

## ارزیابی تاثیر شاخص های کیفیت محیط زندگی بر سلامت اجتماعی ( مورد مطالعه : شهروندان شهر مشهد )

### 1.یلدا پسندیده، 2.ساسان ودیعه، 3.ایرج ساعی ارسی

دانشجوی دکتری جامعه شناسی اقتصاد و توسعه، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)  
استادیار جامعه شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
استادیار جامعه شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

### چکیده

در دهه های اخیر، شهرهای به سرعت رشد یافته و تحولات شهرسازی ناشی از آن، باعث بروز مسائل و مشکلات متعدد در محیط های شهری از جمله واحدهای مسکونی و محلات شده است. گسترش روزافزون جمعیت شهری و به تبع آن توسعه ناموزون و سریع شهرها، ارتباطات انسانی، همبستگی و انسجام جمعی را تهدید کرده و باعث کاهش پاسخگویی محیطی، بهم خوردن آرامش و سلامت افراد نیز شده است. این پدیده تقریباً در تمام کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه از جمله ایران بروز یافته است. همچنین، نوعی رابطه پنهان ولی اثرگذار میان کیفیت محیط سکونت و سلامت اجتماعی ساکنان وجود دارد. این پژوهش با هدف ارزیابی شاخص ها و مولفه های کیفیت محیط سکونت موثر بر سلامت اجتماعی ساکنان شهر مشهد و بارویکردی کمی انجام شده است. با استفاده از فرمول کوکران و شیوه نمونه گیری خوشه ای تصادفی، 400 نفر از ساکنان محلات شهر مشهد که در مجتمع آپارتمانی زندگی میکردند، مورد بررسی قرار گرفتند.

بر اساس یافته های پژوهش، مهمترین مولفه های کیفیت محیط سکونت موثر بر سلامت اجتماعی، کیفیت کالبدی- فضایی محله، امنیت، سیمای ظاهری، امکانات ساختمان، ایمنی ساختمان، موقعیت در ساختمان و تسهیلات واحد مسکونی بودند. تمامی متغیرهای زیر مجموعه سازه های کیفیت زندگی شهری و سلامت اجتماعی از معناداری بالای 0/01 برخوردار می باشند. شاخص های کیفیت محیط سکونت، بیشتر بر مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی و پذیرش اجتماعی از زیر متغیرهای سلامت اجتماعی موثر بود. جنسیت، سطح تحصیلات و سطح برخورداری مهمترین پیش بین های فردی و هویتی پاسخگویان در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اجتماعی بودند و میزان درک ساکنان از کیفیت محیط سکونتشان را تغییر میدادند. پژوهش نشان داد، 38 درصد از تغییرات واریانس در متغیر سلامت اجتماعی توسط متغیر کیفیت محیط سکونت و متغیرهای فردی تبیین شده است.

**کلید واژگان:** کیفیت محیط زندگی، کیفیت محیط سکونت، سلامت اجتماعی، رویکرد کمی، دیدگاه شناختی- ادراکی، ساکنان

شهر مشهد.

## 1- مقدمه و بیان مساله

رشد شهری در قرن بیستم سهم جمعیت شهرنشین را به شدت افزایش داده و شهرنشینی را به شیوه غالب زندگی تبدیل کرده است. برای نخستین بار در تاریخ زندگی بشر، بیشتر مردم جهان در مکان‌های شهری زندگی می‌کنند. "پیش بینی می‌شود که تا سال 2050، حدود دو نفر از سه نفر، در مناطق شهری سکونت کنند (Revi et al, 2014: 45). امروزه، ارزیابی کیفیت شهرها، به عنوان فضای اصلی زندگی مردم، به موضوعی بنیادین تبدیل شده است که با رویکردهای چندگانه اجتماعی، محیطی، اقتصادی و زیستی بررسی میگردد. شهرنشینی به عنوان یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی شهروندان، محسوب میشود. در این معنا، همانگونه که سلامت انسان‌ها، تا حد زیادی تحت تأثیر وضعیت برنامه‌ها و اهدافی است که شهر برای آنها در نظر گرفته است. زندگی شهری نیز، در گرو ارتقای سطح کیفی سلامت است.

شهر سالم با انسانهای سالم معنا مییابد و روابط متقابل بین محیط شهری و سلامت موجب بوجود آمدن جامعه ای سالم و پویا خواهند شد. ارتقای سطح سلامت، به مثابه محور توسعه جوامع پذیرفته شده و با توجه به اهداف منشور اوتاوا، هدف نهایی همه دولتهاست (قدمی و معتمد، 1392: 33 به نقل از سالاری و دیگران، 1393: 54). شهر سالم شهری است؛ که در آن شهروندان، عوامل تأثیرگذار در سلامت خویش را شناسایی کرده و برای به حداکثر رساندن قابلیت‌های خود و جامعه اقدام کنند و به طور مداوم و مستمر در حال آفرینش و بهبود بخشی به محیط‌های کالبدی و اجتماعی‌شان باشند و یکدیگر را در راه اجرای تمامی عملکردهای زندگی و دستیابی به حداکثر توان‌های خودشان پشتیبانی نمایند. شهرهای سالم حافظ سلامتی ساکنین بوده و ملزم به تعیین شرایط مناسب برای فعالیت، امنیت و شکوفایی شهروندان‌شان هستند. ارتباطات اجتماعی در شهرهای سالم، تعالی دهنده و در جهت تغییر و اصلاح جامعه است. و این همان مفهوم ارتقای کیفیت محیط شهری در ارتباط با سلامت اجتماعی ساکنان است که این پژوهش در پی بررسی و ارزیابی سازوکار آن است.

کیفیت زندگی شهری، مقوله ای میان رشته ای، پیچیده، چندبعدی و همراه با جنبه‌های ذهنی-کیفی و عینی-کمی است که تعاریف متعددی برای آن ایجاد شده است. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی شهری، ویژگیهای کلی اجتماعی-اقتصادی در یک ناحیه را نشان میدهد که میتواند به عنوان ابزاری قدرتمند برای نظارت بر برنامه ریزی توسعه اجتماعی به کار رود. همچنین این شاخص، به عنوان معیاری برای سنجش میزان برآورده شدن نیازهای مادی و روحی - روانی جامعه، تعریف شده است (دهقانی و همکاران، 1391 به نقل از قادری و همکاران، 1398: 83). ارزیابی ساکنان از محیط سکونتی-شان بر میزان جذب و نگهداشت جمعیت در بافت‌های شهری و نیز ادراک و ارزیابی آنان از سلامت اجتماعی شان تأثیر دارد و در واقع سلامت اجتماعی افراد؛ هدف اصلی توسعه است و انسان‌ها فاعل و منبع اصلی توسعه به شمار می‌آیند. "از منظر رویکرد توسعه انسانی، مردم ثروت واقعی یک کشور هستند و هدف عمده توسعه، ایجاد محیطی مناسب و مستعد برای مردم به منظور برخورداری از یک زندگی طولانی‌خلاقانه توأم با سلامتی است" (UNDP, 1990: 10). کیفیت یک مکان در مقیاس‌های مختلف (منطقه، شهر، محله، محل سکونت) در حقیقت پدیده‌ای ذهنی است و هر شخصی که آن مکان را اشغال می‌کند می‌تواند؛ در نظرات خود در مورد آن متفاوت باشد. برداشت و ارزیابی هر یک از افراد از ویژگی‌های محیط نشان می‌دهد که کیفیت محیط می‌تواند تحت تأثیر ویژگی‌های خاصی از ساکنین، از جمله تجربیات آن‌ها باشد (Roiko & Cleary, 2019: 87). بخشها و بافتهای مختلف شهری از لحاظ ابعاد کیفیتی دارای ویژگیهای یکسانی نیستند. بافتها و محلات مسکونی میتوانند از نظر معیارهایی چون عمر ساختمانها، سبک معماری، ساختار فضایی، میزان فضای سبز و موقعیت جغرافیایی از یکدیگر متمایز باشند. وجود این تفاوتها بطور کلی مورد اختلاف نیست، اما بین درک ساکنان با توجه به محیط مسکونیشان تفاوت وجود دارد (Adriaanse, 2007).

بدین ترتیب باید دید در بین بافتها و محلات با ویژگیهای مختلف چه میزان تفاوت بین محیط زندگی دلخواه و زندگی واقعی ساکنان وجود دارد. شناخت ادراکات و ترجیحات ساکنان در ارتباط با کیفیتها و ارزشهای محیطی مکانی که در آن

زندگی میکنند، تأثیر اساسی در برنامه ریزی و تصمیم گیری پیرامون طرح هایی با هدف ارتقای کیفیت محیط سکونت دارد (رفعیان و دیگران، 1393، به نقل از درستکار و حور، 1395).

با این حال، امروزه، شهرهای به سرعت رشد یافته، اصل زندگی شهری و حیات محله‌ها را به فراموشی سپرده اند و با اجرایی کردن اهداف کوتاه مدت، کمتر پاسخگوی نیازهای شهروندان بوده‌اند و افزایش مشکلات ناشی از این گونه توسعه ناپایدار و ناموزون، در زمینه های ایجاد اشتغال، درآمد، تامین بهداشت عمومی و کاهش نشاط، همبستگی و انسجام اجتماعی و افزایش دامنه ناهنجاریها، عرصه زندگی سالم را تنگ کرده است و این سیر نگران کننده و روزافزون عوامل تهدیدزای سلامت زیست شهروندان، برنامه ریزان حوزه شهر و سلامت را بر آن داشته به دنبال مولفه های موثر بر پیوند محیط شهری با سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و حتی معنوی ساکنان شهرها باشند. این پدیده، تقریباً در تمام کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه از جمله ایران بروز یافته است و اکنون، ضرورت تلاش همه جانبه برای افزایش سلامت شهر با بهره مندی از مشارکت مردم بیش از پیش احساس میشود. انسان در شهر، هم در یک فضای فیزیکی قرار دارد و هم در یک فضای اجتماعی و از محیط اطراف تأثیرهای مثبت و یا منفی دریافت می‌کند. این محیط‌های فیزیکی و اجتماعی جزو عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی شهروندان می‌باشند و با بررسی، ارزیابی و تغییر در شرایط این دو محیط می‌توان به تغییر در شرایط شهروندان و بهبود آن کمک کرد.

ایران، کشوری در حال توسعه است و از خصوصیات کشورهای در حال توسعه، ویژگی در حال گذار بودن می‌باشد، بدین معنی که تغییر در وضعیت‌های اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی بسیار گسترده است. متأسفانه طی سال‌های اخیر، به دلیل ضعف نظام برنامه‌ریزی و حاکمیت، نگاه کالبدی - کارکردی بر طرح‌های منطقه‌ای و شهری حاکم شده است. همچنین، مهاجرت‌های وسیع و رشد سریع کالبدی و مهمتر از آن، اعمال سیاست‌ها و روش‌های ناکارآمد در مواجهه با محله‌های شهری و بی توجهی به نقش سازنده محله‌های شهری در ارتقای هویت اجتماعی، اقتصادی، کالبدی و ... شهرها، مشکلات و مسائل محله‌های شهری به نحوی بی‌سابقه ظاهر شده است. این بی‌توجهی، باعث کاهش کیفیت محیط اجتماعی، افزایش روند تخریب فیزیکی، به هم خوردن تعادل میان رفاه اجتماعی و کارآمدی به نفع کارایی اقتصادی و به طور کلی کاهش کیفیت زندگی شهری و خصوصاً کیفیت محله‌های شهری شده است (سلیمانی و دیگران، 1393: 2).

کلانشهر مشهد نیز از این قاعده مستثنی نبوده است. این شهر در طی چند سال اخیر به خاطر هویت فرهنگی- زیارتی و گردشگری خود دچار تغییراتی شده است. سرشماری‌ها نشان می‌دهد، از سال 1335 تا 1395، جمعیت شهر مشهد طی 60 سال از حدود 242 هزار نفر به نزدیک 3 میلیون و 500 هزار نفر رسیده است یعنی 12 برابر شده است و در آخرین سرشماری (1395)، پس از تهران، دومین شهر پرجمعیت ایران است. حتی با این که این شهر، پایین ترین نرخ رشد خود را در سرشماری سال 1395 به ثبت رساند یعنی 1/7 درصد اما باز هم از نرخ رشد کشوری (1/24 درصد) بالاتر است (برگرفته از سایت به آدرس: <https://mashhadfori.com/detail/66131>).

علاوه بر رشد سریع جمعیتی، مساحت و وسعت این کلانشهر نیز از رشد سریعی در دهه‌های اخیر برخوردار بوده، مساحت مشهد، طبق آخرین آمار، 351 کیلومتر مربع برآورد شده است و تراکم جمعیت در مشهد بیش از نه هزار تن در هر کیلومتر مربع است (آمارنامه شهر مشهد، 1396، برگرفته از سایت <https://mrdm.mashhad.ir>). این رشد و توسعه سریع و پرشتاب طی دهه‌های اخیر، سازمان فضایی آن را در هم شکسته و شهری که تا چند دهه پیش در فضایی محدود، ارگانیک و منسجم شکل گرفته و در فضایی کالبدی سخت محصور بود، امروزه گسترش زیادی یافته و گرفتار ساختاری متخلخل و ناموزون است.

از آن جایی که، بیشتر مطالعات انجام شده در حوزه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی محلات، صرفاً بر جنبه‌های فیزیکی و جسمی و یا مولفه‌های روانی سلامت شهروندان (همچون حس امنیت در محیط، آرامش بصری و روانی و ...) تأکید نموده و کمتر به جنبه‌های اجتماعی آن که منجر به شکوفایی اجتماعی، انسجام و دستیابی به نشاط و سلامت اجتماعی می‌شود،

پرداخته است، این پژوهش، با تکیه بر ارزیابی و ادراک فرد از کیفیت محیط سکونت‌اش، تاثیر آن را بر سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد بررسی می‌کند. همان چیزی که اکنون به عنوان مولفه های محیط های پاسخده در برنامه ریزی و طراحیهای شهری مطرح شده است.

در پایان بر اساس برخی مطالعات، به نظر میرسد، قرار گرفتن فرد در محیطهای مطلوب، ممکن است سلامت افراد را تقویت کرده و تأثیر برخی از عوامل منفی دیگر را کاهش دهد. همچنین، به نظر میرسد، بهبود کیفیت محیط فیزیکی و اجتماعی و فضای سبز و پیاده‌راه‌های محله، به‌گونه‌ای که شرایط را برای افزایش تعاملات اجتماعی در آن فراهم آورد، می‌تواند همبستگی اجتماعی را در میان ساکنان تقویت کند که همگی از مؤلفه‌های مؤثر در شکل‌گیری سلامت اجتماعی به شمار می‌روند. همچنین متغیرهای فردی- اجتماعی افراد پاسخگو؛ همچون سن، جنسیت، تحصیلات و طبقه اجتماعی و ... نیز نقش مهمی در نوع و سطح درک آنها از کیفیت محیط سکونتشان دارد که می‌تواند سلامت اجتماعی آن‌ها را نوسان دهد و در رابطه بین دو متغیر، دخالت کند. این پژوهش، بر آن است به بررسی مولفه های کیفیت زندگی شهری مؤثر بر سلامت اجتماعی ساکنان محلات شهر مشهد بپردازد. این شاخصها مبتنی بر گزارشهای شخصی افراد از ادراکاتشان در مورد جنبه های مختلف محل سکونتشان است. سوال اصلی پژوهش این است که آیا درک و ارزیابی فرد از ویژگی‌های محیط سکونتش (شامل: خانه و واحد ساختمانی و محله) تأثیری بر سلامت اجتماعی آنان دارند؟ و کدام ویژگی‌های محیطی تأثیرگذاری بیشتری و در واقع پیش بین های اصلی سلامت اجتماعی شهروندان هستند؟ و در آخر اگر متغیرهای فردی به عنوان متغیرهایی کنترل گر و تعدیل کننده که درک افراد از کیفیت محیط سکونتشان را تحت تأثیر قرار میدهند، وارد معادله شوند، آیا میزان این تأثیر را متفاوت می‌کنند؟

نوآوری پژوهش حاضر، نحوه نگرش به موضوع تحقیق است. در هیچ یک از مطالعات پیشین، دو متغیر کیفیت محیط زندگی ( بر اساس 3 مقیاس جداگانه خانه مسکونی، ساختمان و محله) و مولفه های سلامت اجتماعی (بر اساس نظریه کییز) و از نگاه ساکنین مورد بررسی قرار نگرفته است و سازوکار و نحوه اثرگذاری مولفه های دو متغیر (مستقل و وابسته) بدست نیامده است. در این تحقیق، واگرایی و همگرایی نتایج تحقیق مذکور با تحقیقات پیشین نیز بررسی میشود.

## 2- مروری بر تحقیقات پیشین

همزمان با پدیدار شدن بحرانهای محیطی، کیفیت محیط به عنوان بخشی از مفهوم کلی کیفیت زندگی شناخته شد (Poll van, 1997). در اولین کنفرانس سکونتگاه سازمان ملل در سال 1976، مفهوم کیفیت محیط شهری برای اولین بار در یک مجمع رسمی بین المللی مطرح شد. در این کنفرانس کیفیت محیط را با برآورده نمودن نیازهای اساسی انسان و عدالت اجتماعی مترادف دانستند که این نیازها عبارتند از: غذا، مسکن، شغل، بهداشت، آزادی، شرافت، امکان پیشرفت فردی و توزیع عادلانه درآمدهای توسعه (بحرینی، 1377: 146). این مفهوم در دوره های مختلف تحت تأثیر رویکردهای مطرح توسعه و در ابتدا با چیرگی نگاه اقتصادی در دهه 1960 عنوان گردید. لیکن زمینه های اصلی توجه به مفهوم کیفیت محیط در سطوح خرد و محلی با خیزش رویکرد توسعه ی اجتماعی و توسعه ی پایدار در دهه 1990، شروع گردید. چالشها و تبعات پیشروی جهانی شدن در پیوند با آراء رویکردهای اجتماعی به توسعه، باعث توجه به نقش بخش مردمی و ابعاد محلی توسعه گردید. رویکرد محلی گرایی و اجتماع محوری در سالهای اخیر همه حوزه های توسعه را در نوردیده است. در سالهای اخیر، علاقه گسترده ای برای مطالعه در زمینه کیفیت زندگی و ابعاد جزئی تر آن شامل کیفیت محیط سکونت و مناطق شهری تازه توسعه یافته مطرح گردیده است.

پژوهش های بین رشته ای بسیاری نشان داده است که جایی که مردم در آن زندگی میکنند به طور قابل توجهی سلامت آنها را تحت تأثیر قرار میدهد. اما بیشتر این پژوهشها چه داخلی و چه خارجی، بیشتر ابعاد جسمی و روانی سلامت

را سنجیده اند و کمتر به ابعاد اجتماعی سلامت پرداخته اند. به طور مثال، ساندکویست و همکارانش<sup>1</sup> طی مطالعه ای در سال 2004 در سوئد، بین میزان فقر در محله و بیماریهای قلبی و عروقی رابطه مستقیم پیدا کردند. هانتر و دیگران<sup>2</sup> (2019)، در مطالعه ای کیفی و متاروایی نشان دادند، میتوان با بهبود تحرک و فعالیت بدنی و افزایش ظرفیتهای تعامل اجتماعی و مشارکت افراد در مقیاس محله، سلامتی و بهزیستی محلی را افزایش داد. و افزایش و بهبود فضای سبز شهری باعث کاهش استرس و نتایج اجتماعی همچون کاهش جرم و افزایش حس ایمنی شده است. ژانگ و دیگران<sup>3</sup> (2019)، در یک تحقیق مقایسه‌ای در گوانگژو چین به این نتیجه رسیدند که بین سلامت فردی و محیط محله رابطه معنادار وجود دارد. اگرچه مقیاس‌های عینی و ذهنی محیط محله هر دو با 3 بعد سلامت مرتبطاند اما سلامت جسمی و سلامت اجتماعی بیشتر تحت تأثیر معیارهای عینی قرار می‌گیرند. در حالی که مولفه‌های سلامت روان بیشتر تحت تأثیر معیارهای ذهنی محیط محله قرار گرفته است. همچنین افزایش کیفیت و کمیت فضای سبز، فضای عمومی، امکانات خدماتی و تسهیلات مسکن در تقویت انسجام اجتماعی و تحریک ارتباط با همسایگان نقش دارند. موراتیدیس، کوستاس<sup>4</sup> (2018)، در مطالعه ای در اسلو نشان داد که شکل‌های جمع و جور شهری به ساکنان این امکان را می‌دهد تا شبکه‌های بزرگتر از روابط نزدیک را حفظ کنند، با دوستان و خانواده، بیشتر معاشرت کنند، از حمایت اجتماعی قوی تری برخوردار شوند و از فرصت‌های شغلی بیشتر برخوردار شوند. در نتیجه، شکل شهری خود می‌تواند سلامت روانی و اجتماعی شهروندان را افزایش دهد.

بوتینی، لوکا<sup>5</sup> (2018)، در مطالعه ای تجربی، به بررسی ویژگی‌های فیزیکی و اجتماعی محله و تأثیر آن بر تمایل ساکنان به مشارکت پرداخته است. محقق معتقد است: تأثیر متغیرهای جمعیت شناختی در بحث مشارکت افراد؛ حاشیه‌ای است و متغیرهای فضایی و نقش ویژگی‌های فیزیکی و محیط ساخته شده (همچون بعد نمادین و عاطفی محله‌ها)، قدرت تبیین بالاتری را در تشویق اقدامات اجتماعی و مشارکت در جامعه نشان می‌دهند. پورتینگا و همکارانش<sup>6</sup> (2007)، در پژوهش خود، به این نتیجه رسیدند که ادراک افراد از ویژگی‌های فیزیکی محله با سلامت عمومی ایشان رابطه دارد. تحقیقات اخیر بسیاری نشان داده اند که محیط فیزیکی محله تأثیر فزاینده و بالقوه ای بر رفتار سلامتی دارد.

نتایج مطالعه موسسه RIVM هلند در سال 2000 در خصوص ارزیابی کلی کیفیت محیط‌های مسکونی نشان داد که کیفیت اجتماعی و زیست کالبدی محله در مناطق سرسبز شهر، بیش از سایر مناطق است و این مستقیماً به ادراک ساکنان از محیط بستگی دارد.

رحیمی فرد و زمانی در سال 1397 در مطالعه ای به بررسی عوامل کالبدی موثر بر سلامت اجتماعی ساکنان اصفهانی پرداختند و نتایج نشان داد، هرچه فضاهای عمومی در محلات، قابلیت جذب اقشار بیشتری را داشته باشد و دارای امنیت مناسب و جرم خیزی پایین تری باشد، روابط اجتماعی، همبستگی و انسجام اجتماعی و در نتیجه سلامت اجتماعی ساکنان افزایش می‌یابد.

میرغلامی و دیگران (1396)، در مطالعه‌ای به بررسی عوامل اجتماعی - کالبدی تأثیرگذار بر حس سلامتی و سلامت روانی ساکنین تبریز پرداختند. یافته‌ها بیانگر این بود که به ترتیب ساکنین گونه سکونتی تراکم پایین با تفاوت معنی‌داری، کمتر دچار پریشانی روانی می‌گردند. در گونه‌های سکونتی با تراکم بالا، تعامل همسایه‌ها بیشتر متمایل به دخالت آن-

1 - Sundquist & et al

2 - Hanter.R.F , Cleland.C &et al

3 - zhang,Lin, Zhou, Suhong, Kwan, Mei-Po

4- Mouratidis, Kostas

5- Bottini, Luca

6 -Poortinga & et al

ها می‌باشد و منجر به نابرابری‌های سلامتی در گونه‌های سکونتی شده است یافته‌ها بیانگر اهمیت تراکم و پیکره بندی فضایی بر میزان سلامت روانی ساکنان و تبیین کننده نابرابری‌های سلامتی افراد می‌باشد.

کوکبی، علی و گودرزی در سال 1396، در مقاله‌ای مروری، تاثیر کیفیت معماری محیط بر سلامت روان افراد را نشان داده است.

زیاری و دیگران (1396)، در مقاله‌ای، شاخص‌های محیطی اثرگذار بر سلامت زیست شهری شهروندان در قم را بررسی کرده اند و نشان دادند بین مطلوبیت شاخص‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی خانوار و مطلوبیت کیفیت محیطی رابطه مستقیم وجود دارد. 3 شاخص آلودگی محیط زیست، کیفیت و فضاهای عمومی در منطقه و خوانایی محیط مهمترین عوامل تاثیرگذار محیطی در سلامت زیست شهروندان قمی بودند.

رحیمی فرد، فروغ (1394)، در پایان نامه کارشناسی ارشد با عنوان "طراحی شهری با رویکرد سلامت کل نگر (جسمی، روانی و اجتماعی)، با تاکید بر فرم شهردر یکی از محلات اصفهان"، نشان داد: افزایش پیوستگی و وحدت محله و ایجاد شکل هندسی در گره‌ها باعث سلامت روانی شهروندان میشود. ایجاد لاین دوچرخه سواری، تجهیز محیط به وسایل ورزشی، ایجاد پیاده راه و ترویج پیاده مداری، کاهش فاصله مرکز خرید با بافت محله، سلامت جسمی را افزایش میدهد. و ایجاد فضاهای محلی اجتماع پذیر جهت ارتقا پیوندهای اجتماعی باعث بهبود سلامت اجتماعی میشود.

نتایج حاصل از دیگر مطالعات داخلی همچون امامقلی (1392) و طباطبائیان و تمنایی (1392)، نشان داد که رابطه معناداری بین سلامت عمومی انسان و محیط کالبدی پیرامونی وی وجود دارد. نوع طراحی ساختمانها، کنترل و انسجام محیطی، بازسازی ذهنی و نشاط آوری می‌توانند از طریق کاهش یا افزایش استرس، بر سلامت روان اثرگذار باشند.

نتایج پژوهشهای پیشین نشان میدهند که بخش بزرگی از سلامت ساکنان متکی بر عوامل مکانی خصوصا کیفیت محل سکونت است. مطالعات مختلفی، بر تاثیر متقابل محیط سکونت و سلامت کلی شهروندان تاکید کرده اند، اکثر تحقیقاتی که در حوزه ویژگیهای اجتماعی محله انجام شده است، بر خصایصی همچون: حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی و انسجام اجتماعی تاکید نموده اند. از سوی دیگر، عمدتا تاثیر جو اجتماعی محلات مسکونی بر سلامت روان ساکنان مورد توجه بوده است (آلدموم، 2005 به نقل از گروسی و شمس الدینی، 1393: 3). اما مطالعات محدودی وجود دارد که دقیقا به تاثیر ویژگیهای کیفیت محیط سکونت و سلامت اجتماعی ساکنان پرداخته باشد و مولفه های سلامت اجتماعی را در رابطه با درک فرد از کیفیت محیط سکونت به صورت تجربی سنجیده باشد. نکته حائز اهمیت این است که آیا کیفیت محیط سکونت، میتواند مستقیما سلامت اجتماعی ساکنین را ارتقا بخشد یا خیر؟ ساکنان، بهترین قضاوت کنندگان در خصوص موقعیت زندگی خود هستند. لذا سنجش وضعیت کیفیت محیط سکونت و تاثیر آن بر ابعاد اجتماعی سلامت ساکنان، از لحاظ کاربردی و برنامه ریزی برای نائل شدن به شهری پایدار و سالم حائز اهمیت است. از این رو، تحقیق پیش رو میتواند تلاشی باشد جهت رفع کمبود پیشینه تحقیقاتی که تاثیرات کیفیت محیط سکونت بر سلامت اجتماعی ساکنین را مورد آزمون تجربی قرار داده اند.

### 3- مفاهیم و مبانی نظری

#### 3-1- کیفیت محیط مسکونی

کیفیت محیط، موضوعی پیچیده و در برگیرنده ادراکات، نگرشها و ارزشهای گروهی و افراد مختلف است. کیفیت محیط را میتوان به عنوان بخش اساسی از مفهوم گسترده تر از کیفیت زندگی تعریف کرد (RIVM, 2002: 13). کیفیت محیط از برآیند کیفیت اجزای متشکله یک ناحیه معین حاصل میشود، اما بیشتر اشاره به جمع اجزای سازنده محیط، بر ادراک کلی از یک مکان دلالت دارد.

کیفیت محیط مسکونی شهری مفهومی واجد ارزش ذهنی محسوب میشود. این ارزش به واسطه ارزش "محیط مسکونی شهری" که در بردارنده ویژگیهای اساسی نظیر رضایت مندی فرد از مسکن، محله و همسایگان است، تعیین

میشود. بدین ترتیب ارزش ذهنی کلی محیط مسکونی شهری، معادل مجموع ارزیابیهای صورت گرفته از ویژگیها و مؤلفه های سازنده محیط است. مفهوم عبارت کیفیت سکونت محیط با کاربرد آن اندکی تفاوت دارد؛ اما بطور کلی، به شرایط محیطی اشاره دارد که مردم در آن زندگی میکنند (به عنوان مثال هوا، آلودگیهای آبی و مسکن فرسوده) یا به ویژگیهای خود افراد (مثل سلامتی یا میزان تحصیلات و پایگاه اجتماعی) برمیگردد. بطور کلی میتوان کیفیت محیط را منعکس کننده تفاوتها و شکاف های بین امید و انتظارات فرد با تجربیات حاضر وی دانست (Marans, 2003:137).

با وجود نظریه های مختلفی که در مورد کیفیت محیط شهری ارائه شده است، به دلیل فقدان یک چهارچوب قابل قبول عمومی در این امر، مفهوم کیفیت محیط زندگی تا حدودی با ابهام روبرو است. بنابراین هدف از تعریف مفاهیم و مؤلفه های کیفیت محیط شهر این است که یک نظریه کلی و عمومی در مورد یک مجتمع زیستی خوب ارائه شود. نظریه ای که با هرگونه محیط انسانی سازگار شود، به آن پاسخگو باشد و بتواند ارزشهای عمومی را به عملیات خاص و مشخصی پیوند دهد و به ارتباط بین ارزشهای انسانی و کالبد شهر محدود شود (لینچ، 1376: پیشگفتار).

در طی سال های اخیر دو دیدگاه در مورد کیفیت زندگی وجود داشته است: مکتب عینی و مکتب ذهنی. در مکتب اول کیفیت زندگی به عنوان بخش عینی زندگی که شامل غذا، سرپناه، شرایط محیطی و نظایر آن است، شناخته می شود. در مکتب دوم کیفیت زندگی به عنوان بخش ذهنی زندگی مورد توجه قرار می گیرد که توسط نگرش ها و احساسات انسان معین می شود. اگرچه هر دو مکتب در تحقیقات مورد توجه قرار گرفته است، اما مکتب ذهنی به وضوح، بحث مسلط در این زمینه است (Ling, 1984:4). جنبه ذهنی به افراد کمک می کند تا تعریفی از هویت، آرمان ها و جهت یابی زندگی شان ارائه کنند و این جنبه زمانی با ارزش است که با شرایط عینی زندگی همراه شود (Shucksmith, 2006:83).

بعد از سال 1980، به تدریج شاخص های ذهنی به منظور اندازه گیری ادراک از کیفیت زندگی ساکنان شهر استفاده میشود. این رویکرد بر اساس چگونگی درک و توصیف مردم از وضع خود استوار است (لطفی، 1389، به نقل از درستکار و حور، 1395). در این رویکرد کیفیت سکونت به عنوان بخش ذهنی زندگی مورد توجه قرار میگیرد که توسط نگرش ها و احساسات انسان معین میشود. این رویکرد معنای کیفیت زندگی و کیفیت سکونت را در سطح فردی و بر مبنای تجارب فردی مورد توجه قرار میدهد. به طوریکه، "یک محیط مسکونی با کیفیت که القاء کننده ی احساس رفاه و رضایتمندی به ساکنان است، از طریق خصوصیات کالبدی، اجتماعی و یا نمادین خود را نشان میدهد (poll van, 1997).

در این تحقیق؛ کیفیت محیط سکونت، با استفاده از چارچوب دو دیدگاه تحقیقات تجربی و دیدگاه شناختی- ادراکی و در سه مقیاس: واحد مسکونی، واحد ساختمانی و و محله محل سکونت مورد بررسی قرار می گیرد. واحد مسکونی به مفهوم فضای داخلی یک واحد مسکونی است و شامل مولفه های: ویژگیهای فضایی خانه، طبقه، تسهیلات، متراژ، اتاق خوابها، کیفیت بهداشتی است. واحد ساختمانی، دومین مقیاس از محیط زندگی است که در این پژوهش، با مولفههایی همچون: امنیت ساختمان، تعداد خانوار، سیمای ظاهری ساختمان، مدیریت، امکانات، روابط همسایگی سنجش میشود. سومین مقیاس از محیط زندگی که دربرگیرنده دوسطح دیگر است و شامل محله محل سکونت فرد است، با مولفههایی همچون امنیت محله، کیفیت شهرسازی، کیفیت فضای سبز، امکانات محلی و کیفیت زیست محیطی بررسی می شود.

بر اساس این مدل، به منظور ساختار بندی و ایجاد نمودار ارزش کیفیت محیط در محلات مورد مطالعه از روش کل به جزء (بالا به پایین) استفاده شده است که متشکل از شاخصها و زیر شاخصهایی در پنج سطح است. در مدل مورد بحث کیفیت محیط شهری در سطح اول نمودار ارزش قرار دارد. بر مبنای زیر شاخص های سطح آخر، گویه هایی در قالب پرسشنامه تدوین شد و کیفیت محیط شهری و تاثیرات آن بر سلامت اجتماعی توسط ساکنین مورد ارزیابی قرار گرفت.

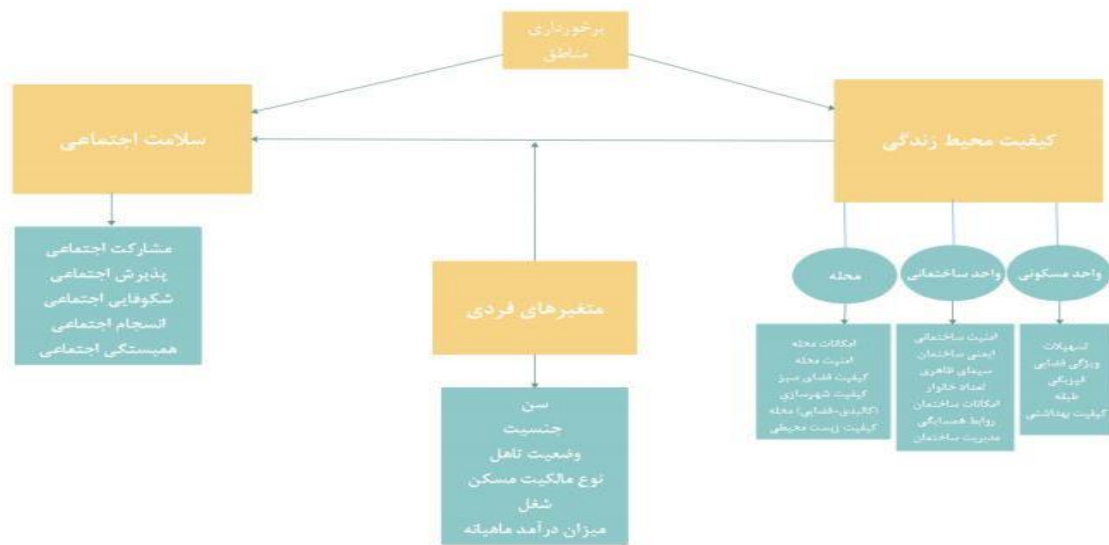
### 3-2- تبیین مفهوم سلامت اجتماعی و عوامل محیطی-کالبدی دستیابی به آن

محیط ساخته شده شامل؛ ساختمان‌ها و فضاهایی که توسط مردم ایجاد می‌شوند، محیط داخل و خارج در کنار محیط اجتماعی و کیفیت زندگی بر روی سلامتی تاثیرگذار است. تاثیر محیط‌های مضر و روش زندگی ساکنین، در به وجود آمدن عامل بیماری و مرگ که شامل بیماری‌های قلبی، سرطان، بیماری‌های مغزی، عروقی، بیماری‌های مزمن تنفسی و جراحات که به علت طراحی نامناسب‌المان‌های محیطی می‌باشد رو به افزایش است (لاوین و همکاران: 2006). برخی از ساختمان‌ها برای کسانی که در آن حضور دارند مشکلات جسمی و روانی را پدید می‌آورند که با عنوان «سندروم ساختمانی» شناخته می‌شوند. این مشکلات عمدتاً به دلیل نداشتن شرایط مساعدی همچون نور، دید و منظر، تهویه و مصالح مناسب به وجود می‌آید. ، مدتهاست که تاثیرات کیفیت محیطی بر سلامت افراد در تحقیقات متعدد اثبات شده است. پروشانسکی معتقد است هر محیط فیزیکی، محیط اجتماعی نیز به شمار می‌آید و جداسازی این دو جنبه از محیط ممکن نیست (Proshansky, 1970). روان‌شناسان محیطی، از دیدگاه‌های مختلف به بررسی تأثیرات محیط کالبدی بر رفتار انسان و حس تندرستی وی پرداخته‌اند. به طور کلی، مطالعات تجربی تاثیر محله بر سلامت را می‌توان به دو دسته اصلی تقسیم کرد: مطالعاتی که از داده‌های سرشماری‌ها استفاده می‌کنند و مطالعاتی که به طور مستقیم، در قالب رویکردهای متفاوت، محیط فیزیکی و اجتماعی محله را اندازه‌گیری می‌کنند (Diez Roux & Mair, 2010, 125). پس از تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت، مفهومی که تا آن زمان تنها با بعد جسمی و نبود بیماری شناخته می‌شده، با سایر ابعاد به خصوص بعد اجتماعی سلامت نیز مورد توجه قرار گرفته و از آن زمان سلامت اجتماعی با محور قرار دادن عملکرد اجتماعی فرد، به عنوان یکی از سطوح سلامت شناسایی شده است. این تعریف سلامتی را به توانایی مواجهه و تطابق با یک محیط خاص پیوند می‌دهد و آن را به عنوان وسیله‌ای که هم بر امکانات اجتماعی و فردی تأکید دارد و هم بر توانایی‌های جسمی، معرفی می‌کند. ریشه سلامت اجتماعی در «محیط‌زیست مادی مثبت» یعنی توجه بر موضوع‌های اقتصادی و اقامتی و «محیط‌زیست انسانی مثبت» است که شبکه اجتماعی فرد را در نظر می‌گیرد (نیازی، 1390: 102). اشخاصی که از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند، با موفقیت بیشتری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی کنار بیایند. آنان از ثبات و انسجام بیشتری برخوردارند و می‌توانند مشارکت بیشتری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند. حوزه سلامت اجتماعی از سال 1995 به بعد، علاوه بر نگرش کلی و عامی آن که بر کیفیت سلامت در میان تمامی افراد تاکید دارد، در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را در دو بعد سلامت روان و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. در واقع، ارتقای سلامت، در بر گیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. بهبود سلامت از دو طریق امکانپذیر است، یکی توسعه شیوه سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در شرایط حیات سالم را امکانپذیر می‌سازد (Mehraeen, 2013 به نقل از همان: 102).

درهمین راستا، کیزی<sup>7</sup>، جزء صاحب نظرانی است که در ارتباط با سلامت اجتماعی یا به عبارت درست‌تر، بهزیستی اجتماعی نظریه پردازی کرده است. کیزی مفهوم "سلامت اجتماعی" را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع، به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت مطرح می‌کند. بعد اجتماعی سلامت انسان، عمدتاً بر تعامل انسان با محیط پیرامون وی و نقش‌های انسان تأکید دارد. وی، بر این اساس مدل پنج عاملی خویش را مطرح می‌کند که در آن پنج عامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی، شاخص‌های سلامت را تشکیل می‌دهند. مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشان دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی اوست (noorbala, 2011 به نقل از رحیمی فرد و زمانی، 1397: 100).

<sup>7</sup> -Keyes





مدل شماره 1- مدل تحلیلی تحقیق (منبع نگارنده)

#### 4- روش شناسی تحقیق

به دلیل اینکه مهمترین هدف این پژوهش بررسی و توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص خواهد بود، از لحاظ هدف در شاخه تحقیقات کاربردی قرار میگیرد. روش تحقیق، توصیفی- تحلیلی است و برای پاسخگویی به فرضیات تحقیق، پرسشنامه مناسبترین ابزار برای گردآوری داده های این پژوهش تشخیص داده شد. سه پرسشنامه جهت بررسی متغیرهای مورد مطالعه در این تحقیق به کار رفته است: 1- پرسشنامه محقق ساخته سنجش کیفیت محیط زندگی (متغیر مستقل)، 2- پرسشنامه ویژگیهای دموگرافیکی، اجتماعی و اقتصادی ساکنان مورد مطالعه (متغیر مستقل) و 3- پرسشنامه استاندارد جهانی سلامت اجتماعی متعلق به کییز (متغیر وابسته). درجه بندی این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای بوده و درجه های « کامل موافق»، « موافق»، « تا حدودی»، « کاملاً مخالف» و « مخالف» را شامل میشود. برای سنجش روایی سوالات پرسشنامه از روایی صوری و برای بررسی پایایی آنها از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. به منظور گردآوری داده های پژوهش، بر اساس فرمول کوکران، نظرات تعداد 400 نفر از ساکنین محلات مسکونی شهر مشهد بر پایه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای جمع آوری گردید. در مرحله بعدی داده های گردآوری شده با استفاده از نرم افزارهای SPSS و SmartPls طبقه بندی و پایش شد و و با استفاده از تحلیل عاملی و آزمونهای آمار استنباطی (همچون رگرسیون چندگانه)، نقش هر کدام از مؤلفه های مذکور در پیشبینی سلامت اجتماعی ساکنین مورد مطالعه تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام، یک تکنیک آماری برای تحلیل رابطه بین یک متغیر وابسته و دو یا چند متغیر مستقل است (ویژگیهای سطح پایینتر). سازماندهی متغیرها را نیز میتوان از دو رویکرد تجزیه ای (یا بالا به پایین) و ترکیبی (یا پایین به بالا) انجام داد. حاصل هر دو رویکرد یاد شده "تجزیه ای یا ترکیبی" درخت ارزشی در این زمینه نشان میدهد که کدام متغیرهای سطح پایینتر بر متغیرهای سطح بالاتر تأثیرگذارند یا به بیان آماری کدام متغیرها مستقل و کدام متغیرها وابسته اند (امین صالحی، 1387: 87 به نقل از شاهی آقبلاغی، 1395: 64).

#### 5- تحلیل یافته های تحقیق

در ذیل، یافته های پژوهش در دو بخش ارائه میشود. بخش اول، به یافته های توصیفی پرداخته و در بخش دوم، مدل ساختاری پژوهش به آزمون گذاشته شده و تبیین متغیروابسته توسط متغیرهای مستقل انجام میشود.

### - ویژگی های فردی پاسخگویان

در این پژوهش تعداد پاسخگویان زن و مرد یکسان بوده و همان طور که مشاهده می شود 50 درصد پاسخگویان مرد و نزدیک به 50 درصد نیز زن بوده اند.

بخش اعظم پاسخگویان در بازه سنی 31-45 سال قرار داشته اند که نزدیک به 46 درصد پاسخگویان را در بر گرفته است و الباقی پاسخگویان در بازه سنی زیر 30 سال نزدیک به 25 درصد و 46 سال به بالا نزدیک به 29 درصد می باشند.

نتایج یافته ها نشان می دهد که نزدیک به 37 درصد پاسخگویان تحصیلات دیپلم و پایین تر و 38 درصد دیگر نیز تا کارشناسی و 25 درصد نیز ارشد و بالاتر از آن داشته اند.

از لحاظ وضعیت تاهل همان طور که مشاهده می شود 24 درصد پاسخگویان مجرد و 71/5 درصد نیز متأهل و 4/3 درصد مطلقه و بیوه بوده اند.

به لحاظ نوع شغل، وضعیت پاسخگویان در این پژوهش بدین صورت بود که مشاغل خدماتی، کارگر و آزاد سطح پایین نزدیک به 30 درصد، و مشاغل کارمند و آزاد سطح بالا نزدیک به 31 درصد از پاسخگویان را شامل می شوند.

### جدول 1- سیمای پاسخگویان

سن	درصد	تاهل	درصد	تحصیلات	درصد	درآمد	درصد	مالکیت مسکن	درصد	منطقه شهری	درصد
زیر 30 سال	25.2	مجرد	24.2	ابتدایی تا دیپلم	12.1	زیر یک میلیون	18.9	رهن و اجاره	32.7	برخوردار	43.8
31 تا 45 سال	46.3	متاهل	71.5	دیپلم	24.9	یک تا دو میلیون	30.9	ملکی	59.7	نیمه برخوردار	33.3
46 سال به بالا	28.5	مطلقه یا بیوه	4.3	فوق دیپلم و لیسانس	37.9	دو تا سه میلیون	27.4	سازمانی	1.0	غیربرخوردار	22.8
				فوق لیسانس و بالاتر	25.1	سه میلیون به بالا	22.8	فامیل و دوستان	6.6		
											جنسیت
											زنان
											مرد

### - توصیف آماری متغیرهای پژوهش

به عنوان اولین سازه کیفیت واحد مسکونی مورد ارزیابی قرار گرفت که دارای شاخص های فضائی- فیزیکی، تسهیلات واحد مسکونی، کیفیت بهداشتی واحد و رضایت از طبقه می باشد. به لحاظ آماری مشاهده گردید میانگین ها به طور معناداری

بالتر از حد متوسط می‌باشند، این امر بدین معنا که از منظر پاسخگویان، کیفیت واحد مسکونی شان در وضعیت مطلوبی به سر می‌برد. در این میان، کیفیت بهداشتی منزل بیش از دیگر شاخص‌ها از وضعیت مطلوبی برخوردار بوده است. سازه کیفیت ساختمان نیز دارای ابعاد امنیت، ایمنی، سیمای ظاهری، تعداد خانوار، مدیریت ساختمان، امکانات و روابط همسایگی بود. مشاهده گردید که میانگین‌ها نیز به طور معناداری بالاتر از حد متوسط می‌باشند، این امر بدین معناست که پاسخگویان، به لحاظ شاخص‌های کیفیت ساختمان در وضعیت مطلوبی به سر می‌برند و در شاخص‌های امنیت ساختمان و تعداد خانوار ساکن از بیشترین مطلوبیت برخوردارند.

سومین سازه، کیفیت محله بوده که دارای ابعاد امکانات محله، امنیت محله، کیفیت فضای تجمع، کیفیت کالبدی-فضائی، و کیفیت زیست محیطی می‌باشد. میانگین شاخص‌های زیر مجموعه سازه کیفیت محله نیز به طور معناداری بالاتر از حد متوسط می‌باشند، این امر بدین معناست که از منظر پاسخگویان، محله در هر کدام از شاخص‌های کیفیت محله در وضعیت مطلوبی به سر می‌برد. در این میان، کیفیت کالبدی-فضائی دارای بیشترین میانگین و مطلوبیت بوده است.

سازه سلامت اجتماعی، دارای ابعاد شکوفائی اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی است. توصیف این سازه به لحاظ آماری نشان داد که شاخص‌های زیرمجموعه سازه سلامت اجتماعی در شاخص‌های شکوفائی اجتماعی، همبستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی به طور معناداری پایین تر از حد متوسط و در شاخص‌های انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی به طور معناداری بالاتر از حد متوسط بوده‌اند.

#### - نتایج حاصل از مقایسه میانگین‌ها (T Test آزمون تی مستقل)

در ادامه پژوهش به مقایسه میانگین هر کدام از شاخص‌های زیرمجموعه پرداخته شد. هدف بررسی تفاوت میان گروه‌های مختلف سنی، جنسی، تحصیلی و ... بود که موجب بینش عمیق‌تر جامعه مورد مطالعه می‌گردید، بدین منظور از آزمون تی مستقل (Independent Sample t test) استفاده شده است.

مقایسه میانگین شاخص‌های کیفیت واحد مسکونی نشان می‌دهد که به لحاظ جنسیت در شاخص‌های تسهیلات واحد مسکونی و کیفیت بهداشتی منزل، مردان رضایت بیشتری از زنان داشته‌اند. همچنین با آن که میان مجردها و متاهلین تفاوت معناداری در هیچ کدام از شاخص‌های مورد مطالعه مشاهده نمی‌شود اما به لحاظ درآمد، جایگاه شغلی و سطح تحصیلی تفاوت معناداری در تمامی شاخص‌های کیفیت واحد مسکونی مشاهده شده و پاسخگویانی که از وضعیت درآمدی، شغلی و تحصیلی بالاتری برخوردار بوده‌اند، از کیفیت واحد مسکونی خود در تمامی شاخص‌های زیرمجموعه آن شامل تسهیلات واحد، موقعیت در ساختمان (طبقه)، کیفیت فضای فیزیکی و کیفیت بهداشتی رضایت بیشتری داشته‌اند. مقایسه میانگین شاخص‌های رضایت از کیفیت واحد مسکونی در گروه‌های سنی نشان از عدم وجود تفاوت معنادار دارد. همچنین، از نظر نوع مالکیت منزل نیز، ساکنان واحدهای مسکونی ملکی رضایت بیشتری در کیفیت فضائی فیزیکی و کیفیت بهداشتی منزل خود در مقایسه با ساکنان واحدهای مسکونی رهنی و اجاره ای داشته‌اند.

مقایسه میانگین شاخص‌های کیفیت ساختمان نشان می‌دهد که به لحاظ جنسیت در شاخص روابط همسایگی، مردان رضایت بیشتری از زنان داشته‌اند. همچنین با آن که میان مجردها و متاهلین تفاوت معناداری در هیچ کدام از شاخص‌های مورد مطالعه مشاهده نمی‌شود، اما به لحاظ درآمد، جایگاه شغلی و سطح تحصیلی تفاوت معناداری در تمامی شاخص‌های کیفیت ساختمان مشاهده شده و پاسخگویانی که از وضعیت درآمدی، شغلی و تحصیلی بالاتری برخوردار بوده‌اند، از کیفیت ساختمان خود در تمامی شاخص‌های زیرمجموعه آن شامل امنیت و ایمنی ساختمان، سیمای ظاهری، تعداد خانوار در ساختمان، نحوه مدیریت و امکانات و روابط همسایگی رضایت بیشتری داشته‌اند. همچنین مقایسه میانگین شاخص‌های رضایت از کیفیت ساختمان در گروه‌های سنی نشان از وجود تفاوت معنادار میان گروه‌های سنی زیر 30 سال و بالای 46 سال به لحاظ رضایت از سیمای ظاهری داشته و گروه سنی زیر 30 سال رضایت کمتری داشته‌اند. همچنین، از نظر نوع

مالکیت منزل نیز، ساکنان واحدهای مسکونی ملکی رضایت بیشتری در ایمنی ساختمان، سیمای ظاهری و امکانات ساختمان در مقایسه با ساکنان واحدهای مسکونی رهنی و اجاره ای داشته‌اند.

مقایسه میانگین شاخص‌های کیفیت محله نشان می‌دهد که به لحاظ جنسیت در هیچ کدام از شاخص‌های مورد مطالعه، تفاوتی میان زنان و مردان مشاهده نمی‌شود و هر دو گروه سطح رضایت مشابهی از وضعیت محله خود داشته‌اند. همچنین به لحاظ امکانات محله، تفاوت معناداری میان مجردها و متاهلین دیده می‌شود که در آن مجردها سطح رضایت بالاتری داشته‌اند و به لحاظ درآمد، جایگاه شغلی و سطح تحصیلی تفاوت معناداری در تمامی شاخص‌های کیفیت محله مشاهده شده و پاسخگویانی که از وضعیت درآمدی، شغلی و تحصیلی بالاتری برخوردار بوده‌اند، از کیفیت محله خود در تمامی شاخص‌های زیرمجموعه آن شامل امکانات محله، امنیت محله، کیفیت فضای سبز، کیفیت کالبدی- فضائی و کیفیت زیست محیطی رضایت بیشتری داشته‌اند. همچنین مقایسه میانگین شاخص‌های رضایت از کیفیت محله در گروه‌های سنی نشان از وجود تفاوت معنادار میان گروه‌های سنی زیر 30 سال و بالای 46 سال به لحاظ کیفیت کالبدی- فضائی دارد. همچنین، از نظر نوع مالکیت منزل نیز، ساکنان واحدهای مسکونی ملکی رضایت بیشتری در کیفیت کالبدی فضائی و کیفیت زیست محیطی از محله خود در مقایسه با ساکنان واحدهای مسکونی رهنی و اجاره ای داشته‌اند.

مقایسه میانگین شاخص‌های سلامت اجتماعی نشان می‌دهد که در هیچکدام از شاخص‌های مورد مطالعه میان گروه‌های مجرد و متاهل تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود، اما به لحاظ جنسیت، درآمد، شغل و تحصیلات تفاوت معناداری در تمامی شاخص‌های سلامت اجتماعی مشاهده شده و پاسخگویانی که از وضعیت درآمدی، شغلی و تحصیلی بالاتری برخوردار بوده‌اند، از سلامت اجتماعی در تمامی شاخص‌های زیرمجموعه آن شامل شکوفائی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی رضایت بیشتری داشته‌اند. مقایسه میانگین شاخص‌های سلامت اجتماعی در گروه‌های سنی نشان از وجود تفاوت معنادار میان گروه‌های سنی زیر 30 سال و بالای 46 سال به لحاظ انسجام اجتماعی دارد، همچنین، از نظر نوع مالکیت منزل نیز، ساکنان واحدهای مسکونی ملکی وضعیت مطلوب تری در شاخص‌های شکوفائی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی در مقایسه با ساکنان واحدهای مسکونی رهنی و اجاره ای داشته‌اند.

**بررسی اعتبار ترکیبی سازه‌ها:** به منظور بررسی اعتبار ترکیبی از بخش Quality Criteria استفاده می‌شود. در این بخش، مقدار اعتبار ترکیبی (Composite Reliability) ارائه شده است. مقادیر بیش از 0/7 قابل قبول می‌باشند. همانگونه که مشاهده می‌شود مدل به لحاظ اعتبار ترکیبی قابل قبول می‌باشد.

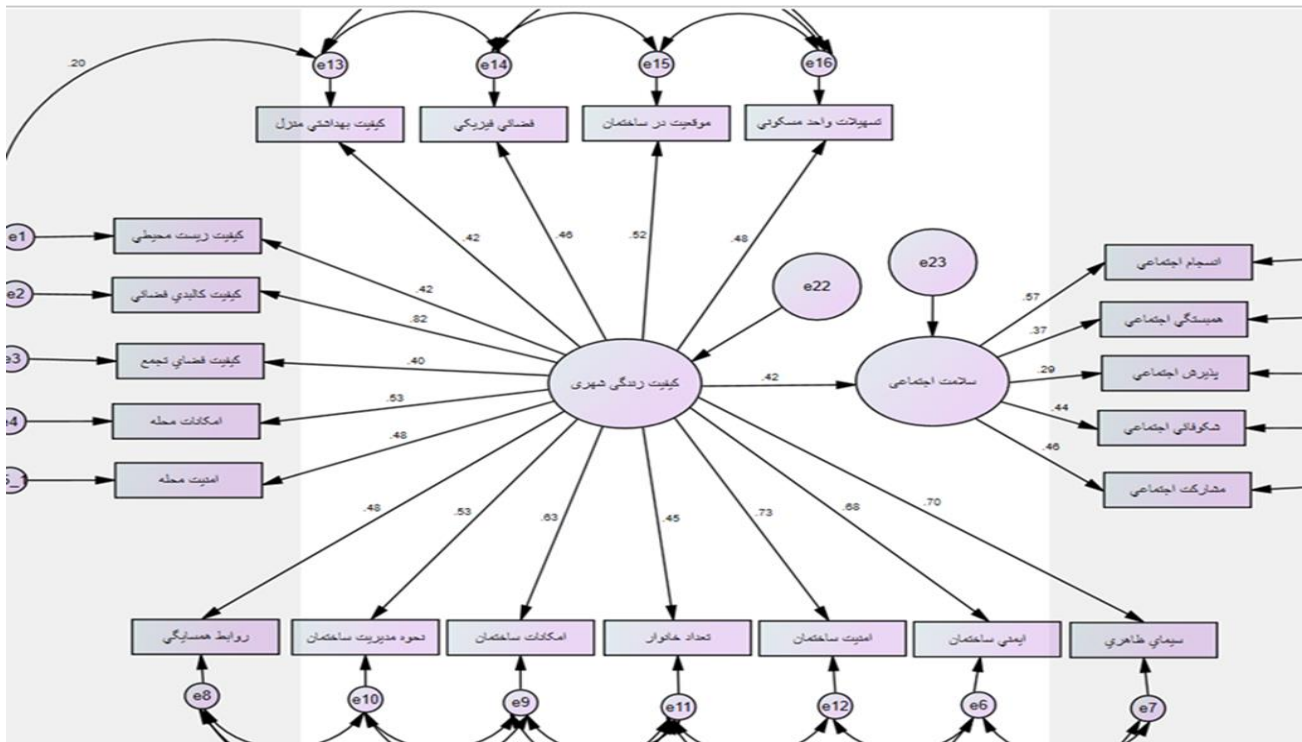
جدول شماره 2- بررسی اعتبار ترکیبی مدل

	Composite Reliability
کیفیت زندگی شهری	0.903
سلامت اجتماعی	0.820

#### بررسی تاثیر کیفیت زندگی شهری بر سلامت اجتماعی

متغیر کیفیت زندگی شهری دارای سه بعد کیفیت ساختمان، کیفیت واحد مسکونی و کیفیت محله بوده است که شاخص‌های آن‌ها در قالب سازه کیفیت محیط سکونت ارائه شده است. بررسی روابط میان متغیرها در چهارچوب معادله ساختاری نشان می‌دهد که سازه سلامت اجتماعی به نحو زیر از سازه کیفیت زندگی شهری تاثیر می‌پذیرد.

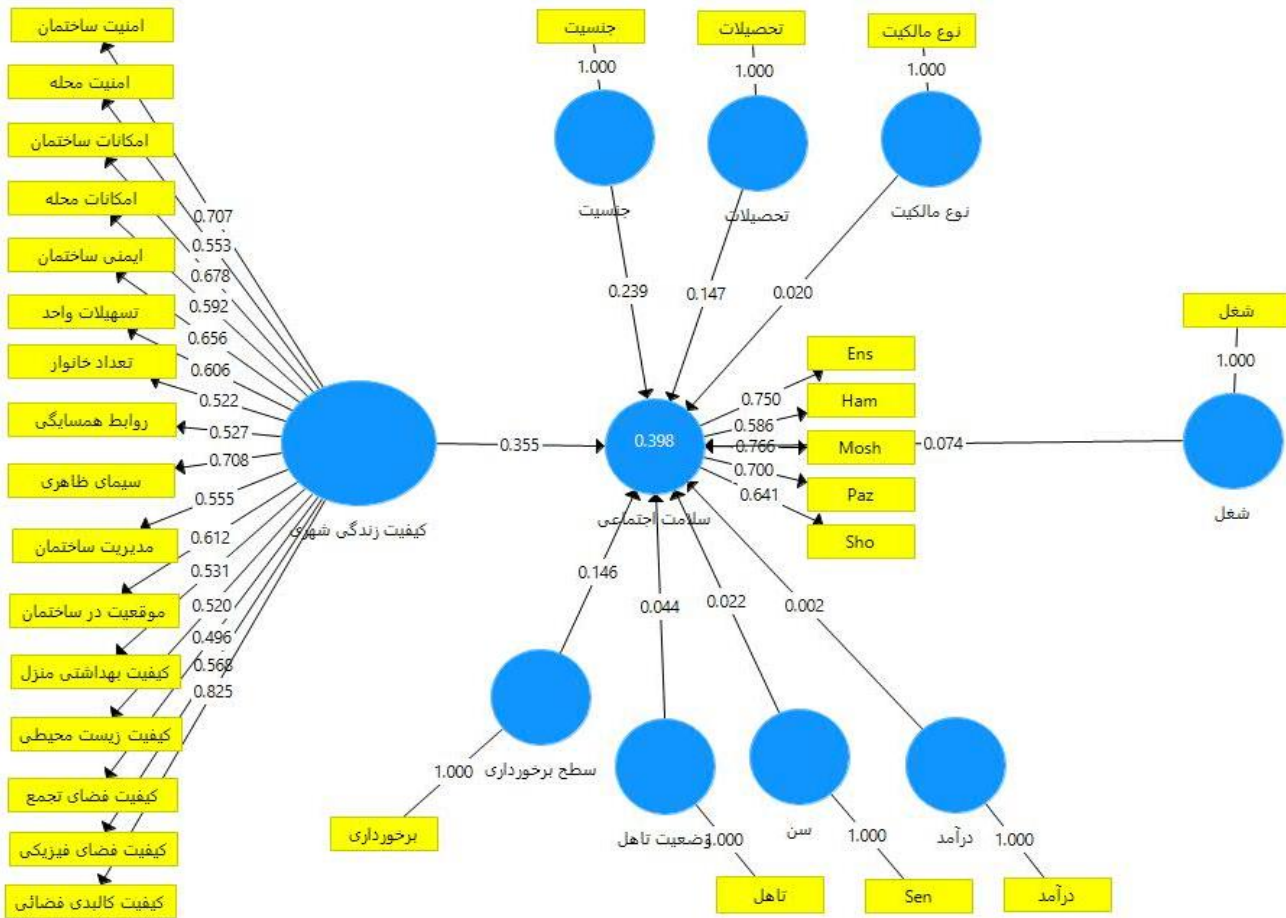
مدل شماره 2- مدل تحلیل عاملی بررسی روابط علی میان سازه‌های کیفیت محیط زندگی و سلامت اجتماعی



بدین ترتیب، متغیر پنهان کیفیت زندگی شهری که سازه مستقل ما در این پژوهش می‌باشد در مجموع تا 42 درصد تحت تاثیر شاخص‌های زیرمجموعه خود و معرف آنها می‌باشد. این سازه در میان شاخص‌های کیفیت واحد مسکونی، بیشترین تاثیر را از شاخص‌های موقعیت در ساختمان (طبقه) و تسهیلات واحد مسکونی می‌گیرد؛ در میان شاخص‌های کیفیت ساختمان، بیشترین تاثیر را از امنیت، ایمنی و سیمای ظاهری ساختمان می‌گیرد، و در میان شاخص‌های کیفیت محله، بیشترین تاثیر را از شاخص کیفیت کالبدی - فضایی می‌پذیرد.

بررسی معناداری روابط و تاثیرگذاری بارهای عاملی در بخش Estimates نیز نشان می‌دهد که تمامی متغیرهای زیر مجموعه رابطه معناداری (در سطح 99 درصد) با متغیر کیفیت زندگی شهری دارند. علامت ستاره (\*) در ستون P نشان دهنده سطح معناداری بالاتر از 99 درصد می‌باشد.

مدل شماره 3- بررسی تاثیر کیفیت زندگی شهری بر سلامت اجتماعی با توجه به تاثیر متغیرهای زمینه‌ای



### بررسی معناداری روابط متغیرها

به منظور بررسی معناداری بارهای عاملی، از Bootstrapping استفاده می‌شود. ملاک اعتبار قابل قبول در اینجا این است که اعداد بالاتر از 1/96 در سطح 0/05 و بالاتر از 2/58 در سطح 0/01 معنی دار هستند. همان گونه که شکل صفحه بعد نشان می‌دهد، تمامی متغیرهای زیر مجموعه سازه‌های کیفیت زندگی شهری و سلامت اجتماعی از معناداری بالای 0/01 برخوردار می‌باشند. در میان متغیرهای مربوط به ویژگی‌های هویتی پاسخگویان، متغیرهای جنسیت، تحصیلات و سطح برخورداری از رابطه معناداری بالای 0/99 برخوردار بوده‌اند و متغیرهای سن، وضعیت تاهل، سطح شغلی، درآمد و نوع مالکیت با سازه‌های مورد مطالعه رابطه معنادار نداشته‌اند. مقدار R Square ضریب تعیین می‌باشد:

جدول شماره 3- ضریب تبیین متغیرهای مستقل بر متغیر سلامت اجتماعی

	R Square	R Square Adjusted
سلامت اجتماعی	0.398	0.384

همان گونه که مشاهده می‌شود در پژوهش حاضر، به میزان 38 درصد از تغییرات متغیر وابسته - سلامت اجتماعی- توسط متغیرهای مستقل - کیفیت زندگی شهری و متغیرهای زمینه‌ای- تبیین شده است.

## 6- بحث و نتیجه گیری

طبق برآوردهای رسمی در سال 2013، جمعیت جهان به بیش از 7 میلیارد نفر رسیده است و بیش از 50 درصد این جمعیت ساکن نواحی شهری هستند. امروزه، افراد، به‌ناچار در شهر تحت تأثیر محیط اطراف خود قرار می‌گیرند و این باعث تغییر در سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی آن‌ها می‌شود. مقاله حاضر در راستای شناسایی تأثیر مولفه‌های کیفیت محیط زندگی بر سلامت اجتماعی ساکنان، با تکیه بر مدل تحلیلی تحقیق، به بررسی رابطه میان این دو متغیر پرداخت. نتایج تحقیق نشان داد مهمترین پیش بین‌های کیفیت محیط سکونت موثر بر سلامت اجتماعی در بعد کیفیت واحد مسکونی، موقعیت در ساختمان (طبقه ای که فرد در آن زندگی میکند) و تسهیلات واحد مسکونی (شامل امکاناتی که برای فرد در خانه مهیا است) میباشد. در بعد کیفیت واحد ساختمانی، متغیرهای اثرگذار شامل: امنیت و ایمنی ساختمان و سیمای ظاهری (شامل نما و مصالح به کار رفته در ساختمان است) و در بعد کیفیت محله مهمترین و موثرترین متغیر، کیفیت فضایی- کالبدی محله (شامل کلیه کیفیات شهرسازی اعم از دسترسی به خدمات شهری و فضای سبز و فضای تجمع) بوده است. نتایج همچنین نشان میدهد، شاخص‌های زیرمجموعه سازه سلامت اجتماعی در شاخص‌های شکوفائی اجتماعی، همبستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی به طور معناداری پایین تر از حد متوسط و در شاخص‌های انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی به طور معناداری بالاتر از حد متوسط بوده‌اند.

نتایج تحقیق نشان میدهد: هرچه ایمنی ساختمان از لحاظ استحکام و مقاوم بودن و امنیت ساختمان از لحاظ بیشتر باشد، سلامت اجتماعی ساکنان نیز افزایش یافته است، حس امنیت و ویژگیهای کالبدی- فضایی دو متغیر پیش بین در بیشتر تحقیقات گذشته همچون (رحیمی فرد و زمانی، 1397)، (زیاری و دیگران، 1396)، (صدری، 1396)، (مدیری و دیگران، 1396)، (رحمانی و دیگران، 1395)، (مسگرانی و شکوهی، 1395)، (بخارایی و دیگران، 1394)، (سویزی و دیگران، 2019)، (هانتر و دیگران، 2019)، (ژانگ و خوان، 2019)، (مورایتیدیس، 2018)، (بوتینی، 2018)، (بیشاپ و مارشال، 2017)، (چن و لین، 2016)، (ابوبکر و دیگران، 2016)، (روچسبروک و دیگران، 2016)، (دن لادی و دیگران، 2015)، (شان رنی و هانلی، 2015)، (مهدی پناه و دیگران، 2015)، (فیلزانی و دیگران، 2015) بوده اند و در این پژوهش نیز رابطه و اثر گذاری این زیر شاخص‌ها بر کیفیت محیط زندگی و سکونت تایید شد. مهمترین پیش بین‌های هویتی اثرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اجتماعی ساکنان، دو متغیر جنسیت و تحصیلات بود، تاثیر این روابط معنادار در تحقیقات قبلی همچون (رحیمی فرد و زمانی، 1397)، (فیروزبخت و دیگران، 1396)، (میرغلامی و دیگران، 1396)، (محسنی و نوابخش، 1395)، (پارسامهر و رسولی نژاد، 1394)، (بنی فاطمه و دیگران، 1393)، (حسینی و میرچولی، 1393)، (مشکینی و دیگران، 1395)، (رضایی و مودن زاده، 1393)، (زاهدی و پيله وری، 1393)، (زکی و خشوعی، 1390)، (حاجی نژاد، 1389)، (چن و لین، 2016)، (مهدی پناه و دیگران، 2015)، نیز مشاهده شده است. نتایج این مقاله، میتواند مقدمه شروع تحقیقات و پژوهش‌های شهری خصوصا در جهت افزایش کیفیت فضای سکونت در محلات و بهبود مولفه‌های سلامت اجتماعی باشد. همچنین، رشته‌های مرتبط همچون: شهرسازی، معماری، طراحی شهری، جامعه‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، جغرافیای انسانی و ... نیز میتوانند از نتایج این تحقیق و به ویژه بحث سلامت اجتماعی استفاده کنند و این موضوع مهم و حیاتی را در دیگر بخشهای زندگی بشر وارد کنند.

## 7- پیشنهادات تحقیق

1- بر اساس یافته‌های تحقیق، ارزیابی ساکنان از محیط سکونت و تصورشان از محل زندگی نقش بسیار زیادی در سلامت اجتماعی آنان ایفا میکند. پیشنهاد میشود، مدیریت شهری و دست اندرکاران برنامه ریزی در مناطق شهر مشهد، در طراحی‌ها و پروژه‌های شهری محله‌ای، نگاه صرفا کالبدی- کارکردی نداشته و با ایجاد و تقویت نهادها و تشکل‌های محله‌ای شامل ساکنان همان محلات، نظرات آنان را در نظر بگیرند تا محله‌هایی پایدار و پاسخده جهت رفع نیازهای واقعی شهروندان شکل بگیرد.

- 2- تقویت بافت های فرهنگی محله ای از طریق افزایش کاربری های فرهنگی در سطح محلات جهت افزایش پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی ساکنان و افزایش سلامت اجتماعی ساکنان محله.
  - 3- ایجاد سازمانهای اجتماعی در محله و ارتقاء سرمایه اجتماعی مکانی جهت افزایش اعتماد ساکنان و توسعه سطح رفاه مادی و بهبود بهزیستی اجتماعی که خود باعث افزایش سلامت اجتماعی در جامعه میگردد.
  - 4- توجه بیشتر به ایجاد فضاهای عمومی و فضاهای تجمع و مرکز محلاتی که تعاملات رودر رو و چهره به چهره میان ساکنین محله را فراهم می کند جهت افزایش انسجام و کنترل اجتماعی و همبستگی اجتماعی.
  - 5- ایجاد حس صمیمیت و دوستی در بین همسایگان و هم محله ای ها از طریق تقویت مدیریت ساختمان و انجام جلسات ماهانه با ساکنین و افزایش فعالیت های محلی که حضور جمعی را می طلبد جهت افزایش پذیرش، مشارکت و شکوفایی اجتماعی ساکنان.
  - 6- عطای وام به مالکان واحدهای مسکونی در جهت بهبود کیفیت تسهیلات داخل خانه از جمله، سیستم های بهداشتی، گرمایشی و سرمایشی واحدهای مسکونی و نظارت بر ساختمانهای در حال احداث در جهت رعایت هرچه بیشتر این اصل جهت افزایش کلی سلامت اجتماعی ساکنان .
  - 7- مدنظر قراردادن اصول زیبا شناسی در احداث ساختمان های جدید به لحاظ ابعاد، رنگ، نما و شکل ظاهری ساختمان ها جهت بهبود حس تعلق به مکان و شکوفایی اجتماعی ساکنان.
- منابع و مواخذ:

قادری، جعفر، رستگار، ابراهیم، قهری، مسلم (1398)، شناسایی و تحلیل عوامل مؤثر بر ابعاد اقتصادی، اجتماعی و کالبدی کیفیت زندگی در محله های شهری (مورد مطالعه: منطقه 7 شهرداری تهران)، فصلنامه علمی اقتصاد و مدیریت شهری، شماره 27، تابستان، صص: 86-81.

سالاری سردری، فرضعلی، حیدری مقدم، مصطفی، سبحانی، نوبخت و عارفی، اعظم (1393)، بررسی مولفه های کیفیت زندگی در فضاهای شهری (مطالعه موردی: شهر لامرد)، دوفصلنامه پژوهشهای منظر شهر، سال اول، شماره 2، پاییز و زمستان، صص: 62-53.

وجدانی درستکار، نازنین، باقرزاده حور، لیلیا (1395)، مقایسه شاخصهای ادراکی کیفیت محیط سکونت در بافت قدیم و جدید شهر مشهد، چاپ شده در کنفرانس بین المللی نخبگان عمران، معماری و شهرسازی، خردادماه.

رحیمی فرد، فروغ، زمانی، بهادر (1397)، مقایسه تطبیقی نقش عوامل محیطی-کالبدی بر میزان سلامت اجتماعی در دو محله سنتی و جدید (مطالعه موردی: محله های دردشت و ملاصدراي اصفهان)، فصلنامه علمی- پژوهشی مطالعات شهری، شماره 29، زمستان، صص: 110-99.

هدایتی مرزبالی، معصومه، مقصودی تیلکی، محمدجواد، زارعی، مهسان (1396)، ارزیابی تأثیر کیفیت دسترسی محلات مسکونی بر روابط اجتماعی و سلامت ساکنین (مورد مطالعه: پنانگ مالزی)، فصلنامه آمایش محیط، شماره 44، صص: 223-201.

افشار، زهرا (1391)، ارزیابی شاخصهای شهر سالم در منطقه 3 شهر مشهد، پایان نامه کارشناسی ارشد دفاع شده در دانشگاه فردوسی، مشهد.

امامقلی، عقیل، ۱۳۹۲، کیفیت معماری محیط و رابطه آن با سلامت روان، همایش ملی معماری و شهرسازی انسان گرا،

قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قزوین، به آدرس :

[https://www.civilica.com/Paper-NCAU01-NCAU01\\_156.html](https://www.civilica.com/Paper-NCAU01-NCAU01_156.html)

بابایی، حیدر. (1391)، بررسی مقایسه ای شاخص های عینی و ذهنی کیفیت زندگی شهری و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در

شهر همدان، در پایان نامه کارشناسی ارشد دفاع شده در دانشگاه بوعلی سینا، همدان



- بحرینی، سید حسین و طبیبیان، منوچهر. (1377)، مدل ارزیابی کیفیت محیط زیست شهری، مجله محیط شناسی، دوره 24، شماره 21.
- بخارایی، احمد، شربتیان، حسن، ایمنی، نفیسه. (1394)، مطالعه جامعه شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: زنان منطقه چهار شهری تهران)، مجله پژوهش‌های جامعه شناختی معاصر، سال چهارم، شماره 7، پاییز و زمستان، صص: 29-54.
- براتی، ناصر و کاکاوند، الهام. (1392)، ارزیابی تطبیقی کیفیت محیط سکونت شهری با تاکید بر تصویر ذهنی شهروندان (مطالعه موردی: شهر قزوین)، نشریه هنرهای زیبا- معماری و شهرسازی، دوره 18، شماره 3، پاییز، صص: 25-32.
- بنتلی، ایمن و الن الکک و پال مورین و گلین مک و اسمیت سو. (1385)، محیط‌های پاسخ ده، مصطفی بهزادفر، تهران، دانشگاه علم و صنعت ایران.
- بنی فاطمه، حسین، علیزاده اقدام، محمد باقر، شهام فر، جعفر و عبدی، بهمن. (1393)، سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن: مطالعه‌ای بر روی نابرابری‌های سطوح سلامت بین شهروندان تبریزی، مجله جامعه شناسی کاربردی، سال 25، شماره پیاپی 56، شماره 4، زمستان، صص: 73-89.
- پارسامهر، مهربان و رسولی نژاد، سیدپویا. (1394)، بررسی رابطه‌ی سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش، فصلنامه توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره 10- شماره 1.
- تاج الدین، محمدباقر (1396)، تعیین کنند-های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه 12 تهران، فصلنامه برنامه ریزی، رفاه و توسعه اجتماعی، سال هشتم، شماره 32، صص: 61-97.
- تاجدار، وحید، رفیعیان، مجتبی و تقوایی، علی اکبر. (1389)، سنجش مولفه‌های سلامت در کلانشهر مشهد از دیدگاه برنامه ریزی شهری، نشریه هنرهای زیبا - معماری و شهرسازی، شماره 41، بهار، صص: 101-110.
- حسینی، سید جواد، میرچولی، نسرین. (1393). سنجش کیفیت زندگی و رابطه آن با سلامت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره 21، شماره 5، آذر و دی ماه 93، صص: 864-875.
- رحیقی یزدی، محمد. (1393). بررسی تأثیر عوامل محیط فیزیکی و اجتماعی محلّه بر روی سلامت اجتماعی ساکنین (مقایسه بین محلات قدیم و جدید شهر یزد)، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بوعلی همدان، بهمن 1393.
- رحیمی فرد، فروغ و زمانی، بهادر. (1397)، مقایسه تطبیقی نقش عوامل محیطی \_ کالبدی بر میزان سلامت اجتماعی در دو محله سنتی و جدید (محلات دردشت و ملاصدرای اصفهان)، فصلنامه علمی - پژوهشی مطالعات شهری، شماره 29، زمستان، صص: 99-110.
- رضایی، امید. (1392)، بررسی سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد، پایان نامه دفاع شده کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی، مشهد.
- رفیعیان، مجتبی، مولودی، جمشید. (1390)، رویکردها و روش‌های سنجش کیفیت محیط مسکونی شهری، چاپ اول، دانشگاه تهران، انتشارات آذرخش.
- زاهدی اصل، محمد و پیله وری، اعظم. (1393). فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره 19، تابستان 93، صص 71-107.
- زیاری، کرامت .....، پوراحمد، احمد، حاتمی نژاد، حسین، مهدی، علی. (1396). بررسی و تحلیلی بر شاخص‌های محیطی اثرگذار بر سلامت زیست شهری در کلانشهر قم، مجله جغرافیا و آمایش شهری - منطقه‌ای، دوره 7، شماره 25، صص: 19-38.
- سایت مرکز آمار و نفوس شهر مشهد به آدرس: <https://amar.mashhad.ir/.../16901>
- طباطبائی، مریم و تمنایی، مینا. (1392). نقش محیط‌های ساخته شده در سلامت روان، نشریه معماری و شهرسازی آرمانشهر، پاییز و زمستان، صص: 101-109.
- فیروز بخت، مژگان. (1396)، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان یک مطالعه مروری بر مجلات فارسی، مجله سلامت اجتماعی، دوره چهارم، شماره 3، تابستان، صص: 190-200.

کوکبی، علی و گودرزی، سروش، محمد، مهدی. (1396). بازتعریف و بررسی تاثیر کیفیت معماری محیط بر سلامت روان افراد با استفاده از معماری اسلامی، دومین کنگره بین المللی عمران، معماری و شهرسازی معاصر، دبی، دانشگاه ناپل ایتالیا - دانشگاه EMU قبرس - مرکز مطالعات ژئو، [https://www.civilica.com/Paper-WCCEAU02-WCCEAU02\\_190.html](https://www.civilica.com/Paper-WCCEAU02-WCCEAU02_190.html)

لینچ، کوین. (1387). تئوری شکل شهر، ترجمه سیدحسین بحرینی، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ چهارم.  
لینچ، کوین. (1387). سیمای شهر. ترجمه: منوچهر مزینی، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ هشتم، تهران.  
محمدپور، احمد. (1390). روش تحقیق کیفی. تهران: انتشارات جامعه شناسان.  
محمدپور، احمد (1389). ضد روش: منطق و طرح در روش شناسی کیفی، تهران: انتشارات جامعه شناسان.  
مسگرانی، نونا، اجزا شکوهی، محمد. (1395). معاصر سازی پهنه های فرسوده مرکز شهر مشهد با ارتقا کیفیت سکونت، پایان نامه دکترای تخصصی دفاع شده در بخش پردیس بین الملل دانشگاه فردوسی، مشهد.  
مشکینی، ابوالفضل، پورطاهری، مهدی و نوروزی، مصطفی. (1395). ارزیابی شاخص های ذهنی کیفیت محیط (رضایتمندی) در بافت های فرسوده (مطالعه موردی: محله آبکوه مشهد)، نشریه علمی - پژوهشی جغرافیا و برنامه ریزی، سال 20، شماره 58، زمستان 95، صص 259-279.  
میرغلامی، مرتضی. (1396). ارزیابی تاثیر ابعاد اجتماعی و کالبدی محیط محله بر سلامت روانی و حس سلامتی ساکنین (مورد پژوهی محله رشديه تبریز، نشریه هنرهای زیبا- معماری و شهرسازی، دوره 22، شماره 2، صص: 63-74).

Adriaanse, C. C. M. (2007). "Measuring residential satisfaction: a residential environmental satisfaction scale (RESS)". *J Housing Built Environ.*, 22: 287-304.  
Bottini, Luca (2018), "The effects of built environment on community participation in urban neighbourhoods: an empirical exploration", *Cities*, Volume 81, November, Pages 108-114  
Hunter.R.F, Cleland.C, Cleary.A (2019). "Environmental, health, wellbeing, social and equity effects of urban green space interventions: A meta-narrative evidence synthesis", *Environment International*, Volume 130, September  
Keyes C. M. Shapiro. A. (2004), "Social well-being in the U.S: A Descriptive Epidemiology".  
Keyes, C.M. (1998). "Social Well-being", *Social Psychology Quarterly*, Vol 61, N.2, pp 121-141  
Marans, R. W. (2003). "Understanding environmental quality through quality of life studies: the 2001 DAS and its use of subjective and objective indicators". *Landscape and Urban Planning.*, 65: 73-83.  
van Poll, R. (1997). "The perceived quality of the urban residential environment, A Multi-Attribute Evaluation. milieukwaliteit, besliskunde", *omgevingspsychologie*. vol. 1. Pp1-8. Greenberg, M. Crossney, K.  
Marans, Robert W (2015), "Quality of urban life & environmental sustainability studies: Future linkage opportunities", *Habitat International* xxx, Pages 1-6.  
-UNDP (1990). "Human development report". Oxford university press.

## Evaluation of the effect of environmental quality indicators on social health (Case study: citizens of Mashhad)

### **Abstract**

In recent decades, rapidly growing cities and the resulting urban expansion developments have caused numerous problems in urban environments, including residential units and neighborhoods. The increasing expansion of the urban population and, consequently, the

Unstable and rapid development of cities has threatened human communication, solidarity and collective cohesion, and has reduced environmental responsiveness, disrupted the peace and health of individuals.

On the other hand, there is a hidden but effective relationship between the quality of the living environment and the social health of residents.

This study aims to evaluate and understand the indicators and components of residential quality affecting the social health of Mashhad residents through using a quantitative Approach. Using Cochran's formula and random cluster sampling method, 400 residents of neighborhoods in Mashhad who lived in an apartment complex were surveyed.

Based on the research findings, the most important predictors of residential quality were the physical-spatial quality of the neighborhood, security, appearance, building facilities, building safety, location in the building and facilities of the residential unit. The variables of residential quality at the level of 99% confidence had a significant relationship with social health. All variables of the structure of urban quality of life and social health have a significance above 0.01. Living environmental quality indicators were more effective on social participation, social cohesion and social acceptance than social health variables. Gender, education level and level of enjoyment were the most important individual and personality predictors of respondents' quality of life related to social health and changed the level of residents' perception of the quality of their living environment. Finally, the research showed that 38% of the variance changes in the social health variable were explained by the variables of residential quality and individual variables

**Keywords:** quality of living environment, quality of living environment, social health, quantitative approach, cognitive-perceptual perspective, residents of Mashhad.