ اشتغال ($r=0.25$)؛ و تحصیلات ($r=0.19$) رابطه‌ی معنادار وجود دارد. مقدار بالای تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی بر کیفیت زندگی (که از تأثیر درآمد و شغل که بیشتر جنبه‌های عینی کیفیت زندگی هستند نیز بالاتر بود) نشان از اهمیت بسیار روابط اجتماعی مثبت در زندگی شهری است.

ب) تحقیقات خارجی

از دهه‌ی ۱۹۳۰، محققان با روش‌های (و طرز برخوردها) متنوع کیفیت زندگی را مطالعه کرده‌اند. برنامه‌ریزان شهری کوشیده‌اند تا اجزاء و عناصر کیفیت زندگی را معین نمایند و مناطق جغرافیایی مانند شهرها، ایالات و ملت‌ها را بوسیله‌ی شاخص‌های کیفیت زندگی که آنها گسترش دادند، مقایسه کنند (لیو، ۱۹۷۶؛ بویر و ساواگو، ۱۹۸۱؛ بلوم کوئیست و دیگران، ۱۹۸۸؛ استاور و لیون، ۱۹۹۲؛ سوفین، ۱۹۹۳). علاوه بر محققان، سازمان‌های بین‌المللی مانند (UNDP) (۱۹۹۴)، سازمان ملل و شورای توسعه‌ی شاخص‌های (تعریف شده) خودشان را برای کیفیت زندگی توسعه دادن (به نقل از لطفی، ۱۳۸۸: ۶۶).

گرچه مفهوم کیفیت زندگی از اواخر قرن بیستم مورد توجه‌ی جامعه‌شناسان قرار گرفته است، اما ریشه‌های آن در جامعه‌شناسی در اثر مهم "درباره‌ی کیفیت زندگی" از آگبرن (۱۹۴۶)، می‌باشد؛ «در دهه‌ی ۱۹۶۰ هنگامی که جامعه‌شناسان علیه چیرگی شاخص‌های اقتصادی واکنش نشان دادند، مفهوم کیفیت زندگی در پژوهش‌های اجتماعی

اهمیت یافت اما تا آن هنگام تمام شاخص‌های کیفیت زندگی، عینی بودند. در دهه‌ی ۱۹۷۰ شاخص‌های ذهنی هم برای سنجش کیفیت زندگی اضافه شد. اولین بار کمپبل و همکاران در اثر خود در سال ۱۹۷۶ به شاخص‌های ذهنی و روانشناختی کیفیت زندگی توجه کردند» (کمپبل، ۱۹۷۶؛ به نقل از محسن نوغانی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۱۲). از این رو به دلیل فقدان تعریف عملیاتی واحد از کیفیت زندگی، واژه‌های مرتبط دیگری مانند بهزیستی، سطح زندگی، استاندارد زندگی، رضایت‌مندی از زندگی و خشنودی ظهور کرده‌اند (ماسام، ۲۰۰۲).

یکی از اختلافات مهمی که بین متخصصین کیفیت زندگی وجود دارد دیدگاه آنها در رابطه با ذهنی یا عینی بودن این مفهوم است. بر همین اساس می‌توان محققین کیفیت زندگی را به سه دسته تقسیم کرد. «دسته‌ی اول کسانی هستند که فقط به بُعد ذهنی کیفیت زندگی توجه دارند. این‌ها در کارهای خود یا بُعد عینی کیفیت زندگی را لحاظ نمی‌کنند و یا آن را از لحاظ اهمیت در سطح بسیار پایینی قرار می‌دهند؛ دسته‌ی دوم کسانی هستند که برخلاف دسته‌ی اول کیفیت زندگی را از لحاظ عینی بررسی می‌کنند البته تعداد این افراد در قیاس با گروه اول بسیار کم است؛ اما دسته‌ی سوم که به نظر روز به روز بر تعداد آنها افزوده می‌شود کسانی هستند که دید جامع‌تری نسبت به این مفهوم داشته و معتقدند که کیفیت زندگی را باید از دو بُعد عینی و ذهنی مورد بررسی قرار داد» (غفاری و همکار، ۱۳۹۱: ۳۶).

ضرورت بحث کیفیت زندگی که به تازگی در ادبیات توسعه‌ی پایدار و برنامه‌ریزی توسعه‌ی اجتماعی و مباحث اقتصاد نوین مطرح شده جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌ی مطالعات شهری، جامعه‌شناختی و روانشناسی دارد و دولت‌ها در سطح ملی و محلی و نیز مؤسسات متعددی بر روی سنجش و شاخص‌سازی آن کار می‌کنند. «کیفیت زندگی زنان در توسعه‌ی شهری، پدیده‌ای با ابعاد گسترده و پیچیده است. تکیه بر یک عامل منفرد در شکل‌دهی به آن، اقدامی سنجیده و آگاهانه محسوب نمی‌گردد؛ بنابراین از بُعد جامعه‌شناختی عوامل اجتماعی بسیاری در این عرصه باید مورد توجه قرار گیرد» (خوارزمی، ۱۳۸۷: ۲۵). در همین راستا، استیگر معتقد است «پارادایم توسعه‌ی پایدار، معطوف به تحول شاخص‌های اجتماعی زندگی شهروندان از جمله زنان می‌باشد که ضمن گسترش افق‌های انتخاب و آزادی افراد، کاهش فقر و تخریب محیط زیست، افزایش بهداشت و طول عمر و بطور کلی ارتقاء کیفیت زندگی را به همراه آورد» (استیگلز^۱، ۲۰۰۲: ۱۶۵).

^۱ Stiglitz

ضرورت سنجش کیفیت زندگی زنان مبتنی بر رویکردها، روش‌ها و مؤلفه‌های متفاوتی است. در مطالعات مختلف، مؤلفه‌های متنوعی از کیفیت زندگی را در نظر گرفته‌اند؛ همچون «موقعیت سلامت عمومی، قابلیت کارکردی، کارکردهای عاطفی، میزان احساس خوشبختی، رضایت از زندگی، شادکامی، میزان هوشیاری، میزان نشانگان فعالیت‌های اجتماعی، ایفاء مناسب عملکرد جنسی، میزان حافظه، موقعیت‌های مالی، و شغلی زنان نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند و سلامت آنان زیربنای سلامت خانواده و جوامع است. مشکلات زنان بر سلامت جسمی، و روحی به ویژه سلامت روان تأثیرگذار است» (پروتکین^۱، ۲۰۰۲: ۹۶).

پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی کیفیت زندگی و ابعاد آن مورد توجه‌ی محققان است، «به گونه‌ای که مقالات موجود تحت عنوان کیفیت زندگی مربوط به سلامتی بین سال‌های ۱۹۸۵-۱۹۹۵ میلادی از ۲۱ درصد به ۷۶ درصد افزایش یافته است» (گوانی^۲، ۱۹۹۹).

مرور مختصر بر برخی از این یافته‌های مرتبط با موضوع تحقیق بیانگر این است که هر یک از این تحقیقات زمینه‌های مختلفی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی را در نظر گرفته‌اند.

پاتریک و همکاران (۲۰۰۲)، با ارائه‌ی مدلی نظری، سعی در ساخت و اعتباریابی مقیاسی در خصوص سنجش کیفیت زندگی جوانان دارند. آن‌ها در تحقیق خود به متغیرهایی چون سن، جنس و نژاد دقت داشته‌اند. در نهایت آن‌ها به طراحی ابزاری شامل ۲۱ ماده اقدام نمودند که به سنجش کیفیت زندگی نسبت خود به خود، روابط فردی، محیط زندگی و احساس عمومی کیفیت می‌پردازد.

در یک پژوهش کیفی، زنان سوئدی داشتن شغل با درآمد مناسب را عامل رفاه و سلامت زنان در سنین بعدی و حتی دوره‌ی سالخوردگی ذکر کرده‌اند (آنیک^۳، ۲۰۰۷)؛ در یک مطالعه همبستگی بر وضعیت سلامت مادران روشن شد که تحصیلات کمتر با افزایش میزان مرگ و میر، فقر، بیکاری، مسکن نامناسب و رفتارهای نامطلوب بهداشتی همراه بوده است (فرایتزلا^۴، ۲۰۰۷).

فودور و ردای^۵ در تحقیق خود در سال ۲۰۰۹ در هشت کشور اروپایی، یعنی فنلاند، سوئد، انگلستان، هلند، آلمان، پرتغال، مجارستان، و بلغارستان که از نظر فرهنگی و میزان

¹ Prutkin

² Govanni

³ Annik

⁴ Fritzella

⁵ Fodor & Redai

توسعه‌یافتگی بسیار متفاوت بودند، میزان رضایت کلی از زندگی نزدیک به شش هزار نفر افراد شاغل را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج آن‌ها نشان داد که: ۱- زنان و مردان در کشورهای کمتر توسعه‌یافته مانند پرتغال، مجارستان، و بلغارستان ساعات بیشتری را در هفته صرف کار می‌کردند، ۲- اگر چه مجموع ساعاتی که زنان و مردان صرف کار بیرون از خانه و داخل خانه می‌کردند (در هر یک از کشورها) تقریباً برابر بود ولی تعداد ساعات کار داخل خانه‌ی زنان بیشتر از مردان بود و درصد قابل توجهی (از ۲۶ درصد در آلمان و مجارستان تا ۴۲ درصد در بلغارستان) این مسئله را مشکل‌ساز و غیر منصفانه می‌دانستند، با این وجود، از نظر رضایت از زندگی تفاوت معنادار اندکی بین زنان و مردان وجود داشت و این که زنان میزان رضایت بیشتری از زندگی داشتند (فودور و ردای، ۲۰۰۹: ۱۳).

مرور پیشینه‌ی تحقیق نشان می‌دهد که نتایج به دست آمده در مورد میزان و متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان متفاوت و ناهمگون هستند و با توجه افزایش حضور اجتماعی زنان و تأثیر بالقوه‌ی آن‌ها بر توسعه‌ی اجتماعی، مطالعه‌ی این مسئله در بین زنان حائز اهمیت ویژه است.

مبانی نظری پژوهش

در نگاه مایلز اصطلاح «کیفیت زندگی معمولاً یا بعنوان برآوردهای ذهنی رضایتمندی و بهزیستی توصیف می‌شوند یا بعنوان مجموعه‌ای از ستانده‌های اقتصادی و اجتماعی که افراد یا گروه‌ها به دست آورده‌اند» (مایلز^۱، ۱۹۸۵). کیفیت زندگی به احساسات، انتظارات، اعتقادات و پندارهای شهروندان بستگی دارد. بدین معنا که حتماً باید توسط خود شهروند، براساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد؛ لذا در مطالعات کیفیت زندگی توسعه‌ی شهری ارزیابی خود شهروند از سلامت (روانی - اجتماعی، معنوی و همگانی‌اش) و یا خوب بودن زندگی اجتماعی‌اش عامل کلیدی می‌باشد (نجات و همکار، ۱۳۸۷).

سازمان بهداشت جهانی نیز کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف می‌کند؛ «درک افراد از جایگاه‌شان در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند. در این حالت درک افراد از زندگی در ارتباط با اهداف، انتظارات، ملاک‌ها و عقایدشان می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی مفهوم وسیعی از کیفیت زندگی را مدنظر قرار می‌دهد که این مفهوم تلفیقی از سلامت فیزیکی، وضعیت روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، اعتقادات فردی و ارتباط این عوامل با ویژگی‌های محیطی می‌باشد» (کار گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳).

¹ Miles

در این نگاه کیفیت زندگی در جامعه‌ی شهری را با سنجش احساسات ذهنی شخص از خشنودی درباره‌ی جنبه‌های گوناگون زندگی می‌توان ارزیابی کرد (شیخاوندی، ۱۳۸۸: ۱۲۱). بیشتر روانشناسان طرفدار استفاده از مفهوم ذهنی کیفیت زندگی بوده و معتقدند که رفاه هر فرد یا گروه از افراد دارای اجزای عینی و ذهنی است. اجزای عینی رفاه یا بهزیستی با آنچه که به طور معمول بعنوان استاندارد زندگی یا سطح زندگی نامیده می‌شود، ارتباط دارد و اجزای ذهنی آن به کیفیت زندگی اطلاق می‌شود.

در مقابل دسته‌ی اول که بُعد ذهنی کیفیت زندگی را لحاظ می‌کنند. گروه دیگری نیز هستند که بحث خود را بیشتر بر روی جنبه‌های عینی این مفهوم در جامعه‌ی شهری متمرکز کرده‌اند. اگر چه تعداد این محققین زیاد نیست ولی رویکردی متفاوت از دیگران را در پیش گرفته‌اند. کسانی همانند مازلو و مک‌کال کیفیت زندگی را از بُعد عینی مورد بررسی قرار داده و معتقدند با لحاظ کردن جنبه‌های عینی کیفیت زندگی بهتر می‌توان به تحلیل این مفهوم پرداخت. این دو طرفدار استفاده از شاخص‌های عینی منطبق با هر فرهنگ برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی هستند» (غفاری و همکار، ۱۳۸۸: ۷۴).

رویکرد سوم تلاش می‌کند تا با ترکیب دو رویکرد یاد شده دید جامع‌تری در رابطه با کیفیت زندگی مطرح کند. نقطه شروع این کار را می‌توان در طبقه‌بندی فرانس دید. فرانس (۱۹۹۲)، معتقد است که از لحاظ مفهومی، کیفیت زندگی هم جسمی است و هم ذهنی ولی جنبه‌ی ذهنی آن غلبه دارد. فرانس کیفیت زندگی را ادراک فرد از رفاه خود می‌داند و معتقد است که اگر درک فرد از کیفیت زندگی‌اش کاهش یابد سایر ویژگی‌های او تحت تأثیر قرار گرفته و باعث تحلیل آنها و در نهایت افت کیفیت زندگی می‌شود. اگر چه از لحاظ وسعت مفاهیم بررسی شده در زمینه‌ی کیفیت زندگی، فرانس را جزو طبقه‌ی سوم به حساب می‌آورند یعنی جزء اندیشمندانی که کیفیت زندگی را هم از بُعد عینی بررسی کرده‌اند و هم از بُعد ذهنی. ولی بررسی کارهای او (فرانس، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۶)، نشان می‌دهد که بیشتر این کارها متمرکز بر بُعد ذهنی کیفیت زندگی است و بخش عینی این مفهوم بازنمایی مناسبی به مثابه کارهای انجام شده توسط فیلیپس را نشان نمی‌دهد. فیلیپس در زمینه‌ی کیفیت زندگی به بررسی این مفهوم در ابعاد فردی و جمعی با استفاده از مؤلفه‌های عینی و ذهنی پرداخته است.

از دید فیلیپس لازمه‌ی کیفیت زندگی فردی در بُعد عینی، نیازهای اساسی و برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواسته‌های اجتماعی شهروندان است و در بُعد ذهنی به داشتن استقلال عمل در موارد زیر اشاره دارد: «۱- افزایش رفاه ذهنی شامل لذت‌جویی، رضایت‌مندی، هدفداری در زندگی و رشد شخصی؛ ۲- رشد و شکوفایی در مسیر سعادت و دگرخواهی؛ ۳- مشارکت در سطح گسترده‌ای از فعالیت‌های اجتماعی.

کیفیت زندگی در بُعد جمعی آن بر ثبات و پایداری محیط فیزیکی و اجتماعی، منابع اجتماعی درون گروه‌ها و جوامعی که در آن زندگی می‌کنند شامل انسجام مدنی، هم‌کوشی و یکپارچگی، روابط شبکه‌ای گسترده و پیوندهای موقتی در تمامی سطوح جامعه، هنجارها و ارزش‌هایی اعم از اعتماد، نوع‌دوستی و رفتار دگرخواهانه، انصاف، عدالت اجتماعی و برابری طلبی تأکید دارد» (فیلیپس، ۲۰۰۶: ۲۴۲).

با توجه به رویکردهای موجود در حوزه‌ی کیفیت زندگی در نظر داریم که بر اساس پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت^۱ شاخص‌های (سلامت همگانی/ عمومی، عملکرد جسمانی، مشکلات جسمی و ...) را از بعد ذهنی مورد سنجش قرار دهیم و تأثیر یکسری از متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی بر این مقوله مورد ارزیابی قرار دهیم؛ بنابراین مهم‌ترین سؤالات تحقیق حاضر شامل:

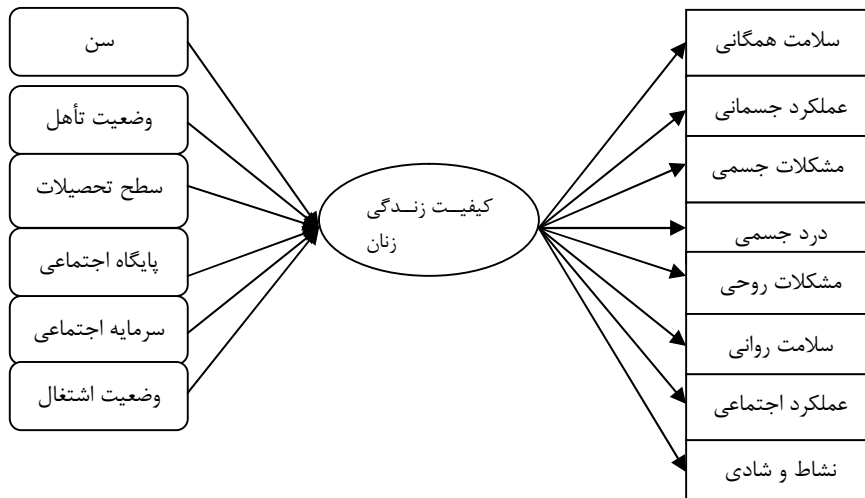
- ۱- کدامیک از متغیرهای زمینه‌ای و اجتماعی بر ارتقاء شاخص‌های کیفیت زندگی زنان شهر مشهد اثرگذار است؟
- ۲- میزان بهره‌مندی و برخورداری از شاخص‌های ذهنی کیفیت زندگی در بین زنان در چه حدی است؟
- ۳- در مقایسه با دیگر تحقیقات انجام یافته آیا کیفیت زندگی بستری را مهیا کرده تا دیگر شاخص‌های رفاه اجتماعی در بین زنان ارتقاء یافته باشد؟

فرضیات پژوهش

- ۱- بین سن و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.
- ۲- بین سطح تحصیلات عالی و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.
- ۳- بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.
- ۴- بین پایگاه اجتماعی زنان و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.
- ۵- بین سرمایه اجتماعی زنان و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.
- ۶- بین وضعیت اشتغال زنان و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

با توجه به رویکرد جامعه‌شناختی از بعد ذهنی در این تحقیق متغیرهای زمینه‌ای و اجتماعی چون (سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات، پایگاه اجتماعی، سرمایه‌ی اجتماعی وضعیت اشتغال) بعنوان متغیرهای مستقل در ارتباط با مقیاس هشت‌گانه‌ی کیفیت زندگی که در مدل ذیل به آن‌ها اشاره کرده‌ایم مورد ارزیابی قرار در این تحقیق قرار گرفته‌اند.

¹ The Short From Health Survey



مدل نظری تحقیق

(مأخذ: نگارنده)

روش‌شناسی پژوهش

جامعه‌ی آماری این پژوهش زنان بالای ۱۵ تا ۴۵ ساله شهر مشهد بوده که در مناطق شهری مشهد سکونت داشته‌اند و سطح واحد تحلیل فرد بوده است؛ که با توجه به آخرین سرشماری موجود در سال ۱۳۹۰ آمار این گروه اجتماعی ۷۲۵۲۱۷ نفر بوده، حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران محاسبه شده و دقت برآورد $d=0/05$ و P پراکندگی بر اساس میزان بیشترین جمعیت در هر منطقه یکی از ابعاد در مطالعه‌ی مقدماتی و پری‌تست با نمونه ۱۶۵ موردی بوده است، بر این اساس و با توجه به سطح اطمینان ۹۵ درصدی نمونه‌ای به تعداد ۳۹۱ نفر انتخاب شده‌اند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بوده که با توجه به اهداف در دو قسمت تدوین گردیده است، بخش اول شامل مشخصات زمینه‌ای و اجتماعی و قسمت دوم اشاره به شاخص‌های کیفیت زندگی از سوی سازمان جهانی بهداشت نموده؛ یک وسیله‌ی اندازه‌گیری سلامت است که می‌تواند به خوبی کیفیت زندگی را اندازه‌گیری کند؛ این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال و هشت مقیاس بوده که هر یک از ترکیب ۲ تا ۱۰ سؤال بوده و در هشت حیطه‌ی عملکردی چون (جسمانی، مشکلات جسمی، درد جسمی، سلامت

همگانی، عملکرد اجتماعی، نشاط جمعی، مشکلات روحی، سلامت روانی) را بین نمره‌ی صفر تا صد بعنوان بهترین و بدترین وضعیت فردی بر روی یک مقیاس مورد ارزیابی قرار داده است. آزمون روایی همگرایی^۱ برای تعیین ضرایب همبستگی استفاده شده که دامنه‌ی ضریب تغییر بین ۰/۵۲ تا ۰/۹۰ بوده و در آزمون پایایی از همسانی درونی^۲ استفاده گردیده است که ضریب آلفای کرانباخ در حدود ۰/۷۰ بوده در جدول ذیل نتایج بدست آمده قابل مشاهده است؛ اطلاعات گردآوری شده با استفاده از برنامه‌ی آماری SPSS۲۰ و با آزمون‌های آماری *Correlation*، *Tukey ANOVA*، *T-test* و ... مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

جدول ۱: نتایج آلفای کرانباخ سازه‌های کیفیت زندگی زنان شهر مشهد

سازه‌ها	تعداد گویه	آزمون اولیه	آزمون نهایی
عملکرد جسمانی	۱۰	۰/۶۶۱۱	۰/۷۱۰
مشکلات جسمی	۴	۰/۶۰۰۴	۰/۷۰۷
درد جسمی	۲	۰/۶۵۹۶	۰/۷۲۹
سلامت همگانی	۴	۰/۷۲۶۰	۰/۷۰۲
عملکرد اجتماعی	۴	۰/۵۸۱۲	۰/۶۸۵
نشاط و شادی	۵	۰/۶۶۹۶	۰/۶۶۸
مشکلات روحی	۳	۰/۷۶۵۷	۰/۷۰۸
سلامت روانی	۴	۰/۷۳۹۲	۰/۷۲۲۵

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش زنان ساکن کلان‌شهر مشهد مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۴/۶ با انحراف معیار ۷/۵ می‌باشد. از نظر وضعیت تأهل ۴۶/۲ مجرد و ۵۳/۸ درصد متأهل و ۴/۸ درصد مطلقه بوده‌اند. از نظر تحصیلات اکثر زنان تحصیلات لیسانس به بالا در حدود ۴۵/۷۹ درصد بوده‌اند و سایر زنان بطور متوسط دارای تحصیلات دیپلم (۳۵٪) و ۱۹ درصد کمتر از دیپلم داشته‌اند. با توجه به نتایج بدست آمده از مقیاس ۸ گانه کیفیت زندگی در بعد عملکرد سلامت عمومی با میانگین ۷۹ بیشترین نمره و در بعد مشکلات روحی با میانگین ۵۹/۷ کمترین نمره را بدست آورده‌اند؛ همچنین در یک نتیجه کلی می‌توان بررسی مقیاس ۸ گانه‌ی کیفیت زندگی زنان را بعنوان متغیر وابسته در جدول ذیل این‌گونه بیان کرد.

^۱ convergent validity

^۲ internal consistency

جدول ۲: میانگین امتیاز مقیاس ۸ گانه‌ی کیفیت زندگی زنان کلان‌شهر مشهد

مقیاس	میانگین هر مقیاس
عملکرد جسمانی	۱/۹۳
مشکلات جسمی	۱/۹۲
درد جسمی	۲/۱۵
سلامت همگانی	۲/۵۶
عملکرد اجتماعی	۱/۸۵
نشاط و شادی	۲/۳۰
مشکلات روحی	۲/۷۰
سلامت روانی	۲/۶۷
میانگین کلی مقیاس	۲/۲۶

همان‌طور که جدول را مشاهده می‌کنید، تمامی مقیاس‌های هشت‌گانه مورد مطالعه بر اساس طراحی طیف لیکرت بیانگر این است که مقیاس کلی کیفیت زندگی زنان در حد پایین‌تر از حد متوسط عدد ۳ می‌باشد. باید تلاش کرد که وضعیت کیفیت زندگی زنان را از بعد عینی و ذهنی به درجه‌ی مطلوب و بالا ارتقاء داد. در میان مقیاس‌های بیان شده مشکلات روحی بدترین شرایط را در وضعیت زنان به همراه داشته و سلامت همگانی و عمومی برای این قشر از جامعه از اهمیت بسیاری برخوردار بوده است.



شکل ۱: پیوستار میزان بهره‌مندی از کیفیت زندگی زنان کلان‌شهر مشهد

مقایسه‌ی کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای زمینه‌ای بیانگر این است که در نتیجه‌ی آزمون آماری ANOVA اختلاف معناداری بین عملکرد جسمانی، مشکلات جسمانی و سلامت عمومی در گروه سنی مختلف مشاهده می‌گردد. به طوری که با افزایش سن نمره‌ی حیطة‌ی مربوطه کاهش یافته است. در دیگر حیطة‌های همچون درد جسمانی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روانی در سنین مختلف جامعه‌ی مورد مطالعه اختلاف معناداری مشاهده نگردید. جدول ذیل بیانگر مقایسه‌ی میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های سنی می‌باشد.

جدول ۳: مقایسه‌ی میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های سنی

P	۳۶-۴۵		۲۶-۳۵		۱۸-۲۵		سن کیفیت زندگی
	N=۹۶		N=۱۳۵		N=۱۶۰		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰/۰۰۰۱	۱۷/۵	۶۲/۷	۱۹/۷	۷۰/۴	۱۵/۲	۷۷/۶	سلامت همگانی
۰/۱۲	۲۱/۳	۶۲/۸	۲۰/۶	۶۲/۳	۲۱/۵	۶۷/۶	نشاط و شادی
<۰/۰۰۰۱	۲۰/۶	۸۲/۹	۱۷	۹۱/۲	۱۴/۴	۹۲/۳	عملکرد جسمانی
۰/۰۵	۲۶/۴	۶۳	۲۵/۶	۶۶/۷	۲۵/۶	۶۸/۷	مشکلات جسمی
۰/۶۴	۲۵/۶	۸۱/۱	۲۳/۳	۷۷/۳	۲۲/۸	۸۲	عملکرد اجتماعی
۰/۶۵	۱۹/۸	۷۲/۲	۱۸/۹	۶۸/۵	۲۳/۴	۷۴/۹	سلامت روانی
۰/۳۵	۴۱	۶۳/۸	۴۳/۳	۵۶/۷	۴۲	۶۸	مشکلات روحی
۰/۴۲	۲۶/۲	۶۰/۹	۲۲/۶	۶۳/۳	۲۲/۳	۶۸/۷	درد جسمی

با توجه به آزمون *Tukey* که برای مقایسه‌ی دو به دو گروه‌ها در سطح معناداری (۰/۰۵) نتایج نشان داده است که در حیطه‌های سلامت همگانی، مشکلات جسمی و عملکرد جسمانی تفاوت معناداری به صورت معکوس وجود دارد؛ به این معنا که با افزایش سن نمره‌ی کیفیت زندگی در ابعاد یاد شده کاهش می‌یابد. وضعیت تأهل بین زنان هم می‌تواند تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی آنان بوجود آورد، یافته‌های بدست آمده بیانگر این است که زنان مجرد نسبت به زنان متأهل میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان متأهل دارند. با توجه به نتایج آزمون *T-test* در ابعاد مشکلات جسمانی، سلامت همگانی و سلامت روانی تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه قابل مشاهده است و سایر ابعاد کیفیت زندگی، میانگین نمرات دو گروه معنادار نمی‌باشد. جدول زیر بیانگر مقایسه‌ی مذکور می‌باشد.

جدول ۴: مقایسه‌ی میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک وضعیت تأهل

P	متأهل		مجرد		وضعیت تأهل کیفیت زندگی
	N=۱۴۳		N=۱۶۶		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۴	۱۹/۳	۶۶/۸	۱۶/۹	۷۶/۷	سلامت همگانی
۰/۱۲	۲۰/۷	۷۱/۹	۲۰/۹	۶۷/۳	نشاط و شادی
<۰/۰۰۰۱	۱۹/۸	۸۰/۳	۱۶/۳	۸۷/۸	عملکرد جسمانی
۰/۳۲	۲۵/۶	۶۴/۸	۲۵/۴	۷۰/۶	مشکلات جسمی
۰/۶۴	۲۳/۴	۷۷/۴	۲۲/۸	۸۱/۴	عملکرد اجتماعی

ادامه‌ی جدول ۴

۰/۰۳	۱۹/۹	۶۹/۸	۲۵/۳	۶۹/۵	سلامت روانی
۰/۳۵	۳۹/۹	۵۷/۵	۴۰	۶۰/۸	مشکلات روحی
۰/۰۷	۲۵/۴	۶۱/۸	۲۴/۳	۶۵/۵	درد جسمی

میزان تحصیلات هم از دیگر متغیرهای زمینه‌ای است که با توجه به آزمون آماری انجام شده *ANOVA* در ابعاد مطرح شده کیفیت زندگی، میانگین نمرات افراد با تحصیلات بالاتر بیشتر بوده که این تغییرات در تمامی ابعاد جزء عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی و مشکلات روحی از نظر آماری معنادار بود جدول ذیل نشان‌دهنده‌ی مقایسه‌های مذکور می‌باشد.

جدول ۵: مقایسه‌ی میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک وضعیت تحصیلی

P	کارشناسی و بالاتر N=۱۷۹		دیپلم N=۱۳۷		زیر دیپلم N=۷۵		سطح تحصیلات کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
	<۰/۰۰۰۱	۱۵/۹	۷۴/۹	۱۹/۷	۶۸/۸	۱۷/۷	
۰/۰۰۳	۲۰/۶	۶۸/۸	۲۰/۸	۶۰/۶	۱۹/۹	۵۷/۸	نشاط و شادی
۰/۱۳	۱۵/۸	۹۰/۷	۱۸/۶	۹۱/۲	۱۵/۸	۸۸	عملکرد جسمانی
۰/۰۵	۳۶/۶	۷۳/۸	۳۵/۳	۶۶/۷	۳۴/۷	۵۵/۳	مشکلات جسمی
۰/۶۴	۲۰/۳	۸۰/۶	۲۴/۷	۷۶/۸	۲۴/۸	۷۷/۷	عملکرد اجتماعی
<۰/۰۰۰۱	۱۸/۹	۷۵/۷	۲۱/۳	۶۸/۹	۲۲	۶۱/۷	سلامت روانی
۰/۲۳	۴۰/۷	۶۳/۳	۴۰/۴	۵۶/۸	۳۷/۵	۵۳/۶	مشکلات روحی
۰/۰۰۴	۲۲/۳	۷۰/۷	۲۴/۳	۶۲/۷	۲۷/۸	۵۶/۸	درد جسمی

ضمناً با انجام آزمون *Tukey* برای مقایسه‌ی دو به دو گروه‌ها در سطح معنی‌داری (۰/۰۵) نتایج زیر به شرح ذیل بدست آمده است.

الف) در حیطه‌ی مشکلات جسمانی و روحی و شادی و نشاط افراد تحصیل‌کرده (کارشناسی به بالا) به نسبت افراد گروه‌های دیگر تحصیل کرده جامعه‌ی مورد مطالعه میانگین نمره‌ی بهتر و بالاتری داشته‌اند.

ب) در حیطه‌ی مشکلات جسمانی تنها تفاوت معنی‌داری بین گروه زیر دیپلم و تحصیلات عالی بوده است.

ج) در حیطه‌ی سلامت همگانی تمام گروه‌ها دو به دو باهم تفاوت داشته‌اند. نتایج بدست آمده بیانگر آن است که بطور کلی افراد تحصیل کرده به نسبت دیگر گروه‌های تحصیلاتی در جامعه‌ی مورد مطالعه از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

همچنین کیفیت زندگی زنان شاغل به نسبت زنان غیر شاغل در تمام حیطه‌های مورد مطالعه میانگین نمره‌ی بیشتری برخوردارند؛ در نتیجه آزمون آماری T -test در بعد شادی و نشاط و سلامت روانی تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بوده، عبارت دیگر زنان شاغل بطور معناداری از نشاط و سلامت روانی بهتری برخوردار بوده‌اند. از بعد رابطه بین درآمد و کیفیت زندگی در زنان شاغل نتایج بدست آمده بیانگر این است که در تمام ابعاد کیفیت زندگی با افزایش درآمد حیطه‌های کیفیت زندگی افزایش داشته است. مقایسه‌ی کیفیت زندگی زنان در مناطق مختلف کلان‌شهر مشهد نشان‌دهنده‌ی این است که در تمام ابعاد کیفیت زندگی، میانگین نمرات زنان در طبقه‌ی متوسط (رو به بالا) و بالای شهرنشینی بیشتر از سایر مناطق شهری بوده است؛ جدول ذیل نشان‌دهنده‌ی این تفاوت‌ها می‌باشد.

جدول ۶: مقایسه‌ی میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی زنان به تفکیک پایگاه اجتماعی

P	پایین N=۱۱۳	متوسط N=۱۳۲		بالا N=۱۴۶	پایگاه اجتماعی کیفیت زندگی
		رو به پایین N=۶۲	رو به بالا N=۷۰		
		<۰/۰۰۰۱	۶۵		
۰/۰۰۳	۵۸	۶۰/۶	۶۷/۸	۶۵/۳	نشاط و شادی
۰/۰۱	۸۸/۳	۸۵/۴	۹۳/۸	۸۰/۳	عملکرد جسمانی
۰/۰۲	۵۳/۵	۶۹/۸	۷۶/۵	۶۷/۸	مشکلات جسمی
<۰/۰۰۰۱	۷۵/۳	۷۹/۲	۷۹/۷	۷۷/۷	عملکرد اجتماعی
<۰/۰۰۰۱	۶۳/۳	۶۸/۳	۷۳/۴	۷۴/۹	سلامت روانی
۰/۰۳	۵۴/۳	۵۴/۹	۶۲/۸	۶۱/۹	مشکلات روحی
<۰/۰۰۰۱	۵۷/۸	۶۸/۶	۶۹/۷۴	۶۹/۶	درد جسمی

با توجه به این فرضیه‌ها و با استفاده از آزمون پیرسون در جدول ذیل مقدار همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته در این تحقیق را مورد ارزیابی قرار داده که به شرح ذیل بیان می‌کنیم.

جدول ۷: آزمون پیرسون برای تعیین میزان همبستگی بین متغیرهای تحقیق

نتیجه‌ی آزمون Result	تعداد آزمودنی n	سطح اطمینان Sig	مقدار همبستگی r_{xy}	متغیر مورد آزمون
با اطمینان ۹۵ درصد رابطه معنادار است	۳۹۱	۰/۰۰۰	۰/۵۱۹	سن و کیفیت زندگی
با اطمینان ۹۵ درصد رابطه معنادار است	۳۹۱	۰/۰۰۰	۰/۳۲۳	سطح تحصیلی و کیفیت زندگی

ادامه‌ی جدول ۷

وضعیت تأهل و کیفیت زندگی	۰/۴۰۲	۰/۰۰۰	۳۹۱	با اطمینان ۹۵ درصد رابطه معنادار است
پایگاه اجتماعی و کیفیت زندگی	۰/۵۳۲	۰/۰۰۰	۳۹۱	با اطمینان ۹۵ درصد رابطه معنادار است
سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی	۰/۵۴۶	۰/۰۰۰	۳۹۱	با اطمینان ۹۵ درصد رابطه معنادار است
وضعیت اشتغال و کیفیت زندگی	۰/۲۵۳	۰/۰۰۰	۳۹۱	با اطمینان ۹۵ درصد رابطه معنادار است

همچنین با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته تحقیق می‌توانیم نتایج تحلیلی این تحقیق را به شرح ذیل مورد مشاهده قرار داد.

جدول ۸: ضرایب B و Beta

	متغیر وابسته	متغیر مستقل	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig
			B	Std. Error	Beta		
Model	کیفیت زندگی	سن	۰/۳۲۹	۰/۰۶۴	۰/۲۵۵	۵/۶۹۶	۰/۰۰۰
		سطح تحصیلات	۰/۴۶۸	۰/۰۶۳	۰/۳۷۲	۷/۷۶۵	۰/۰۰۰
		وضعیت تأهل	۰/۲۹۷	۰/۰۵۲	۰/۲۷۵	۵/۱۰۷	۰/۰۰۰
		پایگاه اجتماعی	۰/۴۵۲	۰/۰۱۱	۰/۲۹۴	۶/۲۶۴	۰/۰۰۰
		سرمایه‌ی اجتماعی	۰/۴۹۴	۰/۰۹۲	۰/۳۵۲	۶/۵۰۶	۰/۰۰۰
		وضعیت اشتغال	۰/۴۱۷	۰/۰۹۹	۰/۲۸۶	۴/۲۴۲	۰/۰۰۰

با توجه به این جدول باید بیان نمود که میزان کیفیت زندگی زنان در مشهد متأثر از متغیر مستقل سرمایه‌ی اجتماعی به میزان (+۰/۴۹۴) و سطح تحصیلات به میزان (+۰/۴۶۸)، پایگاه اجتماعی به میزان (+۰/۴۵۲) و وضعیت اشتغال به مقدار (+۰/۴۱۷)، سن به میزان (+۰/۳۲۹)، وضعیت تأهل به میزان (+۰/۲۹۷) می‌باشد. در نهایت با اطمینان ۰/۹۵ می‌توان تأثیرگذاری این متغیرهای اجتماعی را بر مقیاس‌های هشت‌گانه مورد

سنجش در کیفیت زندگی زنان بر اساس رویکرد ذهنی و عینی جامعه‌شناختی کیفیت زندگی مورد قبول قرار داد.

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی کیفیت زندگی زنان کلان‌شهر مشهد با توجه به رویکرد توسعه‌ی اجتماعی یافته‌ها نشان می‌دهد که در بعد عملکرد سلامت همگانی با میانگین ۷۹ بیشترین نمره و در بعد مشکلات روحی با میانگین ۵۹/۷ کمترین نمره را داشته‌اند، در مقایسه با تحقیق منتظری (۱۳۸۴)، نیز بیشترین نمره‌ی کیفیت زندگی زنان شهر تهران مربوط به عملکرد جسمی با میانگین (۸۲/۹) و کمترین نمره مربوط به مشکلات روحی (۶۱/۴) می‌باشد، که از نظر مشکلات روحی تفاوت چندانی بین زنان دو کلان‌شهر دیده نمی‌شود؛ همچنین مطالعه‌ی مشابه در شهر زاهدان نیز بیشترین و کمترین نمره‌ی کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به عملکرد جسمی با میانگین ۸۲/۴ و سلامت روان با میانگین ۵۰/۵ می‌باشد (کرمان و همکار، ۱۳۸۸)؛ علاوه بر این مطالعه‌ی بیات و همکار (۱۳۹۰)، بر روی کیفیت زندگی زنان مشهدی بیانگر این است که مجدداً مشکلات روحی در بین زنان مشهدی کمترین نمره را همچنان داشته‌اند، نمره‌ی سلامت عمومی و روانی زنان این تحقیق به نسبت مطالعه‌ی مشابه بالاتر بوده و مشکلات روحی زنان دو تحقیق انجام شده نسبت به مطالعات مشابه زاهدان و تهران پایین‌تر می‌باشد. با توجه به جدول میانگین مقیاس کیفیت زندگی باید بیان کرد که میانگین کلی بدست آمده بیانگر این است که باید شاخص‌های کلی کیفیت زندگی زنان کلان‌شهر مشهد را ارتقاء بخشیده شود و تدابیر و راهکارهای متعددی برای این قشر از جامعه‌ی شهری برنامه‌ریزی کرد.

همان‌طور که جدول را مشاهده می‌کنید، تمامی مقیاس‌های مورد مطالعه بر اساس طراحی طیف لیکرت بیانگر این است که مقیاس کلی کیفیت زندگی زنان در حد پایین‌تر از حد متوسط عدد ۳ می‌باشد. باید تلاش کرد که وضعیت کیفیت زندگی زنان را از بعد عینی و ذهنی به درجه‌ی مطلوب و بالا ارتقاء داد. در میان مقیاس‌های بیان شده مشکلات روحی بدترین شرایط را در وضعیت زنان به همراه داشته و سلامت همگانی و عمومی برای این قشر از جامعه از اهمیت بسیاری برخوردار بوده است.

سرمایه‌ی اجتماعی همان‌طور که در تحقیقات نوغانی و همکاران (۱۳۸۷)، گروسی و نقوی (۱۳۸۷) و حقیقتیان (۱۳۹۳)، بیان شده بعنوان مهم‌ترین متغیر اثرگذار بر کیفیت زندگی زنان در جهت ارتقای سلامت همگانی پایدار و کاهش ابعاد منفی زندگی بیشترین اثر را می‌گذارد، همچنین تقویت ابعاد مشارکت، اعتماد و انسجام اجتماعی در سطوح مختلف زندگی روزمره‌ی زنان به تأثیر پایدار این دو مؤلفه اثرگذار است.

در راستای تأثیر متغیر سن بر حیطه‌های کیفیت زندگی در بین زنان اختلاف معناداری بین سلامت همگانی، عملکرد جسمانی و مشکلات جسمانی به صورت معکوس و معنادای مشاهده می‌گردد، به این صورت که با افزایش سن نمرات حیطه‌ی مورد مطالعه کاهش یافته است، بنابراین با مطالعه‌ی تحقیقات انجام شده در حوزه‌ی کیفیت زندگی می‌توان به این نتیجه مشابه هم رسید که افزایش سن حیطه‌های کیفیت زندگی را تنزل خواهد داد. سطح تحصیلات در ارتباط با کیفیت زندگی می‌تواند متغیر مهمی باشد، در واقع هر چه تحصیلات و آگاهی افراد در حیطه‌ی ابعاد مختلف زندگی افزایش یابد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زنانی که از تحصیلات عالی بهره‌مند هستند، در حیطه‌های کیفیت زندگی به نسبت زنانی که از تحصیلات کمتری برخوردارند، از نمرات بالاتری در مقیاس‌های مربوطه برخوردارند در مطالعه‌ی فرایتزلا (۲۰۰۷)، تحصیلات کمتر با افزایش میزان مرگ و میر، فقر، بیکاری، مسکن نامناسب و رفتارهای نامطلوب بهداشتی همراه بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر در تأیید یافته‌های دیگر بیانگر این است که بطور کلی افراد با تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند؛ بنابراین می‌توان گفت که هر چه سطح تحصیلات زنان بالاتر باشد بعنوان نقطه‌ی مثبت در برخورداری از یک زندگی سالم چه برای خود و چه خانواده‌ی خود مؤثر می‌باشد. از سوی دیگر یافته‌های تحقیق حاضر بیانگر این است که بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی زنان چندان تفاوتی مشاهده نمی‌گردد، که در مطالعه‌ی مشابه (بیات و همکار، ۱۳۹۰)، در مشهد به همین نکته اشاره شده است، بنابراین وضعیت تأهل تأثیر چندانی نداشته است. علاوه بر این نتایج بدست آمده در یافته‌ها بیانگر این است که اشتغال زنان بر ارتقاء کیفیت زندگی آنان تأثیر خواهد داشت؛ همچنین پایگاه اجتماعی و اقتصادی زنان، سکونت در محلات شهری متوسط رو به بالا و بالا شهر نشین تفاوت معناداری را در مقیاس‌های کیفیت زندگی به نسبت زنان پایین شهر و متوسط رو به پایین ایجاد کرده است. در مجموع با توجه به اهمیت ارتباط میان ابعاد هشت‌گانه‌ی کیفیت زندگی زنان با متغیرهایی اجتماعی چون وضعیت اشتغال، تحصیلات، پایگاه اجتماعی، سرمایه‌ی اجتماعی پیشنهاد می‌گردد که متغیرهایی همچون تحصیلات و اشتغال زنان و متغیرهای زمینه‌ای چون (سن و وضعیت تأهل)، سرمایه‌ی اجتماعی و فرهنگی و دیگر شاخص‌های منزلت و پایگاه اجتماعی و اقتصادی زنان مورد تأکید مدیران و مسئولین امر قرار گیرد تا بتوان گام‌های عمده‌ای در ارتقاء ذهنی و عینی کیفیت زندگی شهروندان بالاخص زنان در کلان‌شهرها به طور مؤثر برداشت، همچنین با تأکید بر یافته‌های پژوهشی و دستاوردهای تحقیقاتی بتوان برنامه‌ریزی‌های مختلفی در سطح ارتقاء شاخص‌های کیفیت زندگی بالاخص بعد روحی، روانی و همگانی زنان در بعد

سلامت به صورت پایدار به ثمر رساند، تا جامعه دستخوش پیامدهای ناگوار نگردد، بنابراین در سطوح ذیل به تدابیر اجتماعی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی زنان اشاره می‌نمائیم.

تدابیر و راهکارها

با توجه به نتایج و تحلیل‌های ارائه شده و به منظور تقویت هر چه بیشتر کیفیت زندگی زنان کلان‌شهرها بالاخص شهر مشهد موارد زیر بعنوان پیشنهاد و تدبیر اجرایی بیان می‌گردد.

- ۱- ارتباط متقابل شهروندان بالاخص زنان بادستگاه‌های اجرایی شهر جهت مشارکت در ارتقاء سطوح کیفیت زندگی.
- ۲- ارتقاء درآمد و ایجاد امنیت شغلی برای زنان.
- ۳- فراهم آوردن تسهیلات مسکن با هدف ارتقاء سطح کیفیت مسکن.
- ۴- تدوین برنامه‌های ارتقاء کیفیت و ظرفیت ساخت اجتماعی، روانی و فرهنگی برای جامعه‌ی زنان.
- ۵- فراهم نمودن سطح خدمات در مناطق شهری به صورت دسترسی محلی.
- ۶- ایجاد خوداشتغالی در مقیاس کارگاه‌های خانگی و کوچک برای زنان شهری.
- ۷- ایجاد ارتقاء خدمات سلامت عمومی و همگانی در محلات و مناطق شهری.
- ۸- ارائه‌ی مجوزهای لازم به تأسیس خدمات مشاوره‌ای در محلات شهری.
- ۹- اتخاذ تدابیر اجرایی برای ارتقاء شاخص‌های سلامت همگانی، روانی و اجتماعی زنان در سطح فرهنگ‌سراها و خانه‌های فرهنگی محلات.
- ۱۰- ارتقاء سطح تحصیلات عالی‌ی زنان در راستای تقویت شاخص‌های نهاد خانواده.
- ۱۱- حمایت از سازمان‌های مردم نهاد (اجتماعی و روانی) در راستای کمک به تقویت سلامت زنان.
- ۱۲- ارتقاء شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی (مشارکت، اعتماد و انسجام) زنان در جامعه.
- ۱۳- آموزش‌های مستقیم و غیر مستقیم جهت آمادگی زنان با پیامدها و آسیب‌های اجتماعی.
- ۱۴- افزایش سرانه‌ی فضاهای فراغتی زنان در سطح شهر.
- ۱۵- ارتقاء آگاهی اجتماعی، روانی و ... زنان از سوی رسانه‌های جمعی در جهت تقویت شاخص‌های کیفیت زندگی.
- ۱۶- جهت‌دهی به زنان به بهره‌مندی از برنامه‌های شاد و مفرح از سوی مدیریت شهری و رسانه‌ای جامعه.

فهرست منابع:

- آزادارمکی، تقی و حسن چاوشیان (۱۳۸۱). "بدن به مثابه رسانه‌ی هویت"، مجله‌ی جامعه‌شناسی ایران، دوره‌ی چهارم، شماره‌ی ۱، زمستان.
- امینی، مهدی (۱۳۸۵). شاخص‌های کیفیت زندگی شهروندی و نقش و وظایف دولت، تهران: هفتمین کنفرانس بین‌المللی مدیران کیفیت.
- بیات، معصومه و بیات، محبوبه (۱۳۹۰). "بررسی کیفیت زندگی زنان در شهر مشهد"، مجموعه مقالات کتاب اندیشه‌های راهبردی، زن و خانواده.
- جلایی‌پور، حمیدرضا (۱۳۸۹). "ایران: جامعه‌ی کژ مدرن"، مجله‌ی جامعه‌شناسی ایران، دوره‌ی یازدهم، شماره‌ی ۱، بهار.
- حقیقتیان، منصور (۱۳۹۳). "عوامل اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی زنان شهر اصفهان"، مجله‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی ایران، سال ششم، شماره‌ی دوم، بهار.
- حقیقتیان، منصور و گلمراد مرادی (۱۳۹۰). "بررسی نقش سرمایه‌ی اجتماعی بر رضایت شغلی کارکنان اداره‌ی تعاون (مورد مطالعه: استان کرمانشاه)"، فصلنامه‌ی جامعه‌شناسی کاربردی، سال بیست و سوم، شماره‌ی پیاپی (۱۲)، شماره‌ی چهارم، زمستان.
- خاکپور، برات‌علی و عیسی پیری (۱۳۸۴). آسیب‌شناسی اجتماعی شهر و نقش سرمایه‌های اجتماعی و کالبدی شهروندان در کاهش آن (دیدگاهی جغرافیایی)"، مجله‌ی علوم اجتماعی دانشگاه فردوس مشهد، سال دوم، شماره دوم، تابستان.
- خوارزمی، شهین‌دخت (۱۳۸۷). "کیفیت زندگی و الزامات عصر دیجیتال در ایران"، روزنامه‌ی دنیای اقتصاد.
- ربانی خوراسگانی، علی و مسعود کیانپور (۱۳۸۶). "مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی: مطالعه‌ی موردی: شهر اصفهان"، مجله‌ی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، سال ۱۵، شماره‌ی ۵۸-۵۹.
- ربانی، رسول (۱۳۸۵). "جامعه‌شناسی شهری"، ویرایش دوم، اصفهان: انتشارات دانشگاه اصفهان و انتشارات سمت.
- رضایی، آمنه؛ طاهره میرمولایی و مریم محمودی (۱۳۸۱). "مطالعه کیفیت زندگی در زنانی که از بی‌اختیاری ادراری رنج می‌برند"، مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی تهران، شماره‌ی ۸.
- رضوانی، محمدرضا؛ علی‌اکبر متکان؛ حسین منصوریان و محمد حسین ستاری (۱۳۸۸). "توسعه و سنجش شاخص‌های کیفیت زندگی شهری (مطالعه‌ی موردی: شهر نورآباد استان لرستان)، مطالعات و پژوهش‌های شهری منطقه‌ای، شماره‌ی ۲.

رنجبریان، بهرام؛ براری، مجتبی؛ صالح‌نیا، منیژه؛ و مرضیه براری (۱۳۹۰). "بررسی تفاوت زنان و مردان در زمینه‌ی تأثیرپذیری از نفوذ دیگران در خرید (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه اصفهان)"، مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان، سال ۹، شماره ۲، پاییز. زارع شاه‌آبادی، اکبر؛ ترکان، رحمت‌الله و محمود حیدری (۱۳۹۱). "بررسی رابطه‌ی بین رضایت شغلی و نشاط اجتماعی در دبیران مقطع متوسطه شهر جیرفت"، فصلنامه‌ی جامعه‌شناسی کاربردی، سال بیست و سوم، شماره‌ی پیاپی (۱۲)، شماره‌ی چهارم، زمستان.

سجادی، حمیرا و بیگلریان، اکبر (۱۳۸۵). "کیفیت زندگی سالمندان زن در آسایشگاه خیریه‌ی کهریزک"، فصلنامه‌ی پیش، سال پنجم، شماره‌ی دوم. سفیری، خدیجه و ذبیح‌الله صدفی (۱۳۹۱). "فرا تحلیل مطالعات و تحقیقات جنسیت و سرمایه‌ی اجتماعی"، فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی، سال بیست و سوم، شماره‌ی پیاپی (۴۷)، شماره‌ی سوم، پاییز.

شمس‌علی‌زاده، نرگس؛ حسن‌پور، بهزاد؛ قادری، ابراهیم؛ رضایی، فرزین، و علیرضا دلاوری (۱۳۸۹). "کیفیت زندگی در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله‌ی استان کردستان"، مجله‌ی اصول بهداشت روان، سال ۱۲، شماره‌ی ۱، بهار.

شهداد خواجه‌عسکری، علی و هما زنجانی‌زاده اعزازی (۱۳۸۷). "علت‌ها و پیامدهای ترس از جرم در بین زنان: مطالعه‌ی موردی: استان هرمزگان، بندرعباس"، مجله‌ی مطالعات اجتماعی ایران، دوره‌ی دوم، شماره‌ی ۱، پاییز.

شیخاوندی، فرزانه (۱۳۸۸). بررسی تأثیر مؤلفه‌های توسعه‌ی پایدار بر روی پایگاه اقتصادی - اجتماعی زنان سرپرست خانوار (مطالعه موردی: زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی و کمیته‌ی امداد امام خمینی شهرستان تبریز)، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.

عباس‌زاده، فاطمه؛ باقری، اعظم و مهران، ناهید (۱۳۸۸). "کیفیت زندگی در زنان باردار"، مجله‌ی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، دوره‌ی ۱۵، شماره‌ی ۱.

عریضی، فروغ‌السادات؛ محمدی، اصغر و گلنسا ساسان (۱۳۹۱). "رابطه‌ی ویژگی‌های اجتماعی و فردی زنان بر احساس امنیت آنان در اماکن عمومی شهر بندرعباس"، فصلنامه‌ی مطالعات شهری، سال دوم، شماره‌ی چهارم، پاییز.

غفاری، غلامرضا و امیدی، رضا (۱۳۸۷). "کیفیت زندگی در برنامه‌های عمرانی و توسعه‌ی ایران"، فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، سال هشتم، شماره‌ی ۳۰ و ۳۱.

_____ (۱۳۸۸). کیفیت زندگی: شاخص توسعه‌ی اجتماعی، تهران: انتشارات شیرازه، چاپ اول،

غفاری، غلامرضا؛ کریمی، علیرضا و نوذری، حمزه (۱۳۹۱). "روند مطالعه‌ی کیفیت زندگی در ایران"، فصلنامه‌ی مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، دوره‌ی اول، شماره‌ی ۳.

کرمان ساروی، فتیحه و حسین‌زاده، شیرین (۱۳۸۸). "مقایسه‌ی کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه‌دار شهر زاهدان"، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت.

گروسی، سعیده و علی نقوی (۱۳۸۷). "سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان"، فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، سال هشتم، شماره‌ی ۳۰ و ۳۱.

گل‌پرور، محسن و زهرا جوادیان (۱۳۹۰). "رابطه‌ی تعهد روانی با سطوح خودپنداره و عدالت سازمانی ادراک شده: مطالعه‌ی تطبیقی زنان و مردان"، مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان، سال ۹، شماره‌ی ۳، زمستان.

لطفی، صدیقه (۱۳۸۸). "مفهوم کیفیت زندگی شهری: تعاریف، ابعاد و سنجش آن در برنامه‌ریزی شهری"، فصلنامه‌ی جغرافیای انسانی، سال اول، شماره‌ی ۴.

نبوی، سید عبدالحسین و مرضیه شهریاری (۱۳۹۱). "بررسی تأثیر محرک‌های تنش‌زا و حمایت اجتماعی در خانواده بر تعارض خانواده با کار"، مجله‌ی جامعه‌شناسی ایران، دوره‌ی سیزدهم، شماره‌ی ۱ و ۲، بهار و تابستان.

نجات، سحرناز و همکاران (۱۳۸۷). "استانداردسازی پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت"، ترجمه و روان‌سنجی گونه‌ی ایرانی، مجله‌ی دانشکده‌ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره‌ی ۴، شماره‌ی ۴.

نوغانی، محسن؛ پورماسوله، اصغر؛ صفا، شیما؛ کرمانی، مهدی (۱۳۸۷). "کیفیت زندگی، شهروندی و رابطه‌ی آن با سرمایه‌ی اجتماعی در شهر مشهد"، مجله‌ی علوم جغرافیا دانشکده‌ی علوم انسانی دانشگاه فردوسی، شماره‌ی ۵۰۱.

Annika F.S. Gunilla C. (2007). "Health- promoting Aspects of a paid Job: Findings in a qualitative Interview Study with Elderly Women in Sweden", Health Care for Women International 28, 10: 909-929.

Donald A (2001). What is quality of life? Available at: www.jr2.ox.ac.uk.

Fayers, P.M, machin, D. (2000). "Quality of life assessment. Analysis and interpretation", John Wiley, New York.

Fritzellia S. Gunilla R. W. Johan F. and Burstroma B (2007). "From macro to micro: The health of Swedish lone mothers during

changing economic and social circumstances”, *Social Science & Medicine*. 65 (12): 2474-2488.

Fodor, Eva and Dorothy Redai. (2009). *Differences between Men and Women in Quality of Life, Deliverable of EU-Project Quality*, Utrecht: Utrecht University.

Giovanni, A. and Paola, M. (1999). “Review of the concept of quality of Life assessment and discussion of the present trend in clinical reasrd”, *Journal of Neph.dial, transplant*, 14: 69-65

Massam, B, H. (2002). “Quality of life: public planning and private living, progress in planning”, Vol, 58, pp 141-227.

Miles, I, (1985). *Social indicators for human development*, London, Frances piner.

Noorbala, A.A.; S.A. Bagheri Yazdi; M.T. Yasamy and K. Mohammad. (2004). “Mental Health Survey of the adult population in Iran”, *The British Journal of Psychiatry*, n. 184, pp. 70-73.

Phillips, D (2006). *Quality of Life: Concept, Policy and Practice*, London: Rutledge Publications.

Prutkin, J. M. (2002). *A History of Quality of life Measurement*, A Thesis Submittes toThe Yale University School.

Stieglitz, J. (2002). “Participation and Development: Perspectives from the Comprehensive Development paradigm”, *Review of development economics*, vol, 6, pp 163-182.

Ritzer, George. (2011). *Sociological Theory*, Eighth edition. New York: Mac Graw Hill companies.

Royuela V, Surinach J. (2005). “Constituents of quality of life and urban size”, *Social Indicators Research*, 74 (3): 594-572.

Ware J, Gandek B. (1998). “Overview of the Sf-36 Health survey and the International Quality of life Assessment (IQOLA) project”, *J clinic Epidemil*.51 (11): 903-912.