

مجله پژوهش و برنامه‌ریزی روستایی، شماره سوم، بهار و تابستان ۱۳۹۲

سنجش و ارزیابی شاخص کیفیت زندگی در مناطق روستایی

(مطالعه موردی: دهستان میانده، شهرستان فسا)

یوسف قنبری - استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

حمزه رحیمی^۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مهدی احمدیان - دانشجوی کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۲۴ صص ۷۳-۹۵ تاریخ تصویب: ۱۳۹۱/۱۲/۲۰

چکیده

فقرگسترده، نابرابری فزاینده، رشد سریع جمعیت، بیکاری، مهاجرت، حاشیه‌نشینی شهری و غیره همگی از پیامدهای نبود توجه به کیفیت زندگی در نواحی روستایی می‌تواند باشد؛ براین اساس، برای نیل به سوی توسعه پایدار، توجه به توسعه روستایی و افزایش سطح کیفیت زندگی روستاییان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف سنجش و تحلیل کیفیت زندگی در مناطق روستایی شهرستان فسا انجام گرفته است. این پژوهش، مطالعه‌ای کاربردی است که رویکرد حاکم بر آن توصیفی-تحلیلی می‌باشد. داده‌های موردنیاز پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه تعدیل‌شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، گردآوری شده است. جامعه آماری پژوهش را ساکنان دهستان میانده شهرستان فسا تشکیل می‌دهند. حجم نمونه موردبررسی با استفاده از فرمول کوکران، ۳۸۵ نفر برآورد شد. اعضای نمونه نیز به روش نمونه‌گیری تصادفی و متناسب با حجم جمعیتی زیرجامعه‌های مورد مطالعه (روستاهای دهستان) انتخاب شده‌اند. نتایج این پژوهش نشان داد میزان رضایتمندی از کیفیت زندگی و سطح کیفیت زندگی مردم دهستان میانده از نظر ابعاد سلامت جسمانی و روانی، در حد متوسط و بالاتر و به ترتیب برابر با ۳/۲۸ و ۳/۲۳۹، از مجموع ۵ امتیاز است؛ اما از حیث ابعاد سلامت محیط، سلامت اجتماعی و سلامت اقتصادی، میانگین رضایتمندی به ترتیب برابر با ۲/۲۵، ۲/۶۲ و ۲/۱۶ برآورد شد که پایین‌تر از رضایتمندی متوسط است. به علاوه، بررسی‌ها نشان داد بین رضایتمندی از

ابعاد پنج‌گانه شاخص کیفیت زندگی، همبستگی مستقیم و معنادار وجود دارد. همچنین، هریک از این ابعاد همبستگی معناداری با رضایتمندی نهایی از کیفیت زندگی، در سطح اطمینان ۹۹٪ دارند. در مجموع، پنج بعد ذکر شده، قادر به تبیین و پیش‌بینی حدود ۳۸٪ از تغییرات میزان رضایتمندی از کیفیت زندگی در سکونتگاه‌های روستایی میانه هستند. **کلیدواژه‌ها:** سنجش رضایتمندی، کیفیت زندگی، سکونتگاه روستایی، دهستان میانه.

۱. مقدمه

داشتن کیفیت زندگی^۱ مطلوب، همواره آرزوی بشر بوده و هست. در ابتدا این آرزو به بهبود وضعیت‌های ظاهری افراد از قبیل میزان درآمد، تحصیلات، سلامتی جسمی و مسکن محدود بود؛ اما اکنون به طیف‌های وسیعی از جمله متغیرهای کیفی و ذهنی توجه می‌شود (مختاری و نظری، ۱۳۸۹: ۹). مطالعه ادبیات کیفیت زندگی نشان می‌دهد این مفهوم بر دو موضوع تمرکز دارد: رفاه شخصی و کیفیت زندگی که رفاه شخصی به فرد مرتبط است و کیفیت زندگی با محیط ارتباط دارد (Baycan-Levent & Nijkamp, 2006: 4).

در بحث‌های مربوط به کیفیت زندگی، فقط زیستن مهم نیست؛ بلکه، کیفیت آن نیز دارای اهمیت است (Cramer et al., 2004: 104) و نگرانی از کیفیت زندگی، یکی از مشخصه‌های جامعه معاصر است (Pacione, 2003: 19). بحث کیفیت زندگی از دهه ۱۹۶۰ به یکی از موضوعات مورد علاقه اندیشمندان علوم اجتماعی تبدیل شد؛ زیرا، در این دهه مشخص شد رشد و توسعه اقتصادی لزوماً منجر به بهبود زندگی مردم یک کشور نمی‌شود (Das, 2008: 298). مطالعات علمی نشان داده‌اند رابطه بین پیشرفت اقتصادی و کیفیت زندگی، رابطه‌ای خطی نیست؛ این دو، تا نقطه‌ای همسو و هم‌جهت حرکت می‌کنند و آن نقطه‌ای است که حداقل شرایط مطلوب مادی برای زیست انسان فراهم شده باشد؛ اما از این نقطه به بعد دیگر نمی‌توان انتظار داشت تأمین نیازهای اقتصادی به بهبود کیفیت زندگی کمک کند؛ زیرا، انسان موجودی چندوجهی و پیچیده است و منطق اقتصادی نمی‌تواند بسیاری از رفتارهای او را تبیین کند (خوارزمی، ۱۳۸۳: ۸).

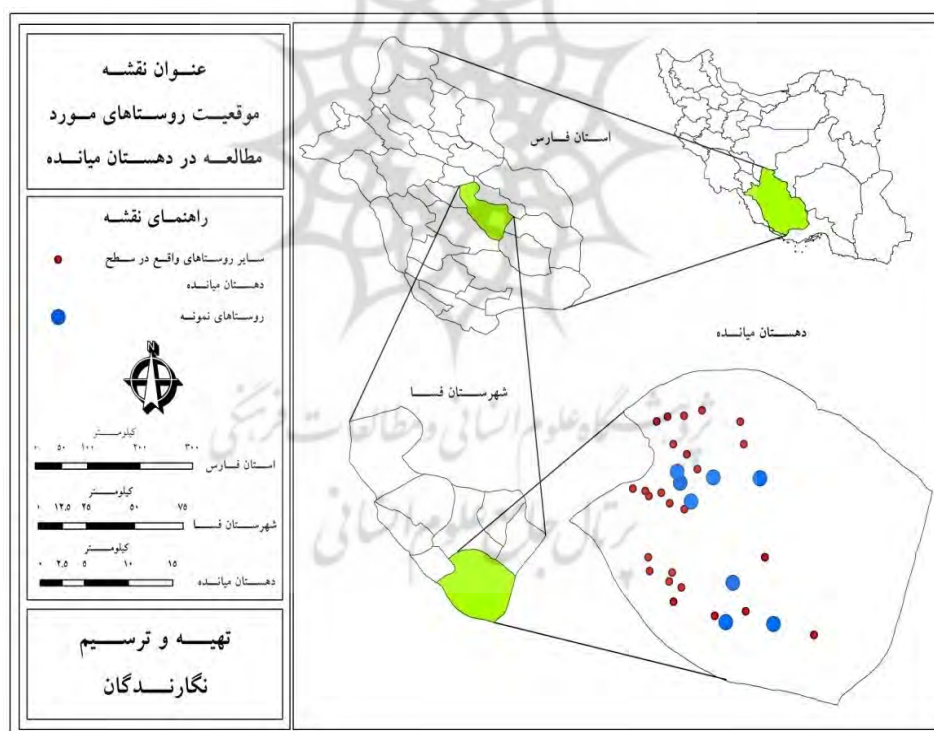
طی سی سال گذشته، کیفیت زندگی به مثابه هدف اصلی توسعه جامعه بر سیاست‌گذاری‌های بسیاری از کشورها تأثیرگذار بوده است (ماجدی و لهسایی‌زاده، ۱۳۸۵: ۱۰۰). در واقع، نظریه کیفیت زندگی، ترویج و توسعه مفاهیم کیفیت محیط زندگی مردم است تا بهترین شیوه‌های زیستی برای آن‌ها فراهم شود؛ بنابراین، هدف نهایی از مطالعه کیفیت زندگی و کاربرد متعاقب آن برای این است تا مردم قادر به داشتن زندگی‌ای با کیفیت بالا باشند؛ به طوری که این زندگی هدفمند و نیز لذت‌بخش باشد (Parker, 1999: 238).

کیفیت زندگی بسیار متأثر از زمان و مکان است و عوامل تشکیل‌دهنده‌اش با توجه به دوره زمانی و مکان جغرافیایی تفاوت خواهند داشت. کیفیت زندگی مردم و مکان‌های روستایی به عوامل زیادی همچون اشتغال، درآمد مناسب، دسترسی به خدمات مهم، از جمله آموزش، بهداشت، سلامت، محیط طبیعی، امنیت، انجمن‌های قوی و از این قبیل عناصر وابسته است. هرچند کیفیت زندگی مردم و مکان‌های شهری نیز به این عوامل وابسته است، اما چالش‌های مربوط به سنجش رفاه و زندگی بهتر در نواحی شهری بسیار متفاوت از مناطق روستایی است (رضوانی و همکاران، ۱۳۸۷: ۴۰). برخی از این چالش‌ها به شرایط کلان اقتصادی وابسته است؛ اما برخی دیگر به چارچوب سازمانی و نهادی موجود در نواحی روستایی مربوط است. عواملی مانند مقیاس کوچک و تراکم کم جمعیت سکونتگاه‌های روستایی، کاهش اشتغال و درآمد در بخش کشاورزی، فاصله زیاد سکونتگاه‌ها از یکدیگر، انزوای جغرافیایی، ضعف در راه‌های ارتباطی و سیستم حمل‌ونقل مناسب و کارآمد، اجرای سیاست‌های لازم برای بهبود کیفیت زندگی روستایی را پیچیده‌تر می‌کند (Bukanya et al., 2003: 1). با توجه به نقش کتمان‌نشده مناطق روستایی در تولید، رشد و توسعه ملی، ضرورت جلب رضایت ساکنان این مناطق و افزایش کیفیت زندگی در سکونتگاه‌های روستایی بر کسی پوشیده نیست؛ بنابراین، با آگاهی از این مهم، در پژوهش حاضر تلاش می‌شود تا سطح کیفیت زندگی ساکنان دهستان میاندو شهرستان فسا، از جنبه‌ها و ابعاد مختلف به روش بهزیستی ذهنی و به وسیله اطلاعاتی که با استفاده از ابزار پرسش‌نامه گردآوری می‌شود، سنجش و ارزیابی شود؛ براین اساس، پژوهش حاضر پاسخی خواهد بود به این پرسش که کیفیت زندگی ساکنان روستایی در ناحیه میاندو در چه سطحی است؟ و چه عواملی در میزان رضایتمندی از کیفیت زندگی در نواحی روستایی مؤثر هستند؟

۲. روش‌شناسی تحقیق

۱.۲. قلمرو جغرافیایی پژوهش

شهرستان فسا از توابع استان فارس است که بین ۵۳ درجه و ۱۹ دقیقه تا ۵۴ درجه و ۱۵ دقیقه طول شرقی و ۲۸ درجه و ۳۱ دقیقه تا ۲۹ درجه و ۲۴ دقیقه عرض شمالی واقع شده است. این شهرستان دارای ۴ بخش، ۴ شهر، ۸ دهستان، ۱۹۲ آبادی دارای سکنه است. طبق سرشماری سال ۱۳۹۰، جمعیت شهرستان ۲۰۳۱۲۹ نفر برآورده شده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰). دهستان میانده جزو بخش شیبکوه شهرستان فسا است. مجموع ۲۷۶۷ نفر ساکن این دهستان در ۱۵ روستای واقع در آن سکونت دارند که صددرصد جمعیت آن روستانشین هستند و نقطه شهری در این دهستان وجود ندارد (معاونت برنامه‌ریزی استانداری فارس: ۱۳۹۰).



شکل ۱- نقشه موقعیت روستاهای مورد مطالعه در سطح دهستان میانده

مأخذ: استانداری فارس، ۱۳۹۱

۲.۲. روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کاربردی است و باتوجه به ماهیت موضوع و مؤلفه‌های موردبررسی، رویکرد حاکم بر آن مجموعه‌ای از روش‌های توصیفی-تحلیلی و همبستگی می‌باشد. جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها به دو روش اسنادی و پیمایشی (پرسش‌نامه) انجام شده است که تأکید اصلی پژوهش و تحلیل‌های صورت گرفته، بر روی اطلاعات گردآوری شده از طریق پرسش‌نامه است. پرسش‌نامه و شاخص‌های مورد استفاده در این تحقیق، پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت WHOQOL-BREF است که با توجه به ادبیات موضوع و مطالعات بومی انجام گرفته در کشور، این پرسش‌نامه تا حدودی متناسب با فضای عمومی مناطق روستایی کشور تعدیل شده است. جامعه آماری پژوهش، شامل همه ساکنان مناطق روستایی دهستان میانه شهرستان فسا می‌شود. با توجه به وسعت جامعه آماری و امکان نداشتن دسترسی به تمامی اعضای جامعه، از روش نمونه‌گیری برای گردآوری اطلاعات استفاده شد. حجم نمونه براساس فرمول کوکران (حافظ‌نیا، ۱۳۸۰: ۱۱۷) با خطای اندازه‌گیری ۵٪ و سطح اطمینان ۹۵٪ و همچنین با در نظر گرفتن فرض وجود حداکثر ناهمگنی، ۳۸۵ نفر برآورد شد. فرایند نمونه‌گیری، به روش نمونه‌گیری تصادفی و متناسب با حجم جمعیتی زیرجوامع (روستاهای دهستان) جامعه کلی انجام گرفت؛ به این صورت که حجم و تعداد نمونه تعلق یافته به هریک از روستاهای مورد بررسی، متناسب با سهم و درصد جمعیت آن روستا از کل جمعیت دهستان است. پس از مشخص شدن سهم هر روستا از تعداد نمونه‌های مورد نیاز، نمونه‌گیری در هریک از روستاها به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد. یکی از شیوه‌های عملیاتی کردن مفهوم کیفیت زندگی، طراحی شاخص‌های کیفیت زندگی است. در سه دهه گذشته، تلاش‌های بسیاری برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در نقاط مختلف دنیا صورت گرفته است. یکی از ابزارهای طراحی شده برای سنجش و تحلیل سطح کیفیت زندگی مردم، پرسش‌نامه WHOQO-BREF است که از سوی سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است و در نقاط مختلف دنیا استفاده شده است. صورت کوتاه این پرسش‌نامه حاوی ۲۶ سؤال است که چهار بعد

سلامت جسمانی، روانی، محیطی و روابط اجتماعی را با استفاده از ۲۴ سؤال ارزیابی می‌کند. دو سؤال نیز فقط حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. در این پژوهش علاوه بر بررسی ابعاد چهارگانه ذکر شده، با مراجعه به ادبیات موضوع مؤلفه‌های معرف سلامت اقتصادی نیز شناسایی و بررسی شد؛ براین اساس، متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه به شرح ذیل است:

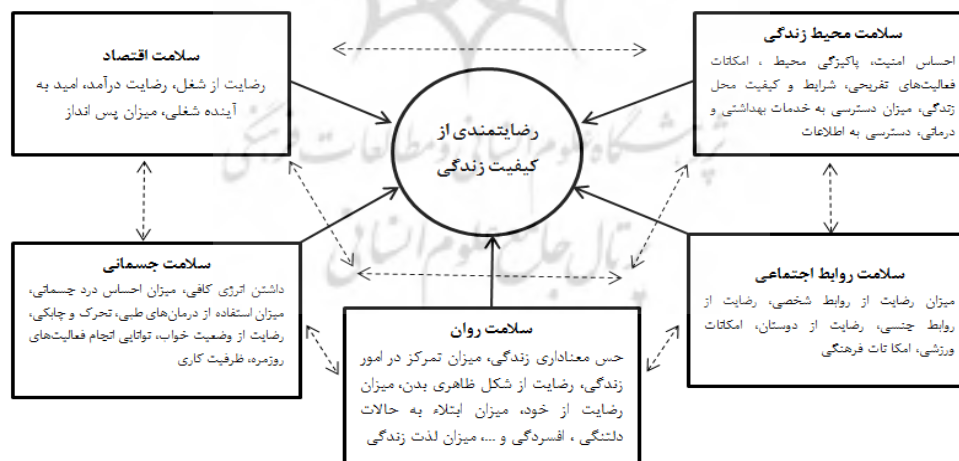
بعد سلامت محیطی: احساس امنیت، سالم و تمیز بودن محیط روستا، امکانات فعالیت‌های تفریحی، شرایط و کیفیت محل زندگی، میزان دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و نیز دسترسی به اطلاعات؛

بعد سلامت اجتماعی: میزان رضایت از روابط شخصی، رضایت از روابط جنسی، رضایت از روابط با دوستان و رضایت از امکانات ورزشی و فرهنگی؛

بعد سلامت جسمانی: داشتن انرژی کافی، میزان احساس درد جسمانی، میزان استفاده از درمان‌های طبی، میزان رضایت از تحرک و چابکی خود، رضایت از وضعیت خواب، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و رضایت از ظرفیت کاری.

بعد اقتصادی: رضایت از شغل، رضایت از میزان درآمد، آینده شغلی و میزان پس انداز؛

بعد سلامت روانی: حس معناداری زندگی، میزان تمرکز در امور زندگی، رضایت از شکل ظاهری بدن، میزان رضایت از خود، میزان ابتلا به حالات دل‌تنگی، افسردگی و غیره و نیز میزان لذت از زندگی.



شکل ۲- مدل مفهومی پژوهش

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۱

۳. مبانی نظری تحقیق

اصطلاح کیفیت زندگی دارای معانی گوناگون برای افراد و گروه‌های مختلف است؛ برخی آن را به‌عنوان قابلیت زیست‌پذیری^۱ یک ناحیه، برخی دیگر به‌صورت اندازه‌ای برای میزان جذابیت^۲ و برخی به‌مثابه رفاه عمومی، بهزیستی اجتماعی، شادکامی، رضایتمندی و ... تفسیر کرده‌اند (Epley & Menon, 2007: 281). بسیاری از محققان بر این باورند که کیفیت زندگی مفهومی چندوجهی، نسبی و متأثر از زمان، مکان، ارزش‌های فردی و اجتماعی است. کیفیت زندگی به‌وسیله نیروهای بیرونی مرتبط با افراد یا گروه‌های اجتماعی، مانند تکنولوژی تولید، زیرساخت‌ها، روابط با سایر گروه‌ها، نهادها، جامعه، محیط طبیعی و نیز از طریق نیروهای درونی، مثل تعاملات درون جامعه و ارزش‌های شخص یا جامعه تعیین می‌شود (Das, 2008: 298).

کیفیت زندگی موضوع اصلی بسیاری از تحقیقات در رشته‌های گوناگون علمی بوده است؛ اما ارائه تعریفی جامع و جهانی برای این مفهوم، هنوز به‌صورت یک مشکل باقی مانده است؛ زیرا، بسیاری از محققان معتقدند کیفیت زندگی مفهومی چندوجهی و نسبی است و تحت تأثیر زمان، مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی می‌باشد و در نتیجه، ارائه تعریفی جهانی برای آن امکان‌پذیر نیست؛ اما برای نخستین بار پیژو در سال ۱۹۲۰ در کتاب *اقتصاد و رفاه* واژه «کیفیت زندگی» را به‌صورت تخصصی به‌کار برد (مختاری و نظری، ۱۳۸۹: ۲۲). همچنین، در سال ۱۹۵۵ با تأسیس انجمن بین-المللی برای مطالعه درباره کیفیت زندگی، سنجش این مفهوم به‌صورت نهادینه درآمد (Veenhoven, 2007: 1).

از دیدگاه فینویک، ناگلیر و برون (۱۹۹۶)، کیفیت زندگی مفهومی اجتماعی است و خود معنایی واقعی ندارد؛ بلکه صرفاً افراد به آن معنا می‌بخشند (Collados & P. Duane, 1999: 446). براساس برداشت کامپ و دیگران (۲۰۰۳) مفهوم کیفیت زندگی به‌طور عمیقی از تفکر مرتبط با سلامت نشأت می‌گیرد و دیدگاه واحدی درباره علت آن وجود ندارد (van Kamp et al., 2003: 3). براساس دیدگاه پال، کیفیت زندگی به‌عنوان معیاری برای سنجش میزان برآورده‌شدن نیازهای

1-livability

2-attractiveness

روحي، رواني و مادي جامعه تعريف شده و در اين زمينه از كيفيت زندگي روستايي نيز به مفهوم چگونگي شرايط و وضعيت زندگي خانواده‌هاي روستايي ياد شده است (Pal & Kumar, 2005: 18). در واقع، محققان بر اين باورند كه اصطلاح كيفيت زندگي، مانند مفهوم توسعه تا اندازه‌اي مبهم است؛ از يك بعد، كيفيت زندگي فردي به صورت پنداشتي از چگونگي گذران زندگي فرد مطرح مي‌شود و از بعدي كلي‌تر، دربرگيرنده موقعيت‌هاي زندگي در مكان‌هاي مختلف حول عاملی مشخص است كه اين موقعيت‌ها عبارت‌اند از: محيط پيرامون و يا فرهنگ در جامعه‌اي معين (Ibid: 217). به گفته كالمن^۱ (۱۹۸۴) كيفيت زندگي به مفهوم گستردگي و انبساط آرزو است كه ريشه در تجارب زندگي دارد. وينستد^۲ (۱۹۸۵) معتقد است كيفيت زندگي مفهومي بسيار ذهني و شخصي است كه معمولاً برپايه خوشحالي و رضاييت فرد با عواملی كه بر رفاه اجتماعي، رواني، جسمي و عملکرد وی تأثير مي‌نهد، بنا مي‌شود. زان^۳ (۱۹۹۲) كيفيت زندگي را درجه و ميزان رضاييت در تجارب زندگي فرد مي‌داند. به عقیده وی، كيفيت زندگي مشتمل بر رضاييت از زندگي در تصور از خود و عوامل اجتماعي، اقتصادي و اكولوژيك است.

گروه كيفيت زندگي سازمان بهداشت جهاني (۱۹۹۵) كيفيت زندگي را اين گونه تعريف مي‌كند: دريافت افراد از موقعيت‌شان در زندگي و در متن نظام‌هاي فرهنگي و ارزشي‌اي كه در آن زندگي مي‌كنند، با توجه به اهداف، انتظارات، استانداردها و علايق‌شان. به بيان ديگر، رضاييت از زندگي به مثابه مؤلفه اصلي كيفيت زندگي مورد تأكيد قرار مي‌گيرد. ديويدي فيليپس (۲۰۰۶) در تعريف جامع، كيفيت زندگي را در ابعاد فردي و جمعي بررسي مي‌كند كه سطح فردي آن مؤلفه‌هاي عيني و ذهني را دربر مي‌گيرد (Philips, 2006: 242)؛ بنا بر اين، هدف نهايي از مطالعه كيفيت زندگي و کاربرد متعاقب آن، با اين هدف است كه مردم توان بهره‌مندی از زندگي با كيفيت مطلوب را داشته باشند؛ به طوري كه اين زندگي علاوه بر هدفمندی، لذت‌بخش نيز باشد (C. Allen et al., 2002: 14).

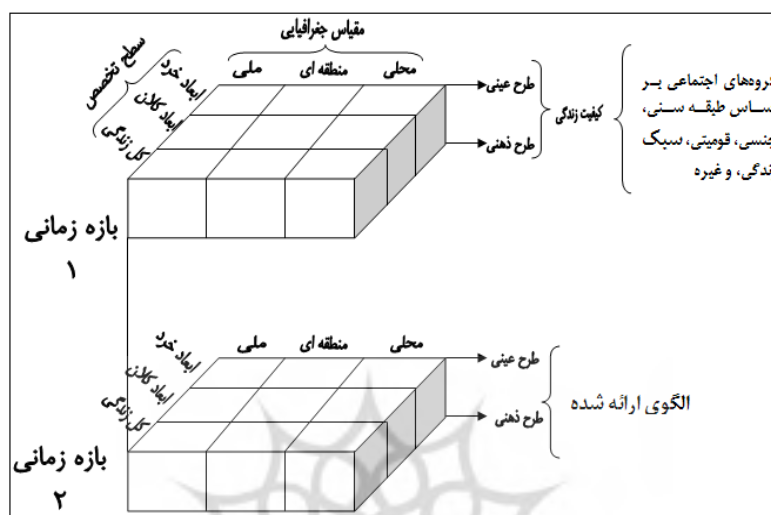
در واقع، كيفيت زندگي ويژگي‌هاي كلي اجتماعي و اقتصادي محيط را در يك ناحيه نشان مي‌دهد كه مي‌تواند به عنوان ابزاري قدرتمند براي نظارت بر برنامه‌ريزي توسعه اجتماع به كار رود. بر-

1- Kalman

2- Winsted

3- Zan

اساس شکل (۳) می‌توان دید که مقیاس تحلیل در رابطه با کیفیت زندگی می‌تواند در سطوح مختلف جغرافیایی اعمال شود:



شکل ۳- مدل ساختار پنج بعدی برای تحقیق کیفیت زندگی

مأخذ: Pacione, 2003: 21

کیفیت زندگی اصطلاحی کلی می‌باشد و مفهومی برای نشان دادن چگونگی برآورده شدن نیازهای انسانی و نیز معیاری برای ادارک رضایت و عدم رضایت افراد و گروه‌ها از ابعاد مختلف زندگی است؛ از این رو، تحقیقات و مطالعات اخیر درباره کیفیت زندگی، بر دو روش‌شناسی عمده متمرکز بوده‌اند: روش اول، شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی قابل سنجش را برای انعکاس میزان برآورده شدن نیازهای انسانی به کار می‌گیرد و روش دوم، سطوح شادکامی و رضایتمندی را براساس گزارش‌های شخصی افراد از تجارب زندگی نشان می‌دهد که «بهزیستی ذهنی»^۱ بر آن اطلاق می‌شود. آنچه در اصطلاح، «اندازه‌های عینی کیفیت زندگی» نامیده می‌شوند، عموماً بر شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی متمرکز دارد؛ اما اندازه‌های ذهنی کیفیت زندگی بر گزارش‌های شخصی افراد از تجارب زندگی متمرکز هستند. هرچند نتیجه مطلوب در ترکیب دو روش دست‌یافتنی است؛ اما به دلیل نبود

1 -subjective well-being

دسترسی به اطلاعات و آمارهای موثق از شاخص‌های معرف کیفیت زندگی، در انجام پژوهش حاضر، سنجش کیفیت زندگی به روش بهزیستی ذهنی مورد تأکید خواهد بود.

۴. بحث و تحلیل یافته‌ها

برای سنجش سطح کیفیت زندگی در دهستان میانده، این شاخص از پنج بعد سلامت محیطی، سلامت اجتماعی، سلامت جسمانی، سلامت اقتصادی و سلامت روانی بررسی و ارزیابی شد. همچنین، وضعیت مؤلفه‌های معرف کیفیت محیط به‌عنوان یکی دیگر از عوامل مؤثر در کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفت. با هدف تحلیل و ارزیابی اطلاعات گردآوری شده برای هر یک از ابعاد یادشده، از آزمون t تک‌نمونه‌ای استفاده شد. این آزمون می‌تواند میزان اختلاف میانگین اطلاعات گردآوری شده از یک مقدار خاص و نیز معنادار بودن یا نبودن اختلافات مشاهده شده را نشان دهد. در بیشتر موارد، از این آزمون برای سنجش معناداری تفاوت میانگین نمونه از میانگین و حد متوسط جامعه استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر، متغیرهای مورد ارزیابی به‌صورت گویه‌های پنج طیفی لیکرت تنظیم شده‌اند که در آن به طیف‌های معرف سطح رضایتمندی مردم، به‌ترتیب از سطح رضایت بسیار کم تا بسیار زیاد، ارزش ۱ تا ۵ تخصص یافته است؛ در نتیجه، عدد ۳ می‌تواند حد متوسط و میانگین رضایتمندی نسبی مردم منطقه در نظر گرفته شود. هرچه میانگین رضایتمندی پرسش‌شوندگان از این مقدار کمتر باشد، نشانگر نارضایتی آن‌ها از شاخص‌های مورد ارزیابی است و هرچه از این میزان بیشتر باشد، نشان از رضایتمندی آنان از شاخص‌های ارزیابی شده دارد. در ادامه، به بررسی و سنجش سطح رضایتمندی ساکنان مناطق روستایی ناحیه میانده از ابعاد مختلف شاخص کیفیت زندگی پرداخته می‌شود.

۴.۱. بعد سلامت محیطی

بعد سلامت محیطی با استفاده از اطلاعات گردآوری شده برای هفت گویه ارزیابی شد. این هفت سنجه عبارت‌اند از: سنجه‌های احساس امنیت در محیط زندگی، سالم بودن محیط اطراف، دسترسی به اطلاعات مورد نیاز روزمره، امکان فعالیت‌های تفریحی، رضایت از محل زندگی، دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی و میزان رضایت از رفت و آمد.

جدول ۱- شناسایی وضعیت کیفیت زندگی از بعد سلامت محیطی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۱

متغیر	میانگین آزمون: ۳						
	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	سطح معناداری Sig	اختلاف میانگین	میزان اختلاف در سطح اطمینان ۹۵٪	
						حدپایین	حدبالا
امنیت	۲/۹۷	۰/۶۷۲	-۶/۰۷	۰/۰۰	-۰/۲۰۸	-۰/۲۸	-۰/۱۴
سلامت محیط	۲/۶۳	۰/۶۰۴	-۱۲/۱۵	۰/۰۰	-۰/۳۷۴	-۰/۴۳	-۰/۳۱
دسترسی به اطلاعات	۲/۳۰	۰/۵۵۷	-۲۴/۶۲	۰/۰۰	-۰/۶۹۹	-۰/۷۵	-۰/۶۴
فعالیت‌های تفریحی	۲/۰۴	۰/۶۵۲	-۲۸/۸۳	۰/۰۰	-۰/۹۵۸	-۱/۰۲	-۰/۸۹
رضایت از محل زندگی	۲/۴۹	۰/۶۹۶	-۱۴/۴۲	۰/۰۰	-۰/۵۱۲	-۰/۵۸	-۰/۴۴
دسترسی به خدمات بهداشتی	۲/۱۷	۰/۷۱۷	-۲۲/۸۲	۰/۰۰	-۰/۸۳۴	-۰/۹۱	-۷/۶
رضایت از رفت‌وآمد	۲/۵۶	۰/۶۷۱	-۱۲/۸۴	۰/۰۰	-۰/۴۳۹	-۰/۵۱	-۳/۷
میانگین گویه‌ها	۲/۲۵	۰/۵۹	-۲۵/۰۷	۰/۰۰	-۰/۷۵	-۰/۸۱	-۶/۹

همان‌طور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، میانگین رضایتمندی ساکنان دهستان میانه از هر هفت گویه معرف بعد سلامت محیط منطقه میانه، کمتر از حد متوسط است. از آنجایی که مقدار خطای آلفای (Sig) آزمون t برای همه این متغیرها کوچکتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه می‌توان استدلال کرد میزان رضایتمندی مردم از سلامت محیط زندگی خود در دهستان میانه، کمتر از حد متوسط است و نارضایتی نسبی در این خصوص مشاهده می‌شود. تفاوت مشاهده شده در دیدگاه مردم از خدمت‌توسط رضایتمندی نیز کاملاً معنادار است و نشانگر وجود کمبودهای محسوس در این زمینه است که بهبود این وضعیت توجه شایسته مسئولان را می‌طلبد.

۲.۴. بعد سلامت اجتماعی

بعد سلامت اجتماعی شامل پنج گویه حس رضایت از روابط شخصی، رضایت از روابط جنسی، رضایت از روابط با دوستان، رضایت از امکانات ورزشی، رضایت از امکانات فرهنگی و آموزشی است. تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده نشان می‌دهد که میزان رضایتمندی مردم منطقه از

متغیرهای رضایت از روابط شخصی، رضایت از روابط جنسی و رضایت از روابط با دوستان، بیشتر از حد متوسط است و رضایت‌مندی قابل‌قبولی در این زمینه وجود دارد. مقدار خطای آلفای (Sig) آزمون t برای این سه متغیر، برابر با ۰/۰۰ است. از آنجایی که این میزان خطا، از میزان خطای قابل‌قبول برای آزمون؛ یعنی از ۰/۰۵ کمتر است، در نتیجه، می‌توان استدلال کرد تفاوت میزان رضایت مشاهده شده برای این سنج‌ها با حد متوسط رضایت‌مندی، به‌حدی است که در سطح اطمینان بالای ۹۹٪ معنا داری است؛ اما، از نظر بقیه متغیرهای مربوط به بعد سلامت اجتماعی؛ یعنی، سنج‌های رضایت از امکانات ورزشی، رضایت از امکانات فرهنگی و آموزشی و میانگین کل سنج‌ها، میزان رضایت‌مندی مردم منطقه کمتر از حد متوسط است و نارضایتی محسوسی در این زمینه مشاهده می‌شود. از آنجایی که مقادیر Sig مشاهده شده برای تمامی این شاخص‌ها کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان نتیجه گرفت تفاوت مشاهده شده در دیدگاه پرسش‌شوندگان از حد متوسط رضایت‌مندی، کاملاً معنادار است و نشان‌دهنده وجود کمبود محسوس در امکانات و خدمات آموزشی، فرهنگی و ورزشی منطقه است.

جدول ۲- شناسایی وضعیت کیفیت زندگی از بعد سلامت اجتماعی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۱

متغیر	میانگین آزمون: ۳						
	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	سطح معناداری Sig	اختلاف میانگین	میزان اختلاف در سطح اطمینان ۹۵٪	
						حد پایین	حد بالا
رضایت از روابط شخصی	۳/۵۱	۰/۵۹۱	۱۶/۸۹۶	۰/۰۰	۰/۵۰۹	۰/۴۵	۰/۵۷
رضایت از روابط جنسی	۳/۱۷	۰/۶۳۲	۳/۷۸۵	۰/۰۰	۰/۱۶۸	۰/۰۸	۰/۲۶
رضایت از روابط با دوستان	۳/۸۲	۰/۴۳۲	۳۷/۰۴۴	۰/۰۰	۰/۸۱۷	۰/۸۷	۰/۸۶
رضایت از امکانات ورزشی	۱/۷۰	۰/۵۷۸	-۴۴/۰۱	۰/۰۰	-۱/۲۹۶	-۱/۳۵	-۱/۲۴
رضایت از امکانات فرهنگی	۱/۶۲	۰/۶۱۵	-۴۴/۱۹	۰/۰۰	-۱/۳۸۴	-۱/۴۵	-۱/۳۲
رضایت از امکانات آموزشی	۲/۸۳	۰/۵۸۲	-۹/۱۱	۰/۰۰	-۰/۲۷۰	-۰/۳۳	-۰/۲۱
میانگین گویه‌ها	۲/۶۲	۰/۵۳	-۱۳/۹۹	۰/۰۰	-۰/۳۸	-۰/۴۳	-۰/۳۳

۳.۴. بعد سلامت جسمانی

برای سنجش بعد سلامت جسمانی از مجموعه ابعاد شاخص کیفیت زندگی در نواحی روستایی، از هفت گویه داشتن انرژی کافی برای انجام کارها، معکوس میزان احساس درد جسمانی، معکوس نیاز به درمان طبی، میزان رضایت از تحرک و چابکی خود، رضایت از وضعیت خواب، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و میزان رضایت از ظرفیت کاری استفاده شد.

جدول ۳- شناسایی وضعیت کیفیت زندگی از بعد سلامت جسمانی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۱

متغیر	میانگین آزمون: ۳						
	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	سطح معناداری Sig	اختلاف میانگین	میزان اختلاف در سطح اطمینان ۹۵٪	
						حد پایین	حد بالا
داشتن انرژی کافی	۳/۶۳	۰/۵۵۳	۲۲/۳۶۶	۰/۰۰۰	۰/۶۳۱	۰/۵۸	۰/۶۹
درد جسمانی	۲/۸۷	۰/۸۴۸	-۳/۰۶۴	۰/۰۰۲	-۰/۱۳۲	-۰/۲۲	-۰/۰۵
نیاز به درمان‌های طبی	۳/۱۲	۰/۶۹۵	۳/۲۹۸	۰/۰۰۱	۰/۱۱۷	۰/۰۵	۰/۱۹
رضایت از تحرک و چابکی	۳/۴۵	۰/۶۷۵	۱۲/۹۷۹	۰/۰۰۰	۰/۴۴۷	۰/۳۸	۰/۵۱
رضایت از وضعیت خواب	۳/۸۷	۰/۵۱۱	۲۹/۴۹۹	۰/۰۰۰	۰/۷۶۹	۰/۷۲	۰/۸۲
توانایی انجام فعالیت‌های روزمره	۳/۱۳	۰/۵۴۷	۴/۵۶۸	۰/۰۰۰	۰/۱۲۷	۰/۰۷	۰/۱۸
رضایت از ظرفیت کاری	۲/۶۱	۰/۵۷۷	-۱۳/۴۱۸	۰/۰۰۰	-۰/۳۹۵	-۰/۴۵	-۰/۳۴
میانگین گویه‌ها	۳/۲۸	۰/۵۹۹	۹/۱۹۱	۰/۰۰۰	۰/۲۸	۰/۲۲۰۵	۰/۳۴۰۵

بر اساس جدول (۳)، ساکنان دهستان میانه از مجموع هفت متغیر مورد ارزیابی، از سنجه‌های میزان درد جسمانی و میزان ظرفیت کاری که متحمل می‌شوند، ناراضی هستند و رضایتمندی مشاهده شده در نزد مردم کمتر از حد متوسط رضایتمندی است. در مقابل، میزان رضایتمندی مشاهده شده برای بقیه متغیرهای بعد سلامت جسمانی شاخص کیفیت زندگی و همچنین میانگین کل هفت سنجه، بیشتر از حد متوسط رضایتمندی است و نشانگر رضایت قابل قبول در این زمینه‌ها است. با توجه به اینکه میزان به دست آمده از آزمون t برای تمامی این سنجه‌ها کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان نتیجه گرفت اختلافات مشاهده شده با رضایتمندی متوسط جامعه کاملاً معنادار است.

۴. ۴. بعد سلامت اقتصادی

برای ارزیابی بعد سلامت اقتصادی شاخص کیفیت زندگی، از چهار سنجه استفاده شده است که به ترتیب عبارت‌اند از: میزان رضایت شغلی، میزان رضایت از درآمد، میزان امید به آینده شغلی و میزان رضایت از پس انداز. بررسی اطلاعات گردآوری شده نشان داد میزان رضایتمندی از هر چهار سنجه بعد سلامت اجتماعی، کمتر از رضایتمندی خدمت‌توسط است. از آنجایی که میزان Sig حاصل از آزمون t تک‌نمونه‌ای برای همه سنجه‌ها کمتر از ۰/۰۵ است و میانگین حدبالا و پایین اطلاعات گردآوری شده نیز منفی است، این امر نشان می‌دهد اختلاف رضایت مشاهده شده با خدمت‌توسط رضایتمندی کاملاً معنادار و محسوس است.

جدول ۴- شناسایی وضعیت کیفیت زندگی از بعد اقتصادی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۱

متغیر	میانگین آزمون: ۳						
	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	سطح معناداری Sig	اختلاف میانگین	میزان اختلاف در سطح اطمینان ۹۵٪	
						حد بالا	حد پایین
رضایت شغلی	۲/۶۹	۰/۸۹۷	-۶/۸۷۵	۰/۰۰۰	-۰/۳۱۴	-۰/۴۰	-۰/۲۲
میزان درآمد	۲/۲۸	۰/۸۲۷	-۱۷/۱۸۸	۰/۰۰۰	-۰/۷۲۵	-۰/۸۱	-۰/۶۴
آینده شغلی	۲/۰۶	۰/۷۶۱	-۲۴/۱۷۰	۰/۰۰۰	-۰/۹۳۸	-۱/۰۱	-۰/۸۶
پس انداز	۲/۱۳	۰/۷۷۹	-۲۱/۹۹۵	۰/۰۰۰	-۰/۸۷۳	-۰/۹۵	-۰/۷۹
میانگین گویه‌ها	۲/۱۶۳۶	۰/۸۱۷۶۰	-۲۰/۰۷۲	۰/۰۰۰	-۰/۸۳۶۳۶۰	-۰/۹۱۸۳	-۰/۷۵۴۴

۴. ۵. بعد سلامت روانی

برای سنجش میزان سلامت روانی در دهستان میانه، از شش گویه به ترتیب شامل حد معناداری زندگی در محیط روستایی، میزان توانایی در تمرکز بر روی انجام امور روزمره، پذیرش جنسیت و شکل ظاهری بدن، میزان رضایت از توانایی‌های خود (داشتن حس اعتماد به نفس)، معکوس میزان

دچار شدن به حالات منفی از قبیل افسردگی و دل‌تنگی و میزان احساس لذت از زندگی در محیط روستای خود، استفاده شد.

بر اساس جدول (۵)، از مجموع شش متغیر مورد ارزیابی، میزان رضایتمندی مردم این دهستان از سنج‌های خدمت‌رسانی زندگی در محیط روستایی، میزان رضایت از توانایی‌های خود (داشتن حس اعتماد به نفس) و میزان لذت از زندگی در محیط روستای خود، کمتر از حد متوسط رضایتمندی است. در مقابل، میزان رضایتمندی مشاهده شده برای بقیه متغیرها شامل میزان تمرکز در امور، میزان رضایت از جنسیت و شکل ظاهری بدن و میزان مبتلانشدن به حالات منفی روحی نظیر افسردگی، دل‌تنگی و ...، بیشتر از حد متوسط رضایتمندی است و نشان از رضایت قابل قبول در این زمینه‌ها دارد. با توجه به اینکه میزان Sig حاصل از آزمون t برای همه سنج‌ها کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان گفت اختلاف مشاهده شده بین میانگین رضایتمندی پاسخ‌گویان و حد متوسط رضایتمندی در همه سنج‌های مورد ارزیابی، کاملاً معنادار است.

جدول ۵- شناسایی وضعیت کیفیت زندگی از بعد سلامت روانی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۱

متغیر	میانگین آزمون: ۳						
	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	سطح معناداری Sig	اختلاف میانگین	میزان اختلاف در سطح اطمینان ۹۵٪	
						حد پایین	حد بالا
لذت از زندگی	۲/۶۵	۰/۶۴۹	-۱۰/۶۷۳	۰/۰۰۰	-۰/۳۵۳	-۰/۴۲	-۰/۲۹
خدمت‌رسانی زندگی	۲/۴۲	۰/۶۵۷	-۱۷/۳۸	۰/۰۰۰	-۰/۵۸۲	-۰/۶۵	-۰/۵۲
تمرکز در امور	۳/۳۸	۰/۶۱۵	۱۲/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۳۸۴	۰/۳۲	۰/۴۵
شکل ظاهری بدن	۳/۹۷	۰/۳۰۵	۶۲/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۹۶۹	۰/۹۴	۱/۰۰
رضایت از خود	۲/۸۳	۰/۶۷۲	-۷/۸۱	۰/۰۰۰	-۰/۲۶۸	-۰/۳۳	-۰/۲۰
حالات افسردگی و دل‌تنگی	۳/۸۳	۰/۵۵۴	۲۹/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۸۳۱	۰/۷۸	۰/۸۹
میانگین گویه‌ها	۳/۲۴	۰/۴۸۶	۹/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۲۳۸۹۶	۰/۱۹	۰/۲۸۷

۴. ۶. بررسی رابطه بین ابعاد بررسی شده از شاخص کیفیت زندگی

برای بررسی کیفیت رابطه موجود بین ابعاد بررسی شده شاخص کیفیت زندگی در دهستان میانده، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. این ضریب شدت رابطه و نوع رابطه (مستقیم یا معکوس) بین دو متغیر را نشان می‌دهد و مقدار آن بین ۱ تا -۱ متغیر است. ضریب همبستگی پیرسون، روشی پارامتری است و برای داده‌هایی با توزیع نرمال و تعداد داده‌های زیاد استفاده می‌شود (مؤمنی و فعال قیومی، ۱۳۸۹: ۱۱۰). با توجه به اینکه در پژوهش حاضر از میانگین سنج‌های مربوط به هریک از ابعاد شاخص کیفیت زندگی برای آزمون استفاده می‌شود، داده‌های مورد استفاده کمی محسوب می‌شوند، توزیع داده‌ها نرمال است و تعداد آن‌ها (۳۸۵ مورد) نیز زیاد است؛ در نتیجه، ضریب همبستگی پیرسون برای سنجش رابطه بین ابعاد بررسی شده شاخص کیفیت زندگی، آزمون مناسبی خواهد بود.

جدول ۶- بررسی میزان همبستگی بین ابعاد مختلف مؤثر در کیفیت زندگی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۱

		سلامت محیط	سلامت اجتماعی	سلامت جسمانی	سلامت اقتصادی	سلامت روانی
سلامت محیط	همبستگی پیرسون	۱	**۰/۳۸۲	**۰/۱۹۴	**۰/۳۹۷	**۰/۲۹۵
	سطح معناداری		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
سلامت اجتماعی	همبستگی پیرسون		۱	**۰/۴۲۵	**۰/۱۷۹	*۰/۱۱۰
	سطح معناداری			۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۳۱
سلامت جسمانی	همبستگی پیرسون			۱	۰/۰۹۲	**۰/۱۴۵
	سطح معناداری				۰/۰۷۱	۰/۰۰۴
سلامت اقتصادی	همبستگی پیرسون				۱	**۰/۴۹۳
	سطح معناداری					۰/۰۰۰
سلامت روانی	همبستگی پیرسون					۱
	سطح معناداری					

نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد از بین پنج بعد بررسی شده، تنها رابطه همبستگی مشاهده شده بین ابعاد سلامت اقتصادی و سلامت جسمانی معنادار نیست؛ اما رابطه مشاهده شده بین بقیه ابعاد شاخص کیفیت زندگی، رابطه همبستگی مثبت (مستقیم) معناداری است؛

یعنی، افزایش میزان رضایت از یک بعد، همسو با افزایش رضایتمندی در ابعاد دیگر است. با توجه به مقادیر Sig به دست آمده، رابطه همبستگی بین ابعاد سلامت اجتماعی و سلامت روانی در سطح اطمینان ۹۵٪ و رابطه همبستگی ابعاد دیگر در سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار است.

۴.۷. بررسی میزان اثرگذاری هریک از ابعاد بررسی شده در تبیین میزان رضایتمندی از کیفیت زندگی
برای بررسی میزان اثرگذاری ابعاد بررسی شده شاخص کیفیت زندگی در رضایتمندی نهایی پرسش‌شوندگان از کیفیت زندگی آن‌ها در دهستان میانه، از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه خطی بهره گرفته شد. تحلیل رگرسیون از روش‌های پرکاربرد در مطالعات اجتماعی-اقتصادی است. این روش رابطه تنگاتنگی با ضریب همبستگی دارد؛ به این مفهوم که برای انجام رگرسیون، باید ضریب همبستگی محاسبه شود. اگر میان متغیرها همبستگی وجود داشت، تنها در این صورت است که می‌توان از تحلیل رگرسیون استفاده کرد (کلانتری، ۱۳۸۵: ۱۶۹). در رگرسیون به دنبال برآورد رابطه‌ای ریاضی و تحلیل آن هستیم؛ به طوری که بتوان به کمک آن کمیت یک متغیر مجهول را با استفاده از متغیر یا متغیرهای معلوم تعیین کرد (مؤمنی و فعال قیومی، ۱۳۸۹: ۱۱۹). همان‌طور که در جدول (۷) ملاحظه می‌شود، بین میزان رضایتمندی از کیفیت زندگی در منطقه روستایی میانه با همه ابعاد بررسی شده این شاخص، در سطح اطمینان ۹۹٪ رابطه همبستگی مستقیم معنادار وجود دارد و این بیانگر آن است که می‌توان از تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی میزان اثرگذاری هریک از ابعاد بررسی شده در رضایتمندی نهایی از کیفیت زندگی در دهستان میانه استفاده کرد. در واقع، ضریب همبستگی، میزان همبستگی دو متغیر را با هم بررسی می‌کند؛ اما رگرسیون به دنبال پیش‌بینی است.

جدول ۷- بررسی میزان همبستگی ابعاد مختلف شاخص کیفیت زندگی با رضایتمندی نهایی از کیفیت زندگی

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۱

متغیر	آزمون	سلامت محیطی	سلامت اجتماعی	سلامت جسمانی	سلامت اقتصادی	سلامت روانی
کیفیت زندگی	همبستگی پیرسون	**۰/۴۶۵	**۰/۵۴۱	*۰/۱۲۷	**۰/۲۵۸	**۰/۳۹۴
	سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۸۵	۳۸۵	۳۸۵	۳۸۵	۳۸۵

شیوه کار در رگرسیون به این صورت است که ابتدا معناداری کل مدل رگرسیون آزمون می‌شود که این کار توسط جدول تحلیل واریانس (ANOVA) صورت می‌گیرد. سپس، باید معناداری تک‌تک ضرایب متغیرهای مستقل بررسی شود که این کار نیز با استفاده از جدول ضرایب انجام می‌پذیرد. همان‌گونه که در جدول تحلیل واریانس مدل رگرسیونی مشخص است، میزان خطای آلفای (Sig) تحلیل واریانس مدل رگرسیونی، کمتر از میزان خطای قابل قبول؛ یعنی ۰/۰۵ و برابر با ۰/۰۰ است و این نشان از آن دارد که بین میزان رضایت از ابعاد پنج‌گانه شاخص کیفیت زندگی و رضایتمندی نهایی از کیفیت زندگی در دهستان میانه در سطح اطمینان بالای ۹۹٪ رابطه معنادار وجود دارد. براساس جدول (۸)، میزان همبستگی بین ابعاد پنج‌گانه بررسی شده با رضایتمندی نهایی از کیفیت زندگی، برابر با ۰/۶۲ است که همبستگی مستقیم و نسبتاً قوی به‌شمار می‌آید؛ اما ابعاد پنج‌گانه ذکر شده در ناحیه میانه، در مجموع، توان تبیین ۳۷/۷٪ از تغییرات (واریانس) شاخص رضایتمندی از کیفیت زندگی را دارا هستند و حدود ۶۶/۳٪ از تغییرات این شاخص، توسط عوامل دیگر تبیین می‌شود.

جدول ۸- میزان تبیین تغییرات متغیر وابسته میزان رضایت از کیفیت زندگی از طریق ابعاد پنج‌گانه این شاخص
مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۱

مدل	همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	تخمین خطای استاندارد
۱	۰/۶۲۰	۰/۳۸۵	۰/۳۷۷	۰/۵۱۳

جدول ۹- تحلیل واریانس مدل رگرسیونی بین میزان رضایت از کیفیت زندگی و ابعاد پنج‌گانه این شاخص

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۱

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری
رگرسیون	۶۲/۵۳۶	۵	۱۲/۵۰۷	۴۷/۴۵۵	۰/۰۰
باقی مانده	۹۹/۸۹۰	۳۷۹	۰/۲۶۴		
مجموع	۱۶۲/۴۲۶	۳۸۴			

همان‌طور که در جدول ضرایب شاخص‌های مدل رگرسیون ملاحظه می‌شود، میزان اثرگذاری مستقیم ابعاد پنج‌گانه بررسی شده در تبیین رضایتمندی نهایی از کیفیت زندگی، یکسان و یک‌جهت

نیست و همان گونه که ضریب استاندارد شده بتا نشان می‌دهد، بین ابعاد سلامت محیطی، سلامت اجتماعی، سلامت اقتصادی و سلامت روانی با رضایتمندی از کیفیت زندگی، رابطه مستقیم وجود دارد. بعد سلامت اقتصادی با ضریب $0/345$ اثرگذاری و قدرت تبیین بیشتری نسبت به بقیه ابعاد بررسی شده در پیش‌بینی میزان رضایتمندی نهایی از کیفیت زندگی دارد. هرچند همبستگی مشاهده شده بین بعد سلامت جسمانی با رضایتمندی از کیفیت زندگی در دهستان میانده، همبستگی بسیار جزئی و معکوسی است، اما همان‌طور که ملاحظه می‌شود میزان خطای آلفای (Sig) به دست آمده برای این رابطه، بسیار بیشتر از میزان خطای قابل قبول؛ یعنی، $0/05$ و برابر با میزان $0/649$ است که بیانگر آن است که این همبستگی منفی مشاهده شده، به هیچ وجه معنادار و قابل اعتماد نیست.

جدول ۱۰- آماره‌های ضرایب مدل رگرسیونی متغیرهای مستقل پژوهش

مأخذ: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۱

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد شده	مقدار t	سطح معناداری
	بتا	خطای استاندارد	بتا		
(مقدار ثابت)	0/444	0/227		1/953	0/052
سلامت محیطی	0/156	0/052	0/142	3/008	0/003
سلامت اجتماعی	0/151	0/058	0/124	2/614	0/009
سلامت جسمانی	-0/022	0/049	-0/020	-0/456	0/649
سلامت اقتصادی	0/275	0/039	0/345	7/097	0/000
سلامت روانی	0/326	0/063	0/243	5/167	0/000

۵. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

نگرانی از کیفیت زندگی یکی از مشخصه‌های جامعه معاصر است و حیطة مربوط به کیفیت زندگی و سنجش آن شاید در هیچ زمانی به اندازه امروز گستردگی نداشته است. در چند دهه اخیر، شناخت، اندازه‌گیری و بهبود کیفیت زندگی از اهداف عمده محققان، برنامه‌ریزان و دولت‌مردان بوده

است. این عرصه علمی و تحقیقاتی مورد توجه تعداد زیادی از رشته‌های علمی، از جمله جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، اقتصاد، علوم محیطی، جغرافیا، پزشکی و ... است. علاوه بر این، نقش و جایگاهی که روستاها در فرایند توسعه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی در مقیاس‌های مختلف ملی و منطقه‌ای برعهده دارند، بر کسی پوشیده نیست؛ براین اساس، با آگاهی از این دو مهم، در این پژوهش کیفیت زندگی مردم در منطقه روستایی میانه شهرستان فسا، از پنج بعد سلامت محیطی، سلامت اقتصادی، سلامت اجتماعی، سلامت جسمانی و سلامت روانی بررسی و ارزیابی شد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که:

۱. از نظر بعد سلامت محیطی، میزان رضایتمندی مردم از مؤلفه‌های سلامت محیط زندگی خود در دهستان میانه، کمتر از حدمتوسط است و نارضایتی نسبی در این خصوص مشاهده می‌شود و تفاوت مشاهده شده در دیدگاه مردم، از حدمتوسط رضایتمندی نیز کاملاً معنادار است.
۲. از لحاظ بعد سلامت اجتماعی، میزان رضایتمندی مردم منطقه از متغیرهای رضایت از روابط شخصی، رضایت از روابط جنسی و رضایت از روابط با دوستان، بیشتر از حدمتوسط است؛ اما، از حیث سنجه‌های رضایت از امکانات ورزشی، رضایت از امکانات فرهنگی و آموزشی و میانگین کل سنجه‌ها، میزان رضایتمندی مردم منطقه کمتر از حدمتوسط بود و نارضایتی محسوس در این زمینه مشاهده شد.
۳. در زمینه بعد سلامت جسمانی، ساکنان دهستان میانه از مجموع هفت متغیر مورد ارزیابی، از سنجه‌های میزان درد جسمانی و میزان ظرفیت کار، ناراضی هستند. در مقابل، میزان رضایتمندی مشاهده شده برای سایر متغیرهای بعد سلامت جسمانی شاخص کیفیت زندگی و نیز میانگین کل هفت سنجه، بیشتر از حدمتوسط رضایتمندی بوده است و نشان از رضایت قابل قبول در این زمینه‌ها دارد.
۴. از حیث بعد سلامت اقتصادی، بررسی اطلاعات گردآوری شده نشان داد میزان رضایتمندی از هر چهار سنجه بعد سلامت اقتصادی، کمتر از رضایتمندی حدمتوسط است و اختلاف رضایت مشاهده شده با حدمتوسط رضایتمندی کاملاً معنادار و محسوس است.

۵. درخصوص بعد سلامت روانی، از مجموع شش متغیر مورد ارزیابی، میزان رضایتمندی مردم این دهستان از سنج‌های حدمعاداری زندگی در محیط روستایی، میزان رضایت از توانایی‌های خود (داشتن حس اعتماد به نفس) و میزان لذت از زندگی در محیط روستا، کمتر از حدمتوسط رضایتمندی است. در مقابل، میزان رضایتمندی مشاهده شده برای متغیرهای میزان تمرکز در امور، میزان رضایت از جنسیت و شکل ظاهری بدن و میزان مبتلانشدن به حالات منفی روحی نظیر افسردگی، دل‌تنگی و غیره، بیشتر از حدمتوسط رضایتمندی است.

افزون‌براین، بررسی‌ها نشان داد بین ابعاد مختلف شاخص کیفیت زندگی در نواحی روستایی، همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد و رضایتمندی در هر بعد از شاخص کیفیت زندگی، همسو و هم‌جهت با دیگر ابعاد این شاخص است. به‌علاوه، هر یک از ابعاد بررسی شده، رابطه معناداری با رضایتمندی نهایی از کیفیت زندگی در منطقه روستایی می‌انده دارند و هر یک از این ابعاد قادر به تبیین و پیش‌بینی درصدی از تغییرات متغیر وابسته کیفیت زندگی در نواحی روستایی هستند. در این میان، توان تبیین و اثرگذاری مستقیم بعد سلامت اقتصادی در میزان رضایتمندی نهایی از کیفیت زندگی در سکونتگاه‌های روستایی، نسبت به دیگر ابعاد بررسی شده بیشتر و قوی‌تر است.

در مجموع، پنج بعد بررسی شده از شاخص کیفیت زندگی در نواحی روستایی، قادر به تبیین حدود ۳۸٪ از تغییرات میزان رضایتمندی از کیفیت زندگی در نواحی روستایی هستند و حدود ۶۲٪ باقی‌مانده توسط عواملی چون ویژگی‌های فردی، شخصیتی و دیگر عوامل ناشناخته تبیین می‌شود.

کتابنامه

۱. استانداری فارس. (۱۳۹۱). «آخرین وضعیت تقسیمات کشوری شهرستان فسا». شیراز: استانداری فارس.
۲. حافظ‌نیا، م. ر. (۱۳۸۷). «مقدمه‌ای بر روش تحقیق در علوم انسانی». چاپ چهاردهم. تهران: انتشارات سمت.
۳. خوارزمی، ش. د. (۱۳۸۳). «کیفیت زندگی و الزامات عصر دیجیتال در ایران». روزنامه دنیای اقتصاد.
۴. رضوانی، م. ر؛ شکیب، ع. ر. و منصوریان، ح. (۱۳۸۷). «ارزیابی کیفیت زندگی در نواحی روستایی». فصلنامه پژوهشی رفاه اجتماعی. سال ۸، شماره‌های ۳۰ و ۳۱، صص ۵۹-۳۵.

۵. کلاتری، خ. (۱۳۸۵). «پردازش و تحلیل داده‌ها در تحقیقات اجتماعی-اقتصادی». چاپ دوم. تهران: انتشارات شریف.
۶. ماجدی، س. م. و لهسایی‌زاده، ع. ع. (۱۳۸۵). «بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای سرمایه اجتماعی و رضایت از کیفیت زندگی (مطالعه موردی: روستاهای فارس)». فصلنامه روستا و توسعه. سال ۹. شماره ۴، صص ۹۱-۱۳۵.
۷. مختاری، م. و نظری، ج. (۱۳۸۹). «جامعه‌شناسی کیفیت زندگی». چاپ اول. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
۸. مرکز آمار ایران. (۱۳۹۰). «سرشماری عمومی نفوس و مسکن - شهرستان فسا». تهران: مرکز آمار ایران.
۹. معاونت برنامه‌ریزی استانداری فارس. (۱۳۸۸). «نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن شهرستان فسا، ۱۳۸۵». شیراز: انتشارات استانداری فارس.
۱۰. مؤمنی، م. و فعال قیومی، ع. (۱۳۸۹). «تحلیل‌های آماری با استفاده از SPSS». چاپ اول. تهران: نشر مؤلف.

11. Baycan-Levent, T. & Nijkamp, P. (2006). *"Quality of Urban Life: a Taxonomic Perspective"*. Journal of Studies in Regional Science. Vol. 36. No. 2, Pp. 269-281.
12. Bukenya, J.; Gebremedhin, T & Schaeffer, P. (2003). *"Analysis of Quality of Life Rural Development: Evidence from West Virginia Data"*. Growth and Change. Vol. 34. Issue 2, Pp. 202-218.
13. C. Allen, J.; J. Vogt, R. & Cordes, S. (2002). *"Quality of Life in Rural Nebraska: Trends and Changes"*. Published by the Center for Applied Rural Innovation (CARI). University of Nebraska.
14. Collados, C. & P. Duane, T. (1999). *"Analysis Natural Capital Quality of Life: A Model for Evaluating the Sustainability of Alternative Regional Development Paths"*. Ecological Economics. Vol. 30. No. 3, Pp. 441- 460.
15. Cramer, V.; Seven, T. & Einar, K. (2004). *"Quality of Life in a City: The Effect of Population Density"*. Social Indicators Research. Vol. 69. Issue 1. Pp. 103-116.
16. Das, D. (2008). *"Urban Quality of Life: A Case Study of Guwahati"*. Social Indicators Research. Vol. 88. Issue 2, Pp. 297-310.

17. Epley, R. D. & Menon, M. (2007). *"A Method of Assembling Cross-sectional Indicators into a Community Quality of Life"*. Social Indicators Research, Vol. 88. Issue 2, Pp. 281-296.
18. Pacione, M. (2003). *"Urban Environmental Quality and Human Well-being: A Social Geographical Perspective"*. Landscape and Urban Planning, Vol. 65. Issue 1-2, Pp.19-30.
19. Pal, A. K. & Kumar, U. C. (2005). *"Quality of Life Concept for the Evaluation of Societal Development of Rural Community in West Bengal (India)"*. Asia-Pacific Journal of Rural Development, Vol. 15. No. 2, Pp. 83-93.
20. Parker, M. (1999). *"Loss in the Lives of Southeast Asian Elders"*. Hallym International Journal of Aging, Vol. 1. No.1, Pp. 87-92.
21. Philips, D. (2006). *"Quality of Life: Concept, Policy and Practice"*. London: Rutledge.
22. Van Kamp, I.; Leidelmeijer, K.; Marsman, G. & de Hollander, A. (2003). *"Urban Environmental Quality and Human Well-being: Towards a Conceptual Framework and Demarcation of Concepts"*. A Literature Stud, Landscape and Urban Planning, Vol. 65. Issue 1-2, Pp. 5-18.
23. Veenhoven, R. (2007). *"Quality of Life Research"*. No. SOC-2007-015. Sociology.