مدیریت شهری
شماره ۵۶ پاییز ۹۸
No.56 Autumn 2019
۱۸۱-۱۹۹
زمان دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۱۴ زمان پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۰۸/۰۷

ارزیابی نقش کیفیت معماری در ارتقا کیفیت زندگی در مجتمع‌های مسکونی از دیدگاه سلامت ساکنین

(نمونه موردی: مجتمع‌های مسکونی شهر شیراز)

■ **ملیحه تقی پور***، استادیار، گروه معماری، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
■ **علی‌اکبر حیدری**، استادیار، دانشکده فنی و مهندسی

چکیده

بی‌توجهی طراحان و معماران به کیفیت مجموعه‌های زیستی در جریان رشد شتابان شهرنشینی، ساکنان این مجموعه‌ها را با مشکلات متعددی روبرو نموده که از جمله مهم‌ترین آن‌ها، افت شدید کیفیت زندگی در این مجموعه‌ها است. اهمیت این موضوع به حدی است که در بعضی موارد، زندگی در این مجتمع‌ها سلامت ساکنین آن را به مخاطره می‌اندازد. در همین ارتباط پژوهش حاضر، کیفیت معماری را به عنوان متغیر مستقل، کیفیت زندگی را به عنوان متغیر وابسته و کیفیت سلامت را به عنوان متغیر میانجی مدنظر قرار داده و سعی در تحلیل چگونگی ارتباط میان متغیرهای مذکور نموده است. بنابراین بر اساس ادبیات تحقیق، کیفیت سلامت با سه شاخص سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی مورد ارزیابی قرار گرفت؛ کیفیت معماری نیز در قالب سه شاخص کیفیت محیطی، کیفیت ساختاری و کیفیت عملکردی مدنظر قرار گرفت و در نهایت کیفیت زندگی خود به عنوان یک مفهوم ثابت و چندجانبه تعریف گردید. گردآوری اطلاعات در حوزه کیفیت معماری و سلامت با استفاده از پرسشنامه محقق ساز و در ارتباط با کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه استاندارد انجام گرفت. جامعه آماری در این تحقیق، ساکنین سه مجتمع اساتید، دراک و چوگان در شهر شیراز بودند که از نظر بافت اجتماعی ساکنین و نیز موقعیت جغرافیایی در شهر، در یک سطح قرار داشته ولی از نظر شاخص‌های محیطی و معماری، دارای تفاوت‌هایی با یکدیگر بودند. تحقیق از نوع کمی - کیفی و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری و نیز تحلیل محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته از ساکنین انجام گرفته است. در انتها نتایج تحقیق حاکی از آن بود که کیفیات معماری، تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی ساکنین در مجتمع‌های مسکونی دارد که این موضوع از طریق ارتقا سطوح مختلف سلامت ساکنین شکل می‌گیرد. به این ترتیب که کیفیت محیطی باعث ارتقا سلامت جسمانی شده، کیفیت ساختاری باعث ارتقا سلامت روانی شده و کیفیت عملکردی باعث ارتقا سلامت اجتماعی ساکنین می‌شود و در نهایت برآیند این موارد باعث ارتقا کیفیت زندگی در مجتمع‌های مسکونی می‌شود.

واژگان کلیدی: کیفیت معماری، کیفیت زندگی، ابعاد سلامت، مجتمع‌های مسکونی، شیراز.

Architectural Quality and Improving Quality of Life in Residential Complexes; the Effect on Residents' Health Status
(A Case Study of Shiraz's Residential Complexes)

Malihe Taghipour*, Aliakbar Heidari

Abstract

Disregarding the quality factor when designing and architecting living complexes, besides rapid urbanization, has created numerous problems for residents, including decreased quality of life (QoL), and even threatened health status. This paper aims at evaluating architectural quality, QoL, and health quality as independent, dependent and mediating variables, respectively, as well as the relationship exists between them. Health quality was evaluated with three indices, including physical, mental, and social health; architectural quality was considered while embodying three criteria, including environmental, structural, and functional quality; and, finally, QoL was defined as a constant multilateral concept. A researcher-made questionnaire was used for collecting data on architectural and health quality, while data on QoL were gathered using a standard questionnaire. Participants were residents in ASATID, DERAK, and CHOWGAN residential complexes (Shiraz, Iran), all with the same social contexts and geographical locations, but different environmental and architectural indices. A qualitative-quantitative study was carried out, in which statistical methods applied for analyzing data, and the content of interviews conducted. The results confirmed that enhancing architectural quality can dramatically improve residents' QoL, mainly through promoting their health status. In other words, environmental, structural, and functional quality promotes physical, mental, and social health, respectively; and all of them improves QoL in residential complexes.

Keywords: Architectural quality, Quality of life, Health dimensions, Residential complexes, Shiraz

* نویسنده مسئول: Taghipour@iaushiraz.ac.ir شماره تماس: ۰۹۱۷۳۱۴۶۳۷۹

۱- مقدمه

بزرگ‌ترین گمشده‌ی معماری امروز، کیفیت زندگی انسانی است؛ موضوعی که سال‌هاست توجه بسیاری از پژوهش‌گران و نظریه‌پردازان در حوزه‌های مختلف به ویژه معماری و شهرسازی را به خود جلب نموده و در عین حال، تاکنون هیچ‌گونه تعریف واضح و روشنی از آن ارائه نشده است. از آنجا که اصلی‌ترین وظیفه طراحان و معماران، تبدیل محیط‌های طبیعی به فضاهایی قابل زیست برای انسان است (Mugerauer1995:1)؛ لذا دستیابی به مطلوبیت فضایی و خلق محیطی با کیفیت بهتر جهت ارتقا سطح کیفی زندگی افراد، همواره جز والاترین اهداف طراحی به شمار می‌رود. از سویی از آنجا که خانه، مهم‌ترین فضا در زندگی انسان به شمار می‌رود و افراد بیشترین زمان عمرشان را در محیط‌های مسکونی سپری می‌کنند، لذا موضوع کیفیت مسکن و نقش آن در ارتقا کیفیت زندگی افراد، موضوعی قابل توجه و مهم به شمار می‌آید. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی چگونگی ارتباط کیفیات محیطی مسکن بر کیفیت زندگی ساکنین آن‌ها، به تحلیل سازوکار این ارتباط نیز می‌پردازد. در همین ارتباط کیفیت محیطی مسکن به عنوان متغیر مستقل و کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. اما از آنجا که کیفیت مسکن، موضوعی عینی و کیفیت زندگی، موضوعی ذهنی است، لذا به منظور تحلیل نحوه ارتباط میان این دو مفهوم، به یک متغیر میانجی نیاز بود که هم جنبه عینی و هم جنبه ذهنی داشته باشد. بر همین اساس مفهوم سلامت به عنوان متغیر میانجی در این پژوهش در نظر گرفته شد و با بررسی ارتباط آن با ابعاد کیفیت محیطی از یک‌سو و ارتباط آن با کیفیت زندگی از سویی دیگر، سعی در تبیین چگونگی ارتباط میان متغیرهای اصلی تحقیق شده است. با این توضیح، سؤالات تحقیق به این شکل قابل ارائه هستند:

- چه ارتباطی میان کیفیات محیطی مسکن و کیفیت زندگی ساکنین وجود دارد؟
- کیفیات محیطی مسکن چگونه باعث ارتقا وضعیت سلامت ساکنین در آن می‌شود؟
- چه ارتباطی میان ابعاد سلامت ساکنین و کیفیت زندگی آن‌ها در یک مجتمع مسکونی وجود دارد؟

۲- ادبیات نظری تحقیق

۲-۱- مفهوم کیفیت زندگی

مفهوم استاندارد زندگی اولین بار در میان منتقدین علوم اجتماعی در قرن بیستم و در پی وقوع تلخ‌ترین وقایع در قرن نوزدهم ظاهر شد. در آن دوران، ناراحتی مردم از زاغه‌نشینی به یک جریان سیاسی تبدیل شده بود و علاوه بر مسئله فقر و بیماری، هدر رفت منابع و امکانات نیز از جمله مشکلات موجود در آن روزگار به شمار می‌پردازد. در همین دوران بود که مفهومی با عنوان «کیفیت زندگی» شکل گرفت و در ذیل آن، مفاهیمی چون بهداشت عمومی، سلامت جمعی، روابط اجتماعی، عزت‌نفس و مواردی از این قبیل نیز به بخشی از مطالبات عمومی تبدیل شد (Devine, 1917). این مفهوم امروزه بسیاری از عرصه‌های زندگی از قبیل مسکن، آموزش، اشتغال و محیط را دربرمی‌گیرد اما با این حال، هنوز تعریفی جامع و قابل پذیرش در ارتباط با آن ارائه نشده است. در بعضی تعاریف، این مفهوم به عنوان یک موضوع چند شاخه‌ای و بین‌رشته‌ای تعریف شده است (Ulengin and Guvenc, 2001) و در بعضی موارد نیز با عباراتی چون یک زندگی خوب، شادی در زندگی، رضایت‌مندی و مواردی از این قبیل معرفی شده است (Szalai and Andrew, 1980). با این حال از میان تعاریف مختلف مرتبط با کیفیت زندگی، تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶) در این خصوص قابل توجه است. در این تعریف، منظور از کیفیت زندگی، ادراک فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به نظام‌های فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کند تعریف شده و متناسب با اهداف، انتظارات، معیارها و نگرانی‌های روزمره فرد شکل می‌گیرد. بنا به این تعریف، «کیفیت زندگی یک سازه چند بعدی است که حیطه‌های مختلف جسمی، جنسی، اجتماعی و هیجانی زندگی افراد را در بر می‌گیرد و با سلامت جسمی، اجتماعی و روانشناختی وی در ارتباط است» (Victorson et al, 2007).

۲-۲- مفهوم کیفیت معماری

«کیفیت» واژه‌ای است که در چارچوب گفتمان تمام حوزه‌های حرفه‌ای اعم از هنر و صنعت به طور فراوان به کار رفته است. تا جایی که گویا هدف همه حوزه‌ها، بهبود و ارتقای محصولشان به شمار می‌رود. در حوزه مرتبط با

محیط، مفهوم کیفیت در دو بعد قابل بررسی است که شامل بعد عینی و بعد ذهنی است:

در رویکرد عینیت‌گرا، «کیفیت به آن دسته از ویژگی‌های مشخص یک چیز یا پدیده اطلاق می‌شود که تأثیر عاطفی و عقلانی خاصی بر انسان می‌گذارد» (پاکزاد، ۱۳۸۱: ۱۰۳). بنا به این تعریف، هر محیط کالبدی واجد ویژگی‌هایی است که به عنوان بازتابی بیرونی از طبیعت درونی آن بروز می‌کند و کیفیت محیط کالبدی، به عنوان صفت ذاتی محیط کالبدی و مستقل از معنای آن در ذهن بهره‌برداران تعبیر می‌شود (معینی و اسلامی، ۱۳۹۱: ۵۱). در رویکرد ذهنیت گرا، ایجاد و کنترل کیفیت به عنوان امری درونی در رابطه با سازندگان تلقی می‌شود و کیفیت به معنای قابلیت هر چیز برای استفاده تعریف می‌گردد (Montgomery, 2005: 6). بنابراین از این منظر، کیفیت محیط انسان ساخت، به مجموعه‌ای از صفات اساسی و خاص از پدیده مشخص تعریف می‌گردد که بر اساس تصاویر ذهنی از هر چیز، در ارتباط با تأثیر متقابل فرد و محیط کالبدی شکل می‌گیرد (معینی و اسلامی، ۱۳۹۱: ۵۱).

بنا به ادبیات موجود، کیفیت معماری در سه حوزه قابل بررسی است که شامل کیفیت محیطی، کیفیت ساختاری و کیفیت عملکردی می‌باشد. کیفیت محیطی اولین سطح و پایه‌ای‌ترین نظام شکل‌دهنده کیفیت در معماری به ویژه در محیط‌های مسکونی به شمار می‌رود. در این سطح، مفهوم کیفیت در ارتباط با نحوه پاسخ بنا به نیازمندی‌های اولیه انسان از جمله نیاز به سرپناه تعریف می‌شود و بدیهی است که در صورت عدم تأمین این سطح از کیفیت در بنا، دستیابی به سایر کیفیات معماری نیز امکان‌پذیر نخواهد بود (Voordet & Wegen, 2005:4). در این سطح مفاهیمی چون ایمنی، بهداشت، آسایش محیطی، نورگیری مناسب بنا و مواردی از این قبیل مورد توجه قرار می‌گیرد.

کیفیت ساختاری دومین سطح در تعریف کیفیت معماری است که در ارتباط با نوع ساختار بنا و نحوه انتظام فضایی اجزای آن به وجود می‌آید. نتیجه این سطح در قالب احساسات مختلف افراد از محیط نمود می‌یابد که شامل احساس امنیت در فضا، احساس محصوریت یا عدم محصوریت فضایی، خلوت و محرمیت در فضا، سلسله مراتب فضایی و مواردی از این قبیل می‌گردد (سامه، ۱۳۹۲: ۵۳ به نقل از وروت و وگان، ۱۳۹۲).

سومین سطح از کیفیت محیط مسکونی، کیفیت عملکردی آن است. اگرچه عملکرد مفهومی پایه‌ای در تعریف معماری است، اما بعد عملکردی کیفیت محیط، موضوعی است که به نحوه پاسخ فضا به سطوح مختلف نیازهای انسان از جمله نیازهای فردی و اجتماعی وی می‌پردازد و بیش از هر چیز در ارتباط با میزان کارایی بنا و قابلیت کاربرد و استفاده از آن در پاسخ به این نیازها می‌باشد. در این سطح نحوه پاسخ فضا به مواردی چون عرصه‌بندی فضایی، جهت‌یابی، خوانایی، قلمرو یابی، انعطاف‌پذیری، نفوذپذیری، دسترسی‌پذیری به خدمات و مواردی از این قبیل مورد توجه قرار دارد (Dijkstra, 2001).

۲-۳- مفهوم سلامت و ابعاد مختلف آن در حوزه مسکن

سازمان جهانی بهداشت[1] که به اختصار (WHO) نامیده می‌شود، یکی از آژانس‌های سازمان ملل متحد است که مهم‌ترین هدف آن، هماهنگی و ارتقاء وضعیت بهداشت عمومی در سطح جهان می‌باشد. بر اساس تعریف این سازمان، مفهوم سلامت به «تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی که معنای آن تنها به نبود بیماری و نقص عضو، محدود نمی‌شود»، تعریف شده است (رحیمی، ۱۳۸۹). بنابراین تعریف، سلامت دارای سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی است و هرگونه نقص و آسیب وارده به هر یک از این محورهای سه‌گانه می‌تواند منجر به برهم خوردن تعادل فرد و درنتیجه تهدید سلامت وی گردد (حکیمیان، ۱۳۹۱). هرکدام از ابعاد سه‌گانه سلامت به نوعی با موضوع مسکن نیز در ارتباط و معرف واژه‌هایی چون مسکن سالم[2]، سلامت مسکن[3] و یا بهداشت مسکن[4] در حوزه معماری هستند. در این تعابیر منظور از مسکن سالم، خانه‌ای است که بتواند تأمین‌کننده هر سه بعد سلامت یعنی سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی برای ساکنینش باشد. در ادامه به معرفی هرکدام از این سه بعد در ارتباط با موضوع مسکن پرداخته می‌شود.

1. world health organization
2. Healthy Housing
3. Healthful Housing
4. Housing Hygiene

- سلامت جسمی

منظور از بعد جسمانی سلامت در مسکن، عاری نگه داشتن انسان از هرگونه سوانح و خطرات ناشی از آتش‌سوزی، خفگی، مصدومیت و یا بروز بیماری‌هایی چون آسم، آلرژی‌های پوستی، تنفسی و اضافه وزن است (غفاری و همکاران ۱۳۹۰). در یک محیط مسکونی، این بعد متأثر از عواملی چون جهت‌گیری مناسب بنا (آصفی و همکاران، ۱۳۹۵؛ غفاری و همکاران، ۱۳۹۰)، آسایش حرارتی ساختمان (غیاثی و همکاران، ۱۳۹۲)، آسایش صوتی واحدهای مسکونی (ذبیحی و همکاران،۱۳۹۰)، کاهش آلودگی‌های زیست‌محیطی در محیط مسکونی (Khaef & zebardast,2015)، ایمنی فضاهای مسکونی (Kawakami et al, 2011; Miller et al., 1980) و در نهایت امکان امدادرسانی در مواقع خطر (Campell,1996; Khaef & zebardast,2015) است.

- سلامت روانی

وجوه روانی سلامت در مسکن شامل تمام تأثیرات روحی و روانی است که محیط کالبدی مسکن بر ساکنین خود می‌گذارد. خانه‌های با کیفیت پایین موجب کاهش سلامتی روحی ساکنانشان می‌شوند (Shaw, 2004) و در مقابل بهبود کیفی محیط خانه، تأثیر مثبتی بر ارتقا سلامت روحی و روانی آن‌ها دارد (Thomson & Petticrew,2005).

- سلامت اجتماعی

مدل سلامت اجتماعی که نخستین بار توسط ریف[1] (۱۹۹۶) مطرح گردید، مفهوم سلامت اجتماعی را شامل توانایی مثبت ذهن در ایجاد روابط اجتماعی مناسب با دیگر همنوعان خود می‌داند. این مفهوم شامل مجموعه‌ای از هنجارهای اجتماعی همچون پذیرش خود، رشد شخصیتی، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدفمند بودن در زندگی و استقلال است (رفیعی و همکاران،۱۳۸۹). از نظر کیز[2]، عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد (Keyes & Lane,1998).

۲-۴- تدوین چارچوب نظری تحقیق

بر اساس اهداف و فرضیات تحقیق، در این پژوهش کیفیت معماری به عنوان متغیر مستقل، کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته و ابعاد سلامت به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شده است. با توجه به ادبیات تحقیق، کیفیت معماری در قالب سه شاخص کیفیت محیطی، کیفیت ساختاری و کیفیت عملکردی مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت؛ کیفیت زندگی در قالب یک مفهوم روانشناختی- معنایی شامل رضایتمندی از ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی ساکنین مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و در نهایت ابعاد سلامت در قالب سه بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی، مورد تحلیل قرار خواهد گرفت. با این توضیح، متغیرهای مورد استفاده در این تحقیق و شاخص‌های مربوط به هرکدام تحت عنوان چارچوب نظری تحقیق، در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۱- چارچوب نظری تحقیق

متغیر	ابعاد	شاخص‌ها
کیفیت معماری	کیفیت محیطی	جهت‌گیری/آسایش حرارتی/آسایش صوتی/کاهش آلودگی/ایمنی و امکان امدادرسانی
	کیفیت ساختاری	پیکربندی فضایی/انتظام فضایی/عدم احساس محصوریت بیش از حد/ خلوت و محرمیت/ سلسه مراتب فضایی واحدها
	کیفیت عملکردی	جهت‌یابی/ خوانایی/قلمرو/ انعطاف‌پذیری/ نفوذپذیری/ دسترسی به خدمات/ دسترسی به حمل و نقل عمومی/ الگو و ضوابط/ تناسبات/ نوع مصالح
کیفیت زندگی	کیفیت روانشناختی - معنایی	تعاملات اجتماعی/حس تعلق/ ایجاد سرزندگی/ ارتباط با طبیعت هویت اجتماعی/احساس خاطره ذهنی/ خاطرات جمعی/ رویدادهای فرهنگی- تاریخی
سلامت	جسمانی	ایمنی/ فضای باز/ اقلیم/ بهداشت
	روانی	امنیت/ چشم‌انداز/ ابعاد/ نور/ حریم بصری/فضای سبز/ آلودگی صوتی، نوری و بصری/ حریم صوتی/ تفکیک فضای عمومی از خصوصی/ وجود فضای آرامش‌بخش/ انعطاف‌پذیری
	اجتماعی	امنیت اجتماعی/ مشابهت با همسایگان/ فضایی جهت تعامل با همسایه/ تمایل به معاشرت با همسایگان/ فضایی جهت ارتباط اعضای خانواده

1. Ryff 2. Keyes

۳- روش تحقیق

همان‌گونه که پیش از این نیز عنوان شد هدف اصلی در پژوهش حاضر، بررسی چگونگی تأثیرگذاری کیفیات معماری مجتمع‌های مسکونی بر کیفیت زندگی ساکنین آن‌ها است. با توجه به اینکه کیفیات معماری، موضوعی عینی و کیفیت زندگی، موضوعی ذهنی است، لذا به منظور سنجش نحوه تأثیرگذاری این ارتباط، به یک متغیر میانجی که هم جنبه عینی و هم جنبه ذهنی داشته باشد، نیاز بود. بر همین اساس مفهوم سلامت به عنوان متغیر میانجی مدنظر قرار گرفت که از یک‌سو متأثر از کیفیات معماری است و از سویی دیگر، نشان‌دهنده کیفیت زندگی در مجتمع‌های زیستی است.

پس از بررسی ادبیات و استخراج شاخص‌های مرتبط با هرکدام از متغیرهای تحقیق، چارچوب نظری تحقیق ارائه گردید. این شاخص‌ها با استفاده از ابزارهای مشاهده، مصاحبه و پرسشنامه در سه مجتمع مسکونی در شهر شیراز به عنوان نمونه موردی به آزمون گذاشته شد. به منظور سنجش کیفیت زندگی، از پرسشنامه استاندارد[1] (سلیمانی، ۱۳۹۵: ۵۷۴) استفاده شد. کیفیت معماری با استفاده از ابزار مشاهده، مصاحبه و پرسش‌نامه محقق ساز بر اساس شاخص‌های ارائه شده در این خصوص مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت وضعیت سلامت ساکنین نیز با استفاده از پرسشنامه بسته محقق ساز مورد ارزیابی قرار گرفت. برای تعیین اعتبار و پایایی پرسشنامه‌ها، ابتدا گویه‌های مربوط به هرکدام از متغیرها، طرح و در اختیار استادان قرار گرفت و پس از اصلاح، تعدیل و حذف برخی گویه‌ها، سؤالات نهایی در قالب ۲۶ گویه طرح و ضریب آلفای کرنباخ برای هر گروه از سؤالات به تفکیک تعیین گردید. این مقدار برای کل پرسش‌نامه‌ها معادل ۰/۸۱۵ به دست آمده که نشانگر پایایی بالای پرسشنامه بود.

جدول ۲- محاسبه آلفای کرنباخ برای گویه‌های طرح شده در ارتباط با متغیرهای تحقیق

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ	تعداد سؤال‌های هر مؤلفه
کیفیت معماری	۲/۹۴	۰/۷۵۹	۰/۷۹۳	۸
ابعاد سلامت	۲/۹۱	۰/۸۸۰	۰/۹۳۱	۱۸

همان‌گونه که عنوان شد، نمونه‌های موردی در این تحقیق شامل سه مجتمع اساتید، دراک و چوگان در شهر شیراز هستند که این مجتمع‌ها از منظر موقعیت جغرافیایی و ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی ساکنین، دارای شرایط تقریباً مشترکی با یکدیگر هستند؛ اما به لحاظ کیفیات فضایی- معماری، تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند. این تفاوت‌ها تا حدودی در دیدگاه مردم نسبت به این مجتمع‌ها نیز مشهود است.

تصاویر ۱، ۲ و ۳- مجتمع مسکونی اساتید

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی(فرم کوتاه ۳۶ سوالی): پرسشنامه ای معتبر است که بطور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به کار برده می‌شود. در ایران این فرم توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۳) با روش ترجمه به فارسی برگردانده شد و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا هنجاریابی شد. در مجموع یافته ها نشان می دهد که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای ارزیابی کیفیت زندگی باشد. این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال است.(سلیمانی، ۱۳۹۵-۵۷۴)

تصاویر ۴، ۵ و ۶- مجتمع مسکونی دراک

تصاویر ۷، ۸ و ۹- مجتمع مسکونی چوگان

پس از انتخاب نمونه‌ها و با مراجعه به سایت، بر اساس مصاحبه با ساکنین مجتمع‌های مورد مطالعه و نیز مشاهدات مستقیم نگارندگان از فضاها، کیفیات فضایی - اجتماعی مجتمع‌های موردنظر استخراج گردید که در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- کیفیات فضایی- اجتماعی مجتمع‌های مورد بررسی

نام مجتمع / ویژگی‌های فضایی- اجتماعی	اساتید	دراک	چوگان
فضای سبز	دارای ابعاد مناسب استفاده از درخت، درختچه، گل و چمن	در ابعاد نه چندان وسیع استفاده از درخت و درختچه	کمبود فضای سبز استفاده از درخت
جهت‌گیری بلوک‌ها	شمالی- جنوبی	شمالی- جنوبی/ شرقی- غربی	شمالی/ جنوبی/ شرقی
آسایش صوتی	مناسب/ قرارگیری در فضایی آرام عقب نسینی بلوک‌ها از خیابان	نامناسب/ قرارگیری در کنار خیابان اصلی	نامناسب/ قرارگیری در کنار خیابان اصلی
ایمنی	مناسب/ رعایت استانداردها	تقریباً مناسب/ رعایت برخی از استانداردها	تقریباً مناسب / رعایت برخی از استانداردها
نور مناسب واحدها	نور دوطرفه واحدها/وجود واحدهای شمالی- جنوبی	نور دوطرفه واحدها/واحدهای شمالی- جنوبی/ واحدهای شرقی- غربی	نور یک‌طرفه واحدها/ واحدهای شمالی واحدهای جنوبی/ واحدهای شرقی
سرانه فضای باز	میزان سرانه استاندارد	میزان سرانه نزدیک به استاندارد	میزان سرانه کمتر از استاندارد
فضاهای خدماتی در مجتمع	وجود سوپر مارکت و خشک‌شویی در مجتمع	عدم وجود فضاهای خدماتی در مجتمع	وجود میوه‌فروشی در مجتمع
حریم بصری	در بیشتر واحدها حریم بصری حفظ شده است	تا حدودی تلاش شده تا حریم بصری حفظ گردد، اما در برخی از فضاها اشرافیت وجود دارد.	در بیشتر فضاها اشرافیت وجود دارد.

مدیریت شهری
فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۵۶ پاییز ۹۸
No.56 Autumn 2019

چشم‌انداز	قسمتی از باغ‌های اطراف	کوههای دراک/ چشم‌انداز شهر	خیابان‌های اطراف و دیگر بلوک‌ها
امنیت مجتمع	وجود نگهبان در قسمت‌های مختلف/ حصار و دیوار	وجود نگهبان/ نرده در اطراف مجتمع/ عدم کنترل ورود و خروج	وجود نگهبان در برخی از ورودی‌ها/ نرده در اطراف مجتمع/ به راحتی از خیابان‌های اطراف دسترسی به داخل مجتمع وجود دارد.
تفکیک فضاهای عمومی و خصوصی	فضای باز مربوط به بلوک‌ها مجزاست/ هر بلوک دارای لابی است/ در طبقات فضای عبور و مرور از ورودی واحدها تفکیک شده است.	فضای باز مربوط به هر بلوک تفکیک شده است/ در قسمت داخلی سعی بر تفکیک سیرکولاسیون از ورودی واحدها بوده است.	تفکیکی جهت فضای باز بلوک‌ها صورت نگرفته است/ در فضای داخلی سیرکولاسیون و ورود به واحدها توامان انجام می‌گیرد.
مشابهت با همسایگان	غالباً افراد ساکن از یه رده شغلی هستند.	اقشار مختلف مردم/ مشابهتی وجود ندارد.	برخی از بلوک‌ها به ارگان‌های خاص مربوط بوده است ولی با جابجایی ساکنین، اختلاط ساکنین قابل گزارش است.
وجود لابی	در طبقه همکف لابی وجود دارد.	فضای ورودی کمی گشایش یافته اما تعریف لابی بسیار کمرنگ است.	لابی وجود ندارد.
وجود فضاهایی جهت تعامل در قسمت‌های عمومی	در فضای باز قسمت‌هایی برای جمع شدن همسایگان پیش‌بینی شده است.	در فضای باز و فضای سبز قسمت‌هایی جهت نشستن گروهی و یا تعاملات اجتماعی پیش‌بینی شده است.	فضای باز و عمومی غالباً به سیرکولاسیون و مسیر عبور اتومبیل اختصاص داده شده است.
تأمین خلوت و محرمیت	محرمیت واحدها رعایت شده است/ در فضای باز می‌توان قسمت‌هایی را جهت خلوت پیدا نمود.	محرمیت واحدها رعایت شده است/ از گوشه‌های فضای باز و آلاچیق می‌توان جهت خلوت استفاده نمود.	محرمیت واحدها تا حدودی رعایت شده است/ در فضای باز به دلیل سرکولاسیون، فضایی جهت خلوت نمی‌توان یافت.
انتظام فضایی مجتمع	سیر از فضای عمومی به نیمه عمومی و خصوصی در بلوک‌ها و واحدها به خوبی رعایت شده است.	سیر از فضای عمومی به نیمه عمومی کمی دچار مشکل است ولی در واحدها تفکیک بخ خوبی رعایت شده است.	سیر از فضای عمومی به به نیمه عمومی به یک‌باره انجام می‌شود. تفکیک در واحدها در حد متوسط است.
خوانایی فضاها در مجتمع	دستیابی به فضاهای مختلف به راحتی انجام می‌پذیرد.	وجود برخی عناصر مشابه، دسترسی و خوانایی فضا را کمی با مشکل موجه می‌نماید.	به لت مشابهت بلوک‌ها و فضاها دسترسی و دستیابی به فضاها با سردرگمی همراه است.
تفکیک فضای باز برای بلوکها	به خوبی انجام شده است.	برای هر بلوک فضایی در نظر گرفته شده است.	فضاهای باز تفکیک نشده است.
پایبندی به الگو و ضوابط شهرسازی	به خوبی انجام شده است.	نسبتاً به ضوابط پایبند بوده است	ضوابط کیفی بسیار کم در نظر گرفته شده است.
وجود فضاهای چند عملکردی	در فضای باز می‌توان قسمت‌هایی را جهت عملکردهای متنوع مشاهده نمود	در سایت فضاهای متنوعی در نظر گرفته شده است که می‌تواند قابلیت استفاده در مواقع مختلف را داشته باشد. اما در مورد بلوک‌ها تمهیدی اندیشیده نشده است.	در سایت و بلوک‌ها تمهیدی اندیشیده نشده تنها می‌توان از فضای بازی کودکان جهت برخی از فعالیت‌ها استفاده نمود.
دسترسی مناسب	دسترسی به مجتمع از خیابان‌های متعددی امکان‌پذیر است/ ترافیک خیابان محل استقرار چندان زیاد نیست.	دسترسی به مجتمع از خیابان‌های متعددی امکان‌پذیر است/ ترافیک خیابان محل استقرار زیاد است.	دسترسی به مجتمع از خیابان‌های متعددی امکان‌پذیر است/ ترافیک خیابان محل استقرار زیاد است.

۴- تجزیه و تحلیل داده‌ها

فرایند تحقیق در این پژوهش به این شکل انجام گرفت که ابتدا شاخص‌های کیفیت معماری، کیفیت زندگی و وضعیت سلامت ساکنین به صورت جداگانه در ارتباط با هرکدام از مجتمع‌های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفت و سپس روابط همبستگی میان هرکدام از متغیرها در جهت نیل به اهداف تحقیق مورد تحلیل قرار گرفت.

۴-۱- سنجش وضعیت سلامت ساکنین در نمونه‌های موردی

به منظور سنجش وضعیت سلامت ساکنین در هرکدام از مجتمع‌های مسکونی مورد بررسی، از آزمون F (تحلیل آنووا) استفاده شد که در ذیل جدول مربوط به نتایج این آزمون به تفکیک برای هرکدام از ابعاد سلامت شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی در ارتباط با هرکدام از مجتمع‌های مورد بررسی، استخراج و ارائه شده است.

جدول ٤- نتایج آزمون F (تحلیل آنووا) در ارتباط با بررسی وضعیت سلامت ساکنین در هرکدام از نمونه‌های موردی

مؤلفه	شاخص	اساتید	دراک	چوگان
		میانگین		
سلامت جسمانی	ایمنی	۳,۲۹	۳,۰۱	۳,۲۷
	فضای باز	۳,۹۶	۳,۵۵	۳,۳۲
	بهداشت	۳,۳۲	۳,۱۲	۳,۱۰
	اقلیم	۳,۸۷	۳,۸۴	۳,۶۲
	Between group	۴,۱۳		
	Within group	۱۰۳,۴۸۸		
	Mean square	۱,۳۰		
	F	۲,۵۵		
	sig	۰,۰۵۶		
سلامت روانی	امنیت	۴,۷۱	۴,۵۷	۴,۱۴
	چشم‌انداز	۳,۹۹	۳,۷۱	۳,۴۴
	ابعاد	۴,۷۲	۳,۳۶	۳,۰۴
	نور	۳,۸۵	۳,۶۲	۲,۱۸
	حریم بصری	۴,۰۵	۲,۸۷	۲,۱۴
	فضای سبز	۳,۸۳	۲,۴۱	۲,۴۰
	آلودگی صوتی، نوری، بصری	۳,۰۲	۲,۵۱	۲,۴۴
	حریم صوتی	۳,۵۹	۲,۴۰	۲,۳۰
	تفکیک فضای عمومی از خصوصی	۳,۷۹	۳,۱۱	۲,۳۳
	وجود فضای آرامش‌بخش	۳,۳۰	۲,۱۶	۱,۹۲
	انعطاف‌پذیری	۴,۸۰	۳,۵۴	۲,۴۷
	Between group	۲۰,۵۹۳		
	Within group	۷۹,۲۵۶		
	Mean sruare	۶,۸۶		
	F	۱۳,۵۵		
	sig	۰,۰۰		

سلامت اجتماعی	امنیت اجتماعی	۴,۳۳	۴,۲۱	۳,۹۵
	مشابهت با همسایگان	۳,۹۲	۳,۰۱	۲,۲۵
	فضایی جهت ارتباط	۳,۰۱	۲,۳۶	۳,۰۱
	فضایی جهت تعامل	۳,۰۱	۲,۲۵	۲,۰۵
	Between group	۸۷,۸۳۸		
	Within group	۲۲۳,۵۳۶		
	Mean sruare	۲۹,۲۷۹		
	F	۲۵,۱۴۹		
	sig	۰,۰۰		

همان‌گونه که از داده‌های جدول فوق پیداست، در ارتباط با بعد سلامت جسمانی در هر سه مجتمع مسکونی اساتید، دراک و چوگان، وضعیت مطلوبی مشاهده شده است. این موضوع در مقدار سطح معناداری که در آزمون انجام گرفته به دست آمده نیز قابل رویت است؛ به این ترتیب که بالا بودن سطح معناداری آزمون از مقدار ۰,۰۵، نشان‌دهنده عدم وجود تفاوت معنادار در ارتباط با بعد سلامت جسمانی میان مجتمع‌های موردنظر است. به بیانی دیگر، وضعیت سلامت جسمانی ساکنین با توجه به بالا بودن میزان میانگین‌ها در هر سه مجتمع، مطلوب و در وضعیتی مشابه با یکدیگر قرار دارد.

اما در ارتباط با وضعیت سلامت روانی ساکنین، سطح معناداری به دست آمده در آزمون F نشان می‌دهد که وضعیت این بعد میان ساکنین مجموعه‌های موردنظر دارای تفاوت‌هایی معنادار با یکدیگر است. لذا به منظور تعیین نوع تفاوت‌ها، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج این آزمون در ارتباط با وضعیت سلامت روانی ساکنین در مجموعه‌های مورد بررسی (جدول ۵) نشان داد که وضعیت سلامت روانی ساکنین در مجتمع اساتید و دراک مشابه یکدیگر بوده، اما این شاخص در مجتمع چوگان، متفاوت با آن دو است. با توجه به اینکه میانگین‌های به دست آمده در مجتمع اساتید و دراک غالباً از حد متوسط بیشتر هستند، لذا به نظر می‌رسد که سلامت روانی در این دو مجتمع در حد مطلوب باشد ولی این شاخص در مجتمع چوگان چندان مناسب به نظر نمی‌رسد.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی توکی در ارتباط با مقایسه شاخص‌های سلامت روان در مجتمع‌های مورد بررسی

	اساتید	دراک	چوگان	
اساتید	تفاوت معنادار در سلامت اجتماعی با مجتمع چوگان و دراک	۰/۰۰۹	۰/۰۰	Sig.
		۰/۱۰۹۶	-۰/۳۱۲	تفاوت میانگین‌ها
		۰/۶۱۹	۰/۵۳۲	حدپایین
		۰/۸۳۸	۰/۶۹۹	حدبالا
دراک	۰/۰۰۹	تفاوت معنادار با مجتمع اساتید	۰/۹۵۹	Sig.
	-۰/۱۰۹۶		-۰/۱۴۰۸	تفاوت میانگین‌ها
	۰/۸۳۸		-۰/۸۸۴	حدپایین
	۰/۶۱۹		۰/۶۰۲	حدبالا
چوگان	۰/۰۰	۰/۹۵۹	تفاوت معنادار با مجتمع اساتید	Sig.
	۰/۳۱۲	۰/۱۴۰۸		تفاوت میانگین‌ها
	۰/۶۶۹	-۰/۶۰۲		حدپایین
	۰/۵۳۲	۰/۸۸۴		حدبالا

نتایج ارزیابی سلامت اجتماعی در مجتمع‌های مسکونی مورد مطالعه و مقدار سطح معناداری آن‌ها در آزمون F، نشان از وجود تفاوت‌هایی معنی‌دار میان میانگین‌های اکتسابی بعد سلامت اجتماعی در مجتمع‌های مورد مطالعه دارد. لذا نتایج آزمون تعقیبی توکی در خصوص مقایسه شاخص‌های سلامت اجتماعی در مجتمع‌های مورد بررسی (جدول ۶)، نشان می‌دهد که میانگین سلامت اجتماعی در مجتمع اساتید با مجتمع‌های دراک و چوگان دارای تفاوت معنادار می‌باشد. همچنین مقادیر به دست آمده در مجتمع اساتید بیش از حد متوسط است، اما در مجتمع‌های دراک و چوگان، این میزان کمتر از حد انتظار است. بنابراین به نظر می‌رسد که وضعیت سلامت اجتماعی در مجتمع اساتید در حد مطلوب است اما این شاخص در مجتمع دراک و چوگان چندان مطلوب نیست.

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی توکی در ارتباط با مقایسه شاخص‌های سلامت اجتماعی در مجتمع‌های مورد بررسی

	اساتید	دراک	چوگان	
اساتید	تفاوت معنادار در سلامت روانی با مجتمع چوگان	۰/۶۰۷	۰/۰۰	Sig.
		-۰/۱۷	-۰/۸۶	تفاوت میانگین‌ها
		-۰/۵۵	-۱/۲	حدپایین
		۰/۱۹	-۰/۴۹	حدبالا
دراک	۰/۶۰۷	تفاوت معنادار با مجتمع چوگان	۰/۰۰	Sig.
	۰/۱۷		-۰/۶۸	تفاوت میانگین‌ها
	-۰/۱۹		-۱/۰۵	حدپایین
	۰/۵۵		-۰/۳۱	حدبالا
چوگان	۰/۰۰	۰/۰۰	تفاوت معنادار با مجتمع اساتید و دراک	Sig.
	۰/۸۶	۰/۶۸		تفاوت میانگین‌ها
	۰/۴۹	۰/۳۱		حدپایین
	۱/۲۴	۱/۰۵		حدبالا

۲-۴- سنجش کیفیت معماری در نمونه‌های موردی

کیفیت معماری، متغیر مستقل تحقیق حاضر است که بنا به چارچوب نظری تحقیق، با استفاده از سه عامل کیفیت محیطی، کیفیت ساختاری و کیفیت عملکردی قابل سنجش است. به منظور ارزیابی وضعیت این کیفیات در مجموعه‌های مورد بررسی، از آزمون F تحلیل آنووا استفاده شد که نتایج آن برای هر مجتمع به تفکیک در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۷- نتایج آزمون F (تحلیل آنووا) در ارتباط با سنجش کیفیت معماری در هرکدام از نمونه‌های موردی

مؤلفه	شاخص	اساتید	دراک	چوگان
		میانگین		
کیفیت محیطی	جهت‌گیری	۳,۹۳	۳,۸۷	۳,۸۴
	آسایش حرارتی	۳,۹۱	۳,۸۹	۳,۸۱
	آسایش صوتی	۴,۲۵	۳,۵۴	۳,۶۱
	کاهش آلودگی	۳,۶۲	۳,۵۱	۳,۵۴
	ایمنی	۳,۲۹	۳,۱۱	۳,۲۷
	Between group	۴,۷۳۱		
	Within group	۱۰۹,۶۲۵		
	Mean sruare	۱,۴۳		
	F	۳,۳۷		
	sig	۰,۰۶۱		
کیفیت ساختاری	پیکربندی فضایی	۳,۸۷	۳,۵۱	۲,۸۴
	انتظام فضایی	۳,۷۲	۳,۲۷	۲,۰۱
	خلوت و محرمیت	۳,۹۱	۲,۶۰	۲,۹۷
	سلسله مراتب واحدها	۴,۰۱	۳,۴۲	۲,۸۵
	Between group	۲۰,۴۰۳		
	Within group	۱۱۵,۹۹۶		
	Mean sruare	۶,۸۰۱		
	F	۱۱,۲۵۷		
	sig	۰,۰۰۰		
کیفیت عملکردی	جهت یابی	۴,۱۸	۳,۰۵	۲,۵۸
	خوانایی	۴,۷۲	۳,۰۹	۲,۹۱
	قلمرو	۳,۹۱	۲,۸۹	۲,۷۳
	دسترسی به خدمات	۳,۸۴	۲,۱۵	۱,۷۷
	تناسبات	۴,۸۴	۳,۷۲	۲,۶۱
	الگو و ضوابط	۴,۵۱	۲,۵۴	۲,۵۹
	انعطاف‌پذیری	۴,۴۹	۲,۷۴	۱,۶۱
	نفوذپذیری	۴,۳۳	۳,۶۸	۱,۵۷
	Between group	۷۲,۳۸۸		
	Within group	۱۷۳,۶۳۵		
	Mean sruare	۱۸,۳۹۷		
	F	۱۷,۴۹۱		
	sig	۰,۰۰۰		

بر اساس نتایج جدول فوق، سطح معناداری در ارتباط با متغیر کیفیات محیطی مجتمع‌ها، مقدار ۰٫۰۶۱ به دست آمده است که با توجه به بالا بودن این مقدار نسبت به مقدار ثابت ۰٫۰۵، این کیفیت در میان مجتمع‌ها نسبت به یکدیگر تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد. به عبارتی دیگر هر سه این مجتمع‌ها در ارتباط با شاخص کیفیات محیطی، از وضعیت مشابهی برخوردار هستند. همچنین میانگین‌های به دست آمده در ارتباط با زیرشاخص‌های مرتبط با این موضوع از جمله وضعیت جهت‌گیری بلوک‌ها نسبت به خورشید، وضعیت آسایش حرارتی و صوتی موجود در ساختمان‌ها، مسائل مربوط به کاهش آلودگی در مجتمع‌ها و نیز ایمنی فضاهای موجود در مجموعه، نشان می‌دهد که این موارد در هر سه مجتمع در وضعیت مطلوبی قرار دارد.

در ارتباط با شاخص‌های مربوط به کیفیت ساختاری مجموعه‌ها، سطح معناداری آزمون F مقدار کمتر از ۰٫۰۵ را نشان می‌دهد که این موضوع موید وجود اختلاف در ارتباط با این شاخص در میان مجموعه‌های موردنظر است. لذا به منظور تحلیل وضعیت اختلاف‌ها میان مجتمع‌ها در باب کیفیات ساختاری آن‌ها، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸- نتایج آزمون تعقیبی توکی در ارتباط با مقایسه کیفیت ساختاری در مجتمع‌های مورد بررسی

	اساتید	دراک	چوگان
اساتید	تفاوت معنادار با مجتمع چوگان		
		۰/۱۳	۰/۰۰
		۰/۶۴	-۰/۵۱
		-۰/۱۶	-۰/۸۱
		۰/۴۳	-۰/۲۱
دراک	۰/۱۳	تفاوت معنادار با مجتمع چوگان	
	-۰/۶۴		۰/۰۰
	-۰/۴۳		-۰/۶۴
	۰/۱۶		-۰/۹۴
			-۰/۳۵
چوگان	۰/۰۰	۰/۰۰	تفاوت معنادار با مجتمع اساتید و دراک
	۰/۵۱	۰/۶۴	
	۰/۲۱	۰/۳۵	
	۰/۸۱	۰/۹۴	

Sig.
تفاوت میانگین‌ها
حدپایین
حدبالا

نتایج حاصل از جدول فوق موید این موضوع است که وضعیت این شاخص در مجتمع‌های اساتید و دراک تا حدودی مشابه یکدیگر است؛ در حالی که کیفیت ساختاری در مجتمع چوگان، دارای تفاوت معنادار با این دو مجتمع می‌باشد.

در باب سنجش کیفیت عملکردی مجموعه‌های مورد بررسی نیز نتایج آزمون F، بر وجود تفاوت معنادار میان میانگین‌های اکتسابی سه مجتمع تأکید دارد. چراکه کمتر بودن این مقدار از ۰٫۰۵ موید وجود تفاوت در کیفیت عملکردی مجموعه‌های موردنظر با یکدیگر دارد. بنابراین مقایسه مقادیر میانگین‌های اکتسابی مربوط به کیفیت عملکردی در مجتمع‌های موردنظر نیز در آزمون تعقیبی توکی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۹ ارائه شده است.

مدیریت شهری
فصلنامه مدیریت شهری
Urban Management
شماره ۵۶ پاییز ۹۸
No.56 Autumn 2019

جدول ۹- نتایج آزمون تعقیبی توکی در ارتباط با مقایسه کیفیت عملکردی در مجتمع‌های مورد بررسی

	اساتید	دراک	چوگان	
اساتید	تفاوت معنادار با مجتمع چوگان و دراک	۰/۰۱۱	۰/۰۴۷	Sig.
		۰/۳۲۰۲	۰/۱۵۷۵	تفاوت میانگین‌ها
		۰/۱۶	-۰/۸۱	حدپایین
		۰/۴۳	-۰/۲۱	حدبالا
دراک	۰/۰۱۱	تفاوت معنادار با مجتمع اساتید	۰/۹۵۱	Sig.
	-۰/۳۲۰۲		-۰/۱۶۲۷	تفاوت میانگین‌ها
	-۰/۴۳		-۰/۹۴	حدپایین
	۰/۱۶		-۰/۳۵	حدبالا
چوگان	۰/۰۴۷	۰/۹۵۱	تفاوت معنادار با مجتمع اساتید	Sig.
	۰/۱۵۷۵	۰/۱۶۲۷		تفاوت میانگین‌ها
	۰/۲۱	۰/۳۵		حدپایین
	۰/۸۱	۰/۹۴		حدبالا

همان‌گونه که از نتایج جدول فوق پیداست، وضعیت کیفیت عملکردی در مجتمع اساتید دارای تفاوت معنادار با مجتمع‌های دراک و چوگان است و با توجه به بیشتر بودن میانگین مجتمع اساتید، به نظر می‌رسد که این مجتمع در ارتباط شاخص‌های کیفیت عملکردی، دارای وضعیت مطلوبی است، این در حالی است که وضعیت کیفیت عملکردی در دو مجتمع دراک و چوگان، در سطح قابل قبولی قرار ندارد.

۳-۴- سنجش کیفیت زندگی در میان ساکنین مجموعه‌های مورد بررسی

کیفیت زندگی، متغیر وابسته در تحقیق حاضر است که با استفاده از پرسشنامه استاندارد در میان مجموعه‌های موردنظر، بررسی شده اسیت. در تحلیل این پرسشنامه، از شاخص میانگین وزنی استفاده می‌شود که مقادیر بالای ۳ نشانگر سطح مطلوب، مقادیر بین ۳ و ۱ در حد متوسط و مقادیر زیر ۱ در حد ضعیف ارزیابی می‌شوند. با این توصیف، نتایج آزمون صورت گرفته در ارتباط با وضعیت کیفیت زندگی در سه مجتمع مورد بررسی نشان داد که کیفیت زندگی در میان ساکنین مجتمع اساتید در سطح خوب، مجتمع دراک در سطح متوسط و مجتمع چوگان در سطح پایین قرار دارد.

جدول ۱۰- وضعیت کیفیت زندگی در میان ساکنین مجتمع‌های مورد بررسی

نام مجتمع	میانگین وزنی
دراک	۳/۳۰
اساتید	۲/۲۱
چوگان	۱/۴۹

۵- بحث

پس از ارزیابی وضعیت متغیرها در نمونه‌های موردی، در این بخش به آزمون فرضیات تحقیق در باب ارتباط میان متغیرهای مذکور پرداخته می‌شود. با توجه به اهداف و سؤالات طرح شده در بخش مقدمه، در پژوهش حاضر یک فرضیه اصلی وجود دارد که بر اساس آن، وجود ارتباط میان کیفیت معماری و کیفیت زندگی در مجموعه‌های مسکونی مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین وضعیت سلامت ساکنین و نحوه ارتباط آن با ابعاد کیفیت محیط و کیفیت زندگی، موضوع فرضیه‌های فرعی هستند که در این پژوهش به آن‌ها پرداخته می‌شود. با این توضیح و به منظور ورود به بحث، در نخستین گام رابطه همبستگی میان این سه متغیر به صورت دو به دو بررسی شده که نتیجه این موضوع در جدول ۱۱ ارائه شده است:

جدول ۱۱- نتایج آزمون همبستگی میان متغیرهای تحقیق

		کیفیت معماری	کیفیت زندگی	ابعاد سلامت
کیفیت معماری	R	۱	۰/۵۸۲	۰/۶۰۷
	sig		۰/۰۰	۰/۰۰
کیفیت زندگی	R	۰/۵۸۲	۱	۰/۸۱۳
	sig	۰/۰۰		۰/۰۰
ابعاد سلامت	R	۰/۶۰۷	۰/۸۱۳	۱
	sig	۰/۰۰	۰/۰۰	

همان‌گونه که از داده‌های جدول فوق پیداست، هر سه متغیر کیفیت زندگی، کیفیت معماری و وضعیت سلامت ساکنین مجموعه‌ها به صورت دو به دو با یکدیگر دارای رابطه معنادار هستند. به عبارتی دیگر بر اساس جدول فوق، کیفیت معماری با کیفیت زندگی و کیفیت سلامت ساکنین دارای ارتباطی معنی‌دار بوده و همچنین کیفیت سلامت ساکنین بر کیفیت زندگی آن‌ها نیز دارای ارتباطی معنی‌دار می‌باشد. بنابراین و با این توضیحات، فرضیه اصلی تحقیق مبتنی بر وجود ارتباط معنی‌دار میان کیفیت معماری و کیفیت زندگی در مجموعه‌های مسکونی، مورد تأیید قرار می‌گیرد. اما آنچه در این بخش لازم به توجه است، تحلیل چگونگی سازوکار تأثیرگذاری کیفیت معماری بر کیفیت زندگی است که برای این منظور، چگونگی ارتباط میان اجزای سازنده این متغیرها با یکدیگر، به صورت دو به دو مورد تحلیل قرار گرفته است که در ادامه به این موضوع پرداخته می‌شود.

۱-۵- بررسی رابطه میان کیفیت معماری و ابعاد سلامت

بر اساس چارچوب نظری تحقیق، کیفیت معماری متشکل از سه بعد کیفیت محیطی، کیفیت ساختاری و کیفیت عملکردی است و سلامت ساکنین در مجموعه‌های مسکونی نیز متأثر از سه بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی است. با این اوصاف، ارتباط میان ابعاد کیفیت معماری و ابعاد سلامت با استفاده از آزمون همبستگی، مورد بررسی قرار گرفته که نتیجه آن در جدول ذیل ارائه شده است:

جدول ۱۲- آزمون همبستگی میان مؤلفه‌های کیفیت معماری و ابعاد سلامت

		ابعاد سلامت		
		سلامت جسمانی	سلامت روانی	سلامت اجتماعی
کیفیت معماری	کیفیت محیطی	۰/۷۶۱	۰/۵۳	۰/۳۹
		۰/۰۰	۰/۰۳	۰/۰۴۱
	کیفیت ساختاری	۰/۴۱	۰/۸۰۳	۰/۲۷
		۰/۰۲۴	۰/۰۰	۰/۰۳۷
	کیفیت عملکردی	۰/۵۰۳	۰/۵۶۱	۰/۷۹۸
		۰/۰۳۳	۰/۰۲۱	۰/۰۰

با توجه به داده‌های جدول فوق و مقادیر مربوط به سطوح معناداری میان متغیرها، می‌توان به وجود رابطه معنی‌دار میان هر سه بعد کیفیت معماری با هر سه بعد سلامت پی برد. با این حال و با مشاهده ضرائب همبستگی میان متغیرهای مذکور، مشاهده می‌شود که بیشترین مقدار ضریب همبستگی میان کیفیت محیطی و بعد سلامت جسمانی (۰/۷۶۱)، کیفیت ساختاری با سلامت روانی (۰/۸۰۳) و کیفیت عملکردی با سلامت اجتماعی (۰/۷۹۸) به دست آمده است. از سویی نتایج حاصل از جدول ۴ در باب تحلیل وضعیت سلامت ساکنین در مجتمع‌های مورد بررسی نیز نشان می‌دهد که ساکنین هر سه مجتمع از نظر سلامت جسمانی در وضعیت مطلوبی قرار دارند؛ از نظر سلامت روانی، مجتمع‌های دراک و اساتید در وضعیت مناسب و مجتمع چوگان در وضعیت نامطلوبی قرار دارد و در نهایت از نظر سلامت اجتماعی، تنها مجتمع اساتید در وضعیت مطلوب قرار دارد و دو مجتمع چوگان و دراک از این نظر در وضعیت چندان مطلوبی قرار ندارند. همچنین نتایج جدول ۷ در ارتباط با کیفیات معماری در این سه مجموعه نیز نتایجی مشابه ارائه نموده است؛ به این ترتیب که کیفیت محیطی در هر سه مجموعه در وضعیتی

مطلوب ارزیابی شده است؛ کیفیت ساختاری در مجتمع اساتید و دراک در وضعیت مناسب بوده و در نهایت، کیفیت اجتماعی تنها در مجتمع اساتید در سطح مطلوب ارزیابی شده است.

با توجه به توضیحات ارائه شده می‌توان چنین برداشت نمود که:

۱- سلامت جسمانی افراد در مجتمع‌های مسکونی، با کیفیت محیطی آن مجتمع‌ها در ارتباط مستقیم قرار دارد؛ این بدان معنی است که شاخص‌هایی چون جهت‌گیری مناسب بنا، آسایش حرارتی، آسایش صوتی، کاهش آلودگی‌های محیطی و افزایش ایمنی در درجه اول با سلامت جسمانی افراد ارتباط مستقیم دارد و سپس با سایر ابعاد سلامتی ساکنین از جمله سلامت روانی و سلامت اجتماعی آن‌ها در ارتباط است. بررسی‌های به عمل آمده در میان سه مجتمع نیز موید این موضوع است که مسائل آسایشی و بهداشتی در هر سه مجتمع مورد توجه ساکنین قرار داشته و همین امر باعث مطلوبیت وضعیت سلامت جسمانی افراد (متأثر از عوامل مذکور) در هر سه مجتمع شده است. بنابراین موضوع ارتباط میان سلامت جسمانی ساکنین و کیفیات محیطی مجتمع که در حوزه آسایش محیطی، ایمنی و بهداشت مطرح است، کاملاً مشهود است.

۲- سلامت روانی ساکنین در مجتمع‌های مسکونی، با کیفیت ساختاری مجتمع‌ها در ارتباط مستقیم قرار دارد؛ کیفیات ساختاری متأثر از ویژگی‌های پیکره‌بندی فضایی است و در مجتمع‌های مسکونی در قالب مواردی چون عدم محصوریت بیش ازحد واحدها، محرمیت موجود در خانه‌ها، سلسله مراتب فضایی واحدها، رعایت حریم صوتی و بصری واحدها، تفکیک عرصه‌های عمومی و خصوصی نمود دارد. وجود این موارد در مجتمع‌های مسکونی، بیشترین تأثیر را بر شکل‌گیری احساس امنیت و آرامش روانی ساکنین دارد و این موضوع در مجتمع‌های مورد بررسی نیز به وضوح مشهود است؛ به این ترتیب که در مجتمع چوگان، به علت عدم عرصه‌بندی فضایی، عدم رعایت حریم بصری و صوتی مناسب در ساخت واحدها، وجود آلودگی‌های صوتی، نوری و بصری به واسطه قراگیری مجتمع در کنار مسیرهای تردد اصلی شهر و نیز کمبود فضای سبز در مجتمع، میزان آرامش روانی بین ساکنین را در مقایسه با دو مجتمع دراک و اساتید به مراتب کاهش داده است. به همین دلیل می‌توان به رابطه میان سلامت روانی ساکنین و کیفیات ساختاری محیط که خود متأثر از الگوهای پیکره‌بندی فضایی در مجتمع‌ها است، اذعان داشت.

۲- سلامت اجتماعی ساکنین در مجتمع‌های مسکونی، با کیفیت عملکردی مجتمع‌ها در ارتباط مستقیم قرار دارد؛ همان‌گونه که پیش از این نیز عنوان شد، سلامت اجتماعی به معنای توانایی افراد در ایجاد ارتباط مؤثر با دیگران و نیز تمایل آن‌ها به مشارکت در امور مربوط به محل سکونت می‌باشد. این موضوع از یک‌سو متأثر از یکپارچگی اجتماعی میان افراد ساکن در یک مجتمع بوده و از سویی دیگر، متأثر از قابلیت فضا در تأمین شرایط مناسب جهت ایجاد چنین رخدادی است. در بین مجتمع‌های مورد بررسی در این پژوهش، مجتمع اساتید، ویژه اسکان اساتید دانشگاه شیراز ساخته شده و همین امر باعث شکل‌گیری نوعی یکپارچگی اجتماعی در بافت ساکنین این مجتمع در مقایسه با دو مجتع دراک و چوگان شده است. مضاف بر این موضوع، وجود فضاهایی مختص گردهمایی اعضا، بازی کودکان، سالن‌های ورزشی، لابی‌های مبلمان شده و نیز استقرار نیمکت و صندلی در محوطه مجتمع، امکان برقراری تعاملات اجتماعی مثبت در میان ساکنین را ارتقا بخشیده است که تأثیر این موضوع در افزایش سطح روابط بین همسایگان در مجتمع اساتید در مقایسه با دو مجتمع دراک و چوگان کاملاً مشهود است. بنابراین کارکرد فضا در ایجاد بستر مناسب جهت برقراری تعامل اجتماعی سازنده میان ساکنین در یک مجتمع مسکونی، ارتباط مستقیمی با سلامت اجتماعی ساکنین آن مجتمع دارد که در این ارتباط، قلمروپذیری فضایی، انعطاف‌پذیری فضایی و نیز تأمین امنیت فضایی در محیط‌های جمعی از جمله شاخص‌های کیفیت عملکردی هستند که می‌توانند در ارتقاء امنیت اجتماعی و ایجاد فضایی جهت تعاملات اجتماعی مؤثر باشد.

۲-۵- بررسی رابطه ابعاد سلامت و کیفیت زندگی

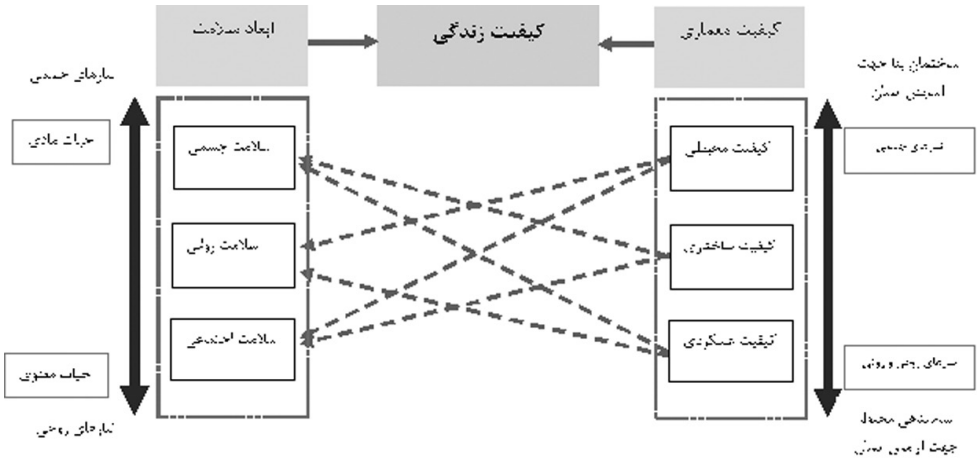
ارتباط میان سطوح مختلف سلامت ساکنین و کیفیت زندگی آنان در مجتمع مسکونی نیز با استفاده از آزمون همبستگی مورد بررسی قرار گرفت که نتیجه آن در جدول ۱۳ قابل رویت است.

جدول ۱۳- آزمون همبستگی میان مؤلفه‌های کیفیت زندگی و ابعاد سلامت

	ابعاد سلامت			
	سلامت جسمانی	سلامت روانی	سلامت اجتماعی	
کیفیت زندگی	۰/۶۵۸	۰/۸۱۴	۰/ ۷۹۵	R
	۰/۰۲۷	۰/۰۱۲	۰/۰۰۰	sig

با توجه به داده‌های جدول فوق و مقادیر مربوط به سطوح معناداری، وجود رابطه میان هر سه بعد سلامت و کیفیت زندگی کاملاً تأیید می‌گردد. بنابراین می‌توان اذعان داشت که تأمین ابعاد سلامت در مجتمع‌های مسکونی، ارتباط مستقیمی با کیفیت زندگی ساکنین دارد. از سویی بررسی مقادیر ضرایب همبستگی میان متغیرهای مورد بررسی، نشان می‌دهد که یک ارتباط قوی میان سلامت اجتماعی و سلامت روانی با کیفیت زندگی وجود دارد. به عبارتی دیگر، کیفیت زندگی در مجتمع‌های مسکونی تا حد زیادی متأثر از تأمین سلامت اجتماعی و سلامت روانی ساکنین آن‌ها است. چنین به نظر می‌رسد که علت این امر با مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در ارتباط باشد. بنا به ادبیات تحقیق، وجوه کیفی زندگی تا حد زیادی متأثر از عواملی چون سرزندگی محیطی، حس تعلق‌خاطر، شکل‌گیری هویت اجتماعی، خاطره‌مندی و مشارکت اجتماعی است. این مفاهیم با مواردی که در ارتباط با ابعاد سلامت اجتماعی و سلامت روانی عنوان شد، سازگاری دارد. به همین علت است که در مجتمع اساتید که وضعیت هر سه بعد سلامت از جمله سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی در بهترین وضعیت قرار دارد، کیفیت زندگی ساکنین آن نیز در بالاترین سطح نسبت به دو مجتمع دیگر قرار گرفته است؛ این در حالی است که در مجتمع دراک که تنها از نظر سلامت جسمانی و روانی در وضعیت مناسبی قرار دارد (و سلامت اجتماعی آن نسبت به مجتمع اساتید در وضعیت پایین‌تری قرار دارد)، وضعیت کیفیت زندگی در سطحی پایین‌تر از مجتمع اساتید قرار دارد و در نهایت در مجتمع چوگان که از نظر ابعاد سلامت، تنها حائز ویژگی‌های سلامت جسمانی است، در پایین‌ترین سطح از نظر کیفیت زندگی نسبت به دو مجتمع اساتید و دراک قرار دارد.

در نهایت با توجه به موارد عنوان شده در فوق، نحوه ارتباط میان متغیرهای موردنظر تحقیق در قالب دیاگرام ذیل قابل ارائه خواهد بود.



تصویر ۱۰- مدل نهایی تحقیق پیرامون نحوه ارتباط میان کیفیت معماری، کیفیت زندگی و ابعاد سلامت در مجتمع‌های مسکونی

۶- نتیجه‌گیری

یکی از مهم‌ترین اهداف بشر در تمام زمینه‌ها، ارتقا سطح کیفی زندگی‌اش بوده است. تمام فعالیت‌ها، پیشرفت‌ها و دست‌آوردهای بشر در طول تاریخ، به نوعی در جهت ارتقا این هدف به کار گرفته شده است. به همین دلیل نیز یکی از مهم‌ترین رسالت‌های معماری و طراحی

محیطی، ایجاد بستری مناسب برای حضور انسان و ارتقا سطح کیفی زندگی وی بوده است. این موضوع به ویژه در طراحی مسکن به عنوان فضایی که بیشترین حضور انسان در آن شکل می‌گیرد، از اهمیتی دو چندان برخوردار است.

اگر کیفیت فضایی در معماری مسکن را به دو بعد عینی و ذهنی تقسیم کنیم، در بعد عینی بیشتر به نیازهای جسمی کاربر و تأمین آسایش جسمی برای وی توجه می‌شود و در بعد ذهنی، نیازهای روحی و روانی وی در قالب ایجاد آرامش روانی در محیط مسکن مدنظر قرار می‌گیرد. بر همین اساس کیفیت معماری در جهت پاسخ به طیفی از نیازهای جسمانی تا نیازهای روحی و روانی انسان، ابعاد مختلفی را در بر می‌گیرد که در ادبیات معماری در قالب سه بعد کیفیت محیطی، کیفیت ساختاری و کیفیت عملکردی قابل دسته‌بندی هستند.

رابطه میان کیفیت معماری و کیفیت زندگی در قالب مفهوم سلامت قابل ارزیابی است. در این مفهوم، سلامت انسانی در سه بعد سلامت جسمانی، سلامت سلامت روانی و سلامت اجتماعی قابل تقسیم است و دستیابی به آن در گرو تأمین سطوح مختلفی از نیازهای مادی تا نیازهای معنوی انسان می‌باشد. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش و نیز پاسخ به سؤالات تحقیق، متغیرهای مذکور به صورت دو به دو با یکدیگر مورد تحلیل قرار گرفته که در نهایت نتایج زیر حاصل آمد:

۱- کیفیات معماری در فضاهای مسکونی، ارتباط مستقیمی با ارتقا وضعیت سلامت ساکنین در آن دارند. در این خصوص موارد زیر قابل توجه هستند:

- ارتقا سطح کیفیت محیطی، باعث ارتقا تمام ابعاد سلامت در مسکن به ویژه سلامت جسمانی ساکنین می‌شود. این بدان معنی است که تأمین بهداشت، ایجاد آسایش محیطی در مسکن، تأمین ایمنی ساکنین و مواردی از این قبیل که در حوزه کیفیات محیطی قرار دارند، مهم‌ترین عوامل در تأمین سلامت جسمانی ساکنین به شمار می‌آیند.

- ارتقا سطح کیفیت ساختاری در مسکن، باعث ارتقا سلامت روانی در مسکن می‌شود؛ به این معنی که توجه به ویژگی‌های ساختاری مسکن در ارتباط با نحوه پیکره‌بندی فضایی، عرصه‌بندی فضایی مناسب، تأمین امنیت روانی ساکنین، ایجاد حریم‌های بصری مناسب در فضای خانه و مواردی از این قبیل، باعث ایجاد آرامش روانی افراد در خانه و در نتیجه ارتقا سطح سلامت روانی آن‌ها در محیط خانه می‌شود.

- ارتقا سطح کیفیت عملکردی، باعث ارتقا سلامت اجتماعی ساکنین در محیط‌های مسکونی می‌شود؛ در این خصوص می‌توان به قابلیت‌های مسکن در تأمین توامان عملکردهای فردی و اجتماعی در محیط مسکن اشاره نمود که از جمله آن‌ها می‌توان به استقرار فضاهای جمعی در محیط مسکونی، ایجاد فضایی با تنوع عملکردی جهت انجام تنوع فعالیتی در فضاهای عمومی، ایجاد سلسله مراتب فضایی و حریم‌های فردی و اجتماعی در فضا و مواری از این قبیل اشاره نمود. با ایجاد چنین راهکارهایی، امکان افزایش تعامل میان ساکنین افزایش یافته و همین امر باعث ایجاد شناخت بیشتر میان همسایه‌ها، شکل‌گیری هویت جمعی برای ساکنین و نیز افزایش تمایل به مشارکت اجتماعی میان آن‌ها می‌شود که در نهایت به سلامت اجتماعی ساکنین منجر خواهد شد.

۲- کیفیت سلامت ساکنین در مجتمع‌های مسکونی، ارتباط مستقیمی با ارتقا کیفیت زندگی افراد در آن دارند. این بدان معنی است که تأمین هر سه بعد سلامت در محیط‌های مسکونی باعث افزایش کیفیت زندگی آن‌ها در تمام ابعاد می‌شود. بنابراین عدم تأمین هرکدام از ابعاد سلامت در محیط‌های مسکونی، می‌تواند باعث کاهش در سطح کیفی زندگی ساکنین در مجتمع‌های مسکونی شود.

۳- کیفیات معماری در فضاهای مسکونی، ارتباط مستقیمی با کیفیت زندگی ساکنین در مجتمع مسکونی دارد. این موضوع که به نوعی هدف اصلی تحقیق حاضر نیز به شمار می‌آید، با توجه به موارد فوق‌الذکر کاملاً مشهود و قابل درک است. به این ترتیب که بر اساس موارد عنوان شده، از یک سو میان کیفیت معماری و ابعاد سلامت، ارتباطی دو سویه وجود دارد؛ از سویی دیگر کیفیت سلامت ساکنین در مجتمع‌های مسکونی نیز ارتباط مستقیمی با کیفیت زندگی آن‌ها در مجتمع دارد. بنابراین می‌توان ادعا داشت که میان کیفیت معماری در مجتمع‌های مسکونی و کیفیت زندگی ساکنین آن‌ها نیز ارتباطی مستقیم وجود دارد؛ به این ترتیب که با

ارتقا کیفیات معماری در فضاهای مسکونی، ابعاد مختلف سلامت ساکنین افزایش یافته و این امر در نهایت منجر به ارتقا کیفیت زندگی آن‌ها خواهد شد.

منابع

- آصفی، مازیار؛ ایمانی، الناز. (۱۳۹۵). باز تعریف الگوهای طراحی مسکن مطلوب ایرانی- اسلامی معاصر، با ارزیابی کیفی خانه‌های سنتی، فصلنامه پژوهش‌های معماری اسلامی،۴ (۱۱): ۵۶-۷۵.
- پاکزاد، جهانشاه، (۱۳۸۱)، کیفیت فضا، فصلنامه آبادی، دوره دوم، شماره ۲، وزارت مسکن و شهرسازی، تهران، ۱۰۰-۱۱۱.
- حکیمیان، پانته آ. ۱۳۹۱ بعد سلامت طراحی شهری، صفه، سال بیست و دوم، شماره ۵۶، ۸۸-۱۰۰
- ذبیحی، حسین، حبیب، فرح، رهبری منش، کمال.۱۳۹۰. بررسی رابطه بین، میزان رضایت از مجتمع‌های مسکونی و تأثیر مجتمع‌های مسکونی بر روابط انسان (مطالعه موردی چند مجتمع مسکونی در تهران، هویت شهر: بهار و تابستان ۱۳۹۰ , دوره ۵ , شماره ۸، از صفحه ۱۰۳ تا صفحه ۱۱۸
- رحیمی، غلامرضا. (۱۳۸۹). سازمان بهداشت جهانی WHO، مجله دانشکده پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال پنجم، شماره ۱، بهار و تابستان ۵۳،۱۳۸۹-۵۶.
- رفیعی، حسن، سمیعی، مرسده، امینی رارانی، مصطفی و اکبریان، مهدی. (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی ایران از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد مدار، نخستین هم‌اندیشی ملی سلامت اجتماعی، مجموعه مقالات و سخنرانی‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی- اجتماعی و اعتیاد.
- سامه، رضا، (۱۳۹۲)، معماری و کیفیت زندگی انسان، تبیین مفهوم «کیفیت در معماری» مبتنی بر نظام معرفتی اسلام، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه تهران.
- سلیمانی، اسماعیل، (۱۳۹۵)، بررسی سلامت روان و کیفیت زندگی با نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در دانشجویان، مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی ۲۱، سال ششم شماره ۴
- غفاری، علی؛ بنایی، مریم. (۱۳۹۰). خانه سالم چیست، مسکن محیط روستا،۱۳۳، ۱۵-۲۸.
- غیاثی، محمد هادی؛ عظیمی، شراره؛ شهابیان، پویان. ۱۳۹۲، سنجش میزان ارتباط رضایتمندی سکونتی با متغییرهای مسکن، مطالعه موردی مجتمع مسکونی پزشکان فارابی، هویت شهر، شماره پانزدهم، سال ۷،۴۷-۵۸
- معینی، مهدیه؛ اسلامی، سید غلامرضا. (۱۳۹۱)، رویکردی تحلیلی به کیفیت محیط مسکونی معاصر، فصلنامه هویت شهر، ۶ (۱۰): ۴۷-۵۸.
- وورت، دی.ج.ام؛ وندر و ون وگان، (۱۳۹۲)، معماری کیفیت گرا، درآمدی بر برنامه‌ریزی و طراحی و ارزیابی کیفیت عملکردی، ترجمه مهیار باستانی، مشهد: کتابکده کسری.
- Campbell, S (1996), Green cities, growing cities, just cities? Urban planning and the contradictions of sustainable development, Journal of American Planning Association, 62, pp. 296- 312.
- Devine, E.T. (1917), The Normal Life. New York: Douglas c.
- Dijkstra, Tjeerd. (2001), Architectonic Quality. Hague: In Policy Note,Government Architecture.
- Kawakami N, & Winkleby, M & Skog, L &Szulkin, R, & Sundquist K., (2011). Differences in Neighborhood Accessibility to Healthrelated Resources: A Nationwide Comparison between Deprived and Affluent Neighborhoods in Sweden, Journal of Health & Place 17, PP.132–139.
- Khaef, S & Zebardast, E (2015), Assessing quality of life dimensions in deteriorated inner areas : a case from Javadieh neighborhood in Tehran metropolis
- Kinsey, J & Lane, S (1983), Race, housing attributes and satisfaction with housing, Housing and Society, 10, pp. 98-116.
- Lansing, J.B, and R.W Marans. (1969), “Evaluation of Neigborhood Quality.” AIP Journal: 195-199.

- Miller. F. D., S. Tseraberis, G. P. Malia. & D. Greg (1980). Neighbourhood satisfaction among urban. dwellers. Journal of Social Issues 363. 101-117.
- Montgomery, A. (2005), "Introduction to Statistical Quality Control." John Wiley.
- Mugerauer, Robert (1995) Interpreting Environments: Tradition, Deconstruction, Hermeneutics, University of Texas Press.
- Shaw, M. (2004).Housing and public health, Annual Review of Public Health, 25(1), pp397-418.
- Szalai, A, and Andrew, F. (1980), The Quality of Life. SAGE STUDIES IN INTERNATIONAL SOCIOLOGY: ISA.
- Thomson, H. &Petticrew, M. (2005) Is Housing Improvement a Potential Health Improvement Straregy? Geneva: WHO Health Evidence Network (Geneva: WHO).
- Ulengin, U, and Guvenc, (2001). A multidimensional Approach to Urban Quality of Life. European Journal of Operational Research.
- Victorson, D.; D. Cella, L.; Wanger, L.; Kramer & M.L. Smith (2007), Measuring Quality of Life in Cancer Survivors., In: M. Feuerstein (ed), Handbook of cancer survivorship, New York, spring
- Voordet, D.J, and Wegen, B.R, (2005). Architectur in use. Oxford:Elsevier: Architectural Press, 2005.