

سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان

سعیده گروسی*، علی نقوی**

طرح مسأله: کیفیت زندگی یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار است. میزان سرمایه اجتماعی و ابعاد مختلف آن، یکی از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر موفقیت برنامه‌های توسعه، رفاه و بهزیستی جامعه است. این مطالعه با هدف شناسایی سطح سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی و ارتباط این دو متغیر در محلات مختلف شهر کرمان انجام شده است.

روش: این مطالعه به صورت پیمایش مقطعی و با استفاده از ابزار پرسش‌نامه همراه با مصاحبه در میان ساکنان محلات مختلف شهر کرمان در سال ۱۳۸۶ انجام شد. نمونه این پژوهش ۲۸۴ نفر بود که به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از بین محلات مورد نظر انتخاب شدند.

یافته‌ها: در بین افراد مورد مطالعه سطح سرمایه اجتماعی و ابعاد مختلف آن یعنی اعتماد، تعهد به هنجارها و مشارکت غیررسمی در حد متوسط بود؛ در حالی که بعد مشارکت رسمی در سطح پائینی قرار داشت. ابعادی از کیفیت زندگی که با سلامت جسمانی و روانی فرد در ارتباط بود، در سطح بالایی قرار گرفت؛ در حالی که سایر ابعاد کیفیت زندگی سطوح پائین‌تری را نشان دادند. سطح سرمایه اجتماعی در دسترس با سطح کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار داشت. نتایج نشان داد که ارتباط این دو متغیر تابعی از سطح محله است.

نتایج: بالا نبودن سطح کیفیت زندگی در بین شهروندان تحت تأثیر سطح نسبتاً متوسط سرمایه اجتماعی ایشان است. این وضعیت تا حد زیادی به علت محدودیت مشارکت‌های رسمی مردم و پائین بودن تعهدات هنجاری در سطح کلی جامعه می‌باشد.

کلید واژه‌ها: توسعه، سرمایه اجتماعی، شهر کرمان، کیفیت زندگی، محله

تاریخ پذیرش: ۱۸/۸/۸۷

تاریخ دریافت: ۲۳/۱۰/۸۶

* دکتر جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی دانشگاه شهید باهنر کرمان <saidehgarousi@gmail.com>
** کارشناس علوم اجتماعی

مقدمه

توسعه عبارت است از حرکت مجموعه نظام اجتماعی از حالت نامطلوب زندگی گذشته به سوی وضع یا حالتی از زندگی که از نظر مادی و معنوی بهتر است (تودارو، ۱۳۵: ۱۳۶۶). مطالعات توسعه به لحاظ تاریخی مراحل را طی کرده است. مراحل اولیه که بیش‌تر با مفهوم رشد اقتصادی درآمیخته بود بر جنبه کمی یا اقتصادی توسعه تأکید می‌ورزید اما با گذر زمان مفاهیم سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و رفاهی هم به آن افزوده شد. به مرور برخی از برنامه‌های توسعه اقتصادی که ناشی از پارادایم‌های صرفاً اقتصادی توسعه بودند به علت کم توجهی یا بی‌توجهی به رفاه، بهزیستی و ارتقای کیفیت زندگی فردی و اجتماعی مورد نقد قرار گرفتند (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۴). سازمان ملل با این نوع نگاه به توسعه و به منظور توجه به بعد انسانی آن و ایجاد دنیایی با تمرکز بر زندگی سالم، طولانی، با کیفیت و موثر از سال ۱۹۹۰ مفهوم توسعه انسانی را به ادبیات توسعه وارد نمود (همان). کیفیت زندگی وجهی از مفاهیم مربوط به توسعه است که بر وضعیت بهداشتی و سلامت جسمانی و روانی، دسترسی به امکانات تحصیلی، درآمد ایمن‌تر، احساس امنیت و دوری از خشونت و جرم، اوقات فراغت موثر و مشارکت در امور اقتصادی، سیاسی و اجتماعی و... تأکید می‌ورزد (Phillips, 2006). از سوی دیگر سرمایه اجتماعی مشخصه‌ای است که توانایی سازمان‌دهی جمعی مشارکتی و داوطلبانه برای حل مشکلات گروهی یا عمومی را به حداکثر می‌رساند. در شرایطی که سرمایه اجتماعی، یعنی توانایی استفاده جمعی توأم با همکاری از منابع برای اهداف عمومی وجود نداشته باشد، بعید است که فقط سرمایه مالی و افزایش سرمایه انسانی بتواند نتایج مثبتی همچون رشد اقتصادی، کاهش فقر و... را به دنبال داشته باشد (تاجبخش، ۱۳۸۴: ۱۰). کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی دو مفهوم مرتبط با ادبیات توسعه هستند که از یک سو هر دو پیوندی عمیق با بعد انسانی و اجتماعی توسعه دارند و از سوی دیگر با یکدیگر پیوند دارند.

با توجه به جدید بودن این بحث در ایران و محدود بودن این نوع پژوهش به یک مورد خاص در شمال ایران (غفاری و اوتق، ۱۳۸۵) به نظر می‌رسد می‌توان این بررسی را در مناطق

مختلف کشور انجام داد. این پژوهش با تمرکز بر ساکنین شهر کرمان تلاش کرده است تا برآوردی از چگونگی کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی و رابطه آن‌ها با یکدیگر به دست آورد.

۱) چارچوب نظری

۱-۱) کیفیت زندگی

از ابتدای دهه ۱۹۷۰ رویکرد جدیدی در ادبیات توسعه پدید آمد که توسعه را معادل رشد اقتصادی و بهبود شاخص‌های اقتصادی نظیر تولید ناخالص داخلی، تولید ناخالص ملی و درآمد ملی نمی‌دانست. این رویکرد تأکید خود را بر شاخص‌های اجتماعی و بهبود شرایط زیست یا به عبارت دیگر بهزیستی انسان گذاشت. مفهوم کیفیت زندگی در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰ به عنوان بخشی از شاخص‌های زندگی اجتماعی پا به میدان گذاشت (Phillips, 2006).

کیفیت زندگی مفهومی چند وجهی است که هم در سطح خرد از آن استفاده می‌شود و هم در سطح کلان. رویکرد توسعه پایدار، این مفهوم را در سطح کلان اجتماعی به کار می‌گیرد. مطالعه این مفهوم نیاز به اخذ رویکردی میان رشته‌ای دارد؛ علاوه بر این باید گفت که این مفهوم ترکیبی از شرایط عینی و ذهنی زندگی را نیز دربردارد. جنبه ذهنی آن به احساس رضایت به طور عام اشاره دارد و جنبه عینی آن به پاسخ‌گویی به تقاضاهای فرهنگی و اجتماعی برای ثروت مادی، پایگاه اجتماعی و بهزیستی جسمانی برمی‌گردد (Phillips, 2006).

این اصطلاح توصیفی است از وضعیت بهزیستی جسمانی، احساسی و اجتماعی فرد و توانایی آن‌ها بر انجام امور روزمره زندگی خود (Donald, 2007; Quality of Life Research Center, 2007). واحد پژوهش کیفیت زندگی دانشگاه تورنتو^۱ (۲۰۰۷) کیفیت زندگی را به عنوان میزان لذت فرد از امکانات اساسی زندگی‌اش تعریف می‌کند. کیفیت

1. Quality of Life Research Unit, University of Toronto

زندگی سه وجه دارد تحت عناوین "بودن"^۱ که از موجودیت فرد بحث می‌کند، "تعلق"^۲ که از ارتباط فرد با محیط صحبت می‌کند و "شدن"^۳ که به فعالیت‌های هدف‌مند فرد برای دستیابی به اهداف و آرزوهایش اشاره دارد (Phillips, 2006). انجمن توسعه اجتماعی اونتاریو در سال ۱۹۹۷ کیفیت زندگی را به عنوان نتیجه کنش متقابل شرایط محیطی، اقتصادی، سلامتی و اجتماعی که توسعه اجتماعی و انسانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد تعریف کرده است (Ontario Social Development Council, 1997). با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و بعد ارزشی کیفیت زندگی، نمی‌توان از یک شاخص عام و جهان‌شمول برای سنجش کیفیت زندگی استفاده کرد. علاوه بر این، غفاری و اونق معتقدند علی‌رغم تلاش‌های زیادی که در حوزه مطالعه کیفیت زندگی انجام شده است، هنوز سنج‌های که بتواند تمام ابعاد این مفهوم را دربرگیرد، ساخته نشده است (غفاری و اونق، ۱۳۸۵: ۱۶۳).

۱-۲) سرمایه اجتماعی

مفهوم سرمایه اجتماعی از دهه ۱۹۶۰ میلادی به طور جدی وارد مباحث علوم اجتماعی و اقتصادی گردید. سرمایه اجتماعی در درون یک فرد یا یک سازمان اجتماعی وجود ندارد بلکه در فضای ارتباطی بین افراد وجود دارد (قاسمی، اسماعیلی و ربیعی، ۱۳۸۵: ۲۲۸). از دیدگاه بورديو، سرمایه اجتماعی جمع منابع واقعی و بالقوه‌ای است که حاصل شبکه بادوامی از روابط کمابیش نهادینه شده، آشنایی و شناخت متقابل است (بورديو، ۱۳۸۴: ۱۴۷). برای کلمن سرمایه اجتماعی عبارت است از قدرت و توانایی مردم برای برقراری ارتباط با هم (سعادت، ۱۳۸۵: ۱۷۶). پوتنام سرمایه اجتماعی را به وجوه گوناگون سازمان اجتماعی نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها که می‌توانند با تسهیل اقدامات هماهنگ کارایی جامعه را بهبود

1. Being
2. Belonging
3. Becoming

بخشند، تعبیر می‌کند (پونام، ۱۳۸۰: ۲۸۵). فوکویاما عنصر اساسی سرمایه اجتماعی را هنجارها یا ارزش‌های غیررسمی که به ایجاد و افزایش همکاری گروهی کمک می‌کنند، می‌داند (فوکویاما، ۱۳۷۹: ۱۱؛ فوکویاما، ۱۳۸۴: ۱۷۰). از نظر پاکستون سرمایه اجتماعی متشکل از دو بعد است: پیوندهای عینی بین افراد و نوع ذهنی پیوند، یعنی وجود احساس مثبت و اعتماد نسبت به پیوندها (فیروز آبادی و ایمانی جاجرمی، ۱۳۸۵: ۲۰۰). در این جا به اختصار به توضیح مولفه‌های سرمایه اجتماعی می‌پردازیم.

۱-۲-۱) اعتماد اجتماعی

گیدنز سرمایه اجتماعی به معنای شبکه روابط، تعهد و اعتماد اجتماعی را در جامعه سنتی، محدود و درون گروهی می‌داند و در جوامع مدرن وسیع و تعمیم یافته (عبداللهی و موسوی، ۱۳۸۶: ۲۰۱). سه نوع اعتماد قابل شناسایی و بررسی است: اعتماد بنیادین، اعتماد بین شخصی و اعتماد عام یا تعمیم یافته که فراتر از ارتباطات رودرو می‌باشد. همان گونه که فوکویاما در تبیین مفهوم شعاع اعتماد^۱ می‌گوید «در جامعه جدید اعتماد هم چون مجموعه‌ای از شعاع‌های متحدالمركز با لایه‌های روی هم قرار گرفته به تصویر درمی‌آید» (فوکویاما، ۱۳۸۴: ۱۷۳).

۱-۲-۲) هنجار

هنجار را به عنوان نظامی از الگوهای رفتاری مکتسب یا معیارهای رفتار که همه افراد متعلق به یک فرهنگ در آن سهیم‌اند تعریف کرده‌اند (کوئن، ۱۳۷۷: ۷۴). وتاکاک و نارایان سرمایه اجتماعی را در قالب هنجارها و شبکه‌هایی که به مردم برای کنش جمعی کمک می‌رسانند تعریف کرده‌اند. (پیران و دیگران، ۱۳۸۵: ۲۴). شیلا کندی (همان: ۳۰) و فوکویاما (عبداللهی و موسوی، ۱۳۸۶: ۲۲۹) هم بر اهمیت هنجار اجتماعی به عنوان وجهی از سرمایه اجتماعی تاکید کرده‌اند.

1. Radius of Trust

۳-۲-۱) شبکه اجتماعی، روابط اجتماعی و مشارکت

شبکه‌های واقعی روابط اجتماعی یکی از اجزای جدایی‌ناپذیر سرمایه اجتماعی تلقی می‌شوند. هرچه این شبکه‌ها در جامعه‌ای متراکم‌تر باشند، احتمال همکاری شهروندان در جهت تأمین منافع متقابل بیش‌تر است. مشارکت‌ها به دو دسته رسمی و غیررسمی تقسیم می‌شوند. مشارکت‌های رسمی مثل مشارکت در انجمن‌ها، اصناف، گروه‌های رسمی اجتماعی، فرهنگی و سیاسی، و مشارکت‌های غیررسمی مانند مشارکت‌های غیررسمی مذهبی، محله‌ای، فعالیت‌های نیکوکارانه، فعالیت‌های همیارانه در سطح همسایگی و شهروندی (ازکیا و فیروزآبادی، ۱۳۸۴: ۲۸) در همه جوامع قابل مشاهده‌اند. با توجه به تعریف فوق در این پژوهش هم بر جنبه روابط همسایگی و هم بر جنبه مشارکت رسمی تأکید شده است. مسعود چلبی و مهدی امیرکافی در پژوهش خود به تحلیل چند سطحی انزوای اجتماعی در مناطق مختلف شهرهای کرمان و تهران پرداخته‌اند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که نمره پیوندهای انجمنی (عضویت در انجمن‌های داوطلبانه) در کرمان ۴ از ۱۰۰ بوده که بسیار پایین است (چلبی و امیرکافی، ۱۳۸۳: ۲۶).

۳-۱) سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی

در مباحث جدید توسعه، دولت‌ها، سازمان‌ها و بنگاه‌های غیردولتی هیچ یک به تنهایی نمی‌توانند رهبری و هدایت توسعه گسترده و پایدار را به دست بگیرند. ولکالک و نارایان معتقدند باید چند عامل را به صورت شبکه‌ای در برنامه‌های توسعه مدنظر قرار داد (ولکالک و نارایان، ۱۳۸۴: ۵۴). از این دیدگاه سرمایه اجتماعی همواره تأثیری مثبت بر رفاه اجتماعی و بهزیستی که از جنبه‌های عمده توسعه پایدار محسوب می‌شود دارد. در ارتباط با سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی تنها یک پژوهش مشاهده شد. این پژوهش مطالعه موردی بود که توسط غلامرضا غفاری و محمد اوتق انجام شده است. غفاری و اوتق با انتخاب ۲۱۸ خانوار از سه محله دارای رفاه بالا، پایین و متوسط به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر گنبد کاووس پرداخته‌اند. مطابق این پژوهش کیفیت زندگی براساس شاخص‌هایی مانند وضعیت سلامت و تغذیه، وضعیت آموزش، گذران اوقات

فراغت، کیفیت مادی، کیفیت محیطی، بهزیستی روانی و سرمایه اجتماعی بر پایه شاخص‌های اعتماد اجتماعی، ارتباطات، بده بستان، امنیت محلی و کیفیت دسترسی به خدمات عمومی مورد سنجش قرار گرفته‌اند. تحلیل آماری داده‌های این بررسی نشان می‌دهد که رابطه بین دو سازه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه‌ای معنی دار است (غفاری و اونق، ۱۳۸۵: ۱۵۹).

کیم و کاواکی در پژوهشی در ایالت‌های مختلف آمریکا به این نتیجه رسیده‌اند که در ایالت‌هایی که سطح سرمایه اجتماعی بالا یا متوسط بوده سطوح بالاتری از سلامت جسمانی و روانی شهروندان (که از شاخص‌های کیفیت زندگی می‌باشند) مشاهده شده است. در این پژوهش مشخص شد که سطح درآمد و طبقه اجتماعی افراد مورد مطالعه نقش مهمی در تعیین سطح سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی ایشان داشته است (Kim & Kawachi, 2007).

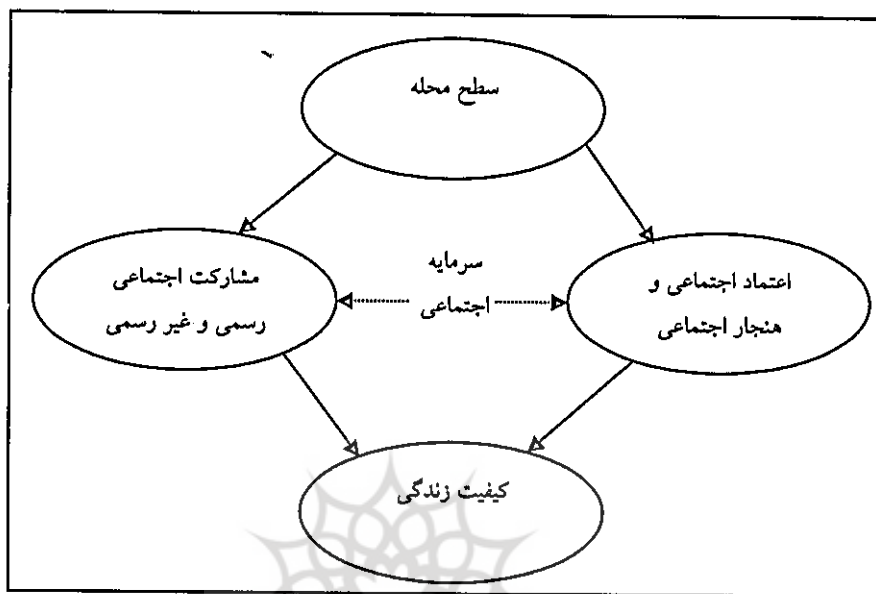
هندری و مک ویتی در یک پژوهش کیفی بر روی سالمندان آمریکایی به نتایج مشابهی دست یافتند. نتایج نشان داد سالمندانی که سرمایه اجتماعی بیش‌تری داشته‌اند و ضمن قرار گرفتن در شبکه‌های وسیع، موثر و عمیق اجتماعی با اعضای قابل اعتماد این شبکه‌ها ارتباطات مستمری داشته‌اند، در برخی شاخص‌های کیفیت زندگی هم‌چون سلامت روانی و جسمانی و رضایت از ابعاد مختلف زندگی وضعیت بهتری را نسبت به هم‌تایانی که فاقد تجربه اجتماعی مشابه بوده‌اند گزارش کرده‌اند (Handry & McVittie, 2004).

برخی از محققان بر رابطه بین بعضی از ابعاد سرمایه اجتماعی هم‌چون شبکه اجتماعی و روابط اجتماعی با کیفیت زندگی تاکید ورزیده‌اند (Farquar, 1995; Duncan-Myers & Hubern, 2000). چلبی و امیرکافی در پژوهشی در شهرهای کرمان و تهران به این نتیجه رسیدند که با افزایش سطح روابط اجتماعی و سرمایه اجتماعی، از میزان یأس اجتماعی، احساس عجز و ناتوانی و احساس تنهایی کاسته می‌شود (چلبی و امیرکافی، ۱۳۸۳: ۲۵). هم‌چنین پژوهش آن‌ها نشان داد که ساکنان مناطق توسعه‌نیافته غالباً فاقد روابط فراجمعی هستند که قطعاً به کاهش سرمایه اجتماعی ایشان منجر می‌شود. ازکیا و فیروزآبادی نیز در پژوهشی در حوزه آبریز کرخه به این نتیجه رسیدند که حسن اعتماد بین اعضای بیست،

هنجارهای متقابل و اعتماد، اطاعت و احترام به رهبران محلی به عنوان سرمایه اجتماعی نقش مهمی در موفقیت برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های توسعه‌ای تشکیلات تولیدی داشته است (ازکیا و فیروزآبادی، ۱۳۸۵: ۴۹).

همان‌گونه که اشاره شد، کیفیت زندگی توصیفی است از وضعیت بهزیستی جسمانی، احساسی و اجتماعی فرد و توانایی تاثیر آن‌ها بر انجام امور روزمره زندگی فرد. کیفیت زندگی را به عنوان میزان لذت فرد از امکانات اساسی زندگی هم تعریف کرده‌اند (Phillips, 2006). این پدیده هم مانند سایر امور اجتماعی تحت تاثیر عوامل اجتماعی متعددی شکل می‌گیرد، از جمله سرمایه اجتماعی (و ابعاد سه‌گانه آن: عضویت در شبکه‌های اجتماعی و روابط اجتماعی، هنجار اجتماعی و اعتماد اجتماعی) و وضعیت اقتصادی - اجتماعی (غقاری و اونق، ۱۳۸۵) (Kim & Kawachi, 2007; Handry & McVittie, 2004). سرمایه اجتماعی ابعاد متعددی دارد که می‌توان آن‌ها را در دو دسته کلی جای داد: بعد ساختاری که شامل پیوندهای موجود در شبکه تعاملات اجتماعی، شکل و ترکیب شبکه و علایق اجتماعی است و بعد ارتباطی که شامل اعتماد، هنجارها، تعهدات و روابط متقابل و تعیین هویت مشترک می‌باشد. در این پژوهش با توجه به چارچوب نظری و پژوهش‌های پیشین، هر دو بعد سرمایه اجتماعی به عنوان متغیر مستقل که بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی اثر می‌گذارد مد نظر قرار گرفته است. با توجه به نتایج پژوهش‌های قبلی (چلبی و امیرکافی، ۱۳۸۳; Kim & Kawachi, 2007) سطح سرمایه اجتماعی از یک طرف و کیفیت زندگی از جانب دیگر متاثر از سطح اقتصادی و اجتماعی محله و طبقه اجتماعی افراد است. در این تحقیق با این فرض که طبقه اجتماعی اعضای یک محله کمابیش به هم شبیه است از سطح بندی محلات به عنوان متغیر میانگیر در مدل تحقیق استفاده شد.

شکل ۱: مدل تحقیق



۲) روش پژوهش

۲-۱) نوع مطالعه

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۸۶ به صورت پیمایش در محلات مختلف شهر کرمان انجام شده است. این مطالعه از نوع تبیینی است که قصد دارد پس از توصیف وضعیت کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی، به تبیین رابطه این دو پدیده اجتماعی با یکدیگر پردازد.

۲-۲) جامعه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری شامل تمام ساکنان محلات مختلف شهر کرمان بود که با توجه به جمعیت این شهر، ۳۸۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. تعداد نمونه‌ها با استفاده از فرمول کوکران

و با توجه به محدودیت‌های زمانی و مالی پژوهش تعیین شد. نمونه‌های مورد نظر با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای چند مرحله‌ای از بین محلات مختلف انتخاب شدند. بزرگ‌ترین واحد آماری در تحقیقات شهری، منطقه است که هر منطقه شامل چند ناحیه و هر ناحیه شامل چند حوزه و هر حوزه شامل چند بلوک و نهایتاً هر بلوک شامل تعدادی خانوار می‌شود. در این تحقیق ابتدا مناطق شهر کرمان را بر اساس وضعیت اقتصادی اجتماعی به سه منطقه بالا، متوسط و پایین تقسیم‌بندی نمودیم (این تقسیم‌بندی با توجه به عرف محلی و شناخت از وضعیت معیشتی غالب در این مناطق صورت پذیرفت) و سپس نقشه تراکم جمعیت مناطق مختلف شهر کرمان (منطبق با سرشماری نفوس و مسکن، ۱۳۸۵) از سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی وقت، تهیه و با تهیه فهرستی از بلوک‌های مناطق مورد نظر، امکان انتخاب بلوک‌های نمونه و سپس انتخاب نمونه‌ها از بین ساکنان هر یک از بلوک‌های مناطق سه گانه فراهم شد. به این منظور ابتدا به نسبت تعداد بلوک‌ها در هر منطقه بلوک‌های نمونه به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در بلوک‌های مورد نظر پس از خانه شماری، با توجه به جمعیت هر بلوک، نمونه‌های مورد نظر از خانه‌های انتخاب شده گزینش شدند و پرسش‌نامه به یک نفر از اعضا هر خانواده ارائه گردید.

۲-۳) ابزار مطالعه

ابزار این پژوهش پرسش‌نامه‌ای بود که بر مبنای چارچوب نظری تحقیق، مطالعات پیشین و بافت فرهنگی - اجتماعی شهر طراحی شده بود. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه اطلاق می‌شود و براین اساس ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمانی، روانی، میزان خوداتکایی، ارتباطات جمعی و محیط زیست دارد که مستلزم سنجش جنبه‌های عینی و ذهنی کیفیت زندگی است (نائینیان و دیگران، ۱۳۸۴). در این پژوهش برای سنجش کیفیت زندگی از یک شاخص تلفیقی که با استفاده از شاخص توسعه انسانی سازمان ملل، شاخص کیفیت زندگی انتاریوی کانادا، شاخص ساخته شده توسط مرکز تحقیقات کیفیت زندگی دانمارک و پرسش‌نامه GHQ ساخته شد، استفاده گردید. در این پژوهش ابعاد

شش گانه کیفیت زندگی که در زیر به طور کامل شرح داده می شود به صورت ۵۵ گویه در قالب طیف پنج گزینه‌ای لیکرت ارزیابی شد. در این تحقیق کیفیت سلامت روانی به کمک ۱۲ گویه که از پرسش‌نامه GHQ استخراج گردیده بود و احساس افسردگی و ناخوشی، احساس غیر مفید بودن، احساس لذت از زندگی، احساس توانایی غلبه بر مشکلات و... را می‌سنجید ارزیابی شد. وضعیت سلامت و تغذیه با ۷ گویه در خصوص کمیت و کیفیت مواد غذایی مورد استفاده و ارزیابی کلی فرد از سلامت خود مورد سنجش قرار گرفت. کیفیت دسترسی به خدمات از طریق ۱۷ گویه که نحوه دسترسی افراد به خدمات عمومی در محله را ارزیابی می‌کرد سنجیده شد. این خدمات عبارت‌اند از درمانگاه، مدرسه دولتی، آتش‌نشانی، وسایل نقلیه عمومی، مغازه، داروخانه، مسجد و... کیفیت امنیت با ۹ گویه که وضعیت محله از نظر امنیت برای کودکان و بزرگسالان در اوقات مختلف شبانه روز را بررسی می‌کرد ارزیابی شد. امنیت جانی و روانی، اعتیاد، سرقت، زدوخورد از جمله موارد مهم در این گویه‌ها بود. گذران اوقات فراغت و کیفیت فرهنگی با استفاده از ۵ گویه ارزیابی شد و کیفیت محیط زیست با تاکید بر آلودگی محیط، دسترسی به فضای سبز، پاکیزگی و ... در قالب ۵ گویه بررسی شد (در تجزیه و تحلیل داده‌ها کیفیت سلامت روانی و کیفیت سلامتی با هم به صورت یک بعد از کیفیت زندگی در نظر گرفته شدند).

برای سنجش سرمایه اجتماعی هم بر ابعاد اعتماد اجتماعی، هنجار، شبکه روابط اجتماعی و مشارکت تأکید شده است که برای ساختن مقیاس اندازه‌گیری آن از کار (پیران و دیگران، ۱۳۸۵) و مقیاس چاپین (میلر، ۱۳۸۰) استفاده شد. برای سنجش روایی صوری پرسش‌نامه، پرسش‌نامه اعتبار تنظیم و در اختیار تعدادی از صاحب نظران قرار گرفت و پس از استخراج نظرات ایشان، پرسش‌نامه، اصلاح نهایی گردید. برای تعیین پایایی برای هریک از مقیاس‌هایی که ابعاد سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی را می‌سنجیدند به صورت جداگانه آلفای کرونباخ محاسبه گردید که نتایج عبارت‌اند از کیفیت محیطی: ۰/۷۵، کیفیت امنیت عمومی: ۰/۸۲، کیفیت دسترسی به خدمات: ۰/۷۵، کیفیت بهداشت و سلامت: ۰/۷۸، کیفیت فرهنگی و اوقات فراغت: ۰/۸۰، کیفیت روانی: ۰/۸۶، مشارکت: ۰/۷۵، هنجار مدنی

و اجتماعی: ۰/۷۹، اعتماد ۰/۸۷.

۲-۲) روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

یافته‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی توسط نرم‌افزارهای کامپیوتری SPSS13 و Minitab مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. با توجه به سطح سنجش متغیرها از رو اسپیرمن و تای کندال، و برای تعیین رابطه بین متغیرهای اصلی پژوهش از لگ خطی استفاده شد.

۳) یافته‌ها

۳-۱) ویژگی‌های دموگرافیک

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که ۲۳/۸ درصد پاسخ‌گویان ساکن محلات بالا، ۳۷/۲ درصد ساکن محلات متوسط و ۲۸/۹ درصد ساکن محلات سطح پائین بوده‌اند. ۵۲/۵ درصد پاسخ‌گویان زن و بقیه مرد بوده‌اند. ۵۶/۸ درصد پاسخ‌گویان تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم داشتند. حدود ۶۴ درصد متأهل و ۲۵ درصد مجرد بوده‌اند، ۳۳/۵ درصد شاغل، ۲۴ درصد خانه‌دار، ۱۲ درصد بیکار بوده‌اند (بقیه در گروه‌هایی نظیر دانشجوی، بازنشسته، سرباز و ... جا داشته‌اند). ۵۵ درصد پاسخ‌گویان درآمد ماهیانه زیر چهارصد هزار تومان (۴۶ درصد زیر دویست هزار تومان درآمد داشته‌اند)، در حالی که فقط هزینه‌های ماهیانه ۳۱ درصد آن‌ها زیر دویست هزار تومان بود.

۳-۲) یافته‌های کیفیت زندگی

جدول شماره ۱ وضعیت ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بین افراد مورد بررسی را نشان می‌دهد.

جدول ۱: نحوه ارزیابی پاسخ‌گویان از ابعاد مختلف کیفیت زندگی

مشخصه متغیر	کیفیت روانی	مشخصه متغیر	کیفیت فرهنگی	مشخصه متغیر	کیفیت سلامت	مشخصه متغیر	کیفیت محیطی	مشخصه متغیر	دسترسی به خدمات	مشخصه متغیر	امنیت عمومی
میانگین	۳/۴۸	میانگین	۲/۸۳	میانگین	۳/۶	میانگین	۳/۱۸	میانگین	۳/۱۱	میانگین	۲/۹۶
میان	۳/۵	میان	۳	میان	۴	میان	۳	میان	۳	میان	۳

۱- کاملاً نارضی

۲- ناراضی

۳- کاملاً راضی

۴- تا حدودی راضی

از آن‌جا که سطح سنجش متعیرها رتبه‌ای بوده است، میان به عنوان مهم‌ترین شاخص پراکندگی مرکزی برای توصیف وضعیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. همان‌گونه که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، به جز بعد کیفیت سلامت، بقیه ابعاد با میان ۳ مشخص شده‌اند؛ یعنی پاسخ‌گویان کیفیت ابعاد مورد بررسی را تا حدودی رضایت‌بخش ارزیابی کرده‌اند، در حالی که فقط کیفیت سلامت را خوب ارزیابی نموده‌اند (جدول شماره ۱).

۳-۳ یافته‌های سرمایه اجتماعی

جدول زیر وضعیت ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی در بین افراد مورد بررسی را نشان می‌دهد:

جدول ۲: نحوه ارزیابی پاسخ‌گویان از ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی

مشخصه متغیر	مشارکت رسمی	مشخصه متغیر	هنجارهای مشترک	مشخصه متغیر	هنجارهای مشترک	مشخصه متغیر	هنجارهای مشترک	مشخصه متغیر	اعتماد به دیگران	مشخصه متغیر	اعتماد به نهادها
میانگین	۱/۹۹	میانگین	۳/۲۲	میانگین	۲/۹۲	میانگین	۲/۲۸	میانگین	۲/۸۹	میانگین	۲/۶۴
میان	۲	میان	۳	میان	۳	میان	۲	میان	۳	میان	۳

۱. بسیار کم

۲. کم

۳. بسیار زیاد

۴. زیاد

با توجه به جدول شماره ۲ پاسخ‌گویان نسبت به سایر اعضای جامعه و سازمان‌ها و ارگان‌ها تاحدی اعتماد داشته‌اند، در حالی که اعتماد به خویشان زیاد بوده است. هنجارهای مشترک با مردم در بین پاسخ‌گویان کم و هنجارهای مشترک با خویشاوندان و همسایگان در حد متوسط بوده است و میزان مشارکت اجتماعی پاسخ‌گویان در حد پایین گزارش شده است (جدول شماره ۲).

۳-۴ یافته‌های رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی

جدول شماره ۳ رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۳: تبیین رابطه سرمایه اجتماعی و ابعاد مختلف آن با کیفیت زندگی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	سطح معنی‌داری	میزان همبستگی	جهت
سرمایه اجتماعی	کیفیت زندگی	۰/۰۰۰	۰/۳۲	+
مشارکت غیررسمی	کیفیت زندگی	۰/۰۰۰	۰/۲	+
اعتماد	کیفیت زندگی	۰/۰۰۰	۰/۳	+
هنجار	کیفیت زندگی	۰/۰۰۰	۰/۲۷	+
مشارکت رسمی	کیفیت زندگی	۰/۳۲	۰/۰۵	+

برای تعیین رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته با توجه به سطح سنجش متغیرها از آماره‌های کندال و اسپیرمن استفاده شده است. همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، متغیرهای سرمایه اجتماعی، مشارکت غیررسمی، اعتماد و هنجار با کیفیت زندگی رابطه دارند ($P=0/000$) و فقط متغیر مشارکت رسمی با متغیر وابسته رابطه‌ای نداشته است ($P=0/32$) (جدول شماره ۳). از آن‌جا که جهت رابطه مثبت است می‌توان اظهار نمود که با افزایش سرمایه اجتماعی، مشارکت غیررسمی، اعتماد و هنجار، کیفیت زندگی نیز بهبود می‌یابد.

برای بررسی روابط ۳ متغیر سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی و سطح محله از تحلیل لگ خطی (Loglinear) استفاده شده است.

جدول ۴: جدول توافقی سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی و سطح محله

کیفیت زندگی			سرمایه اجتماعی	سطح محله
پایین	متوسط	بالا		
۱۹/۵	۵۶/۱	۲۴/۴	پایین	پایین
۰	۷۷/۷	۲۱/۳	متوسط	
۹/۵	۷۱/۴	۱۹/۰	بالا	
۱۵/۴	۷۶/۹	۷/۷	پایین	متوسط
۰	۶۷/۹	۳۲/۱	متوسط	
۶/۹	۴۴/۸	۴۸/۳	بالا	
۲۳/۱	۶۹/۲	۷/۷	پایین	بالا
۱۳/۳	۸۰/۰	۶/۷	متوسط	
۵/۰	۸۵/۰	۱۰/۰	بالا	

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که در محلات متوسط، تناسب سطح سرمایه اجتماعی ساکنان محل با سطح کیفیت زندگی شان بیش‌تر است، در حالی که در محلات پایین تناسب بین سطوح سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی به حداقل خود می‌رسد. در واقع الگوی فرضی رابطه سطوح سرمایه اجتماعی و سطوح کیفیت زندگی در محلات متوسط بیش از محلات پایین و بالاست (جدول شماره ۴).

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، مقدار P تمامی اثرات مشاهده شده کم‌تر از سطح معنی‌داری (۰/۰۵) می‌باشد. لذا در این مدل تمامی اثرات قابل مشاهده است (جدول شماره ۵).

جدول ۵: محاسبه ضرایب همبستگی سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی و سطح محله

سطح محله	اسپیرمن	مقدار P	کنندال	مقدار P	فراوانی
پایین	۰/۸۱	۰/۰۴۵	۰/۱۳۷	۰/۰۴۵	۱۲۸
متوسط	۰/۴۱۹	۰/۰۰۰	۰/۳۱۹	۰/۰۰۰	۱۳۳
بالا	۰/۳۴۱	۰/۰۰۰	۰/۲۵۰	۰/۰۰۰	۱۰۶

با توجه به ضرایب همبستگی در هر سه سطح محله، بین دو متغیر کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی رابطه معنی‌دار مثبتی مشاهده می‌شود که میزان همبستگی در جدول شماره ۵ مشاهده می‌گردد. بنابراین انتظار می‌رود با افزایش سرمایه اجتماعی در همه محلات، کیفیت زندگی ساکنان افزایش یابد. بیش‌ترین همبستگی بین دو متغیر پژوهش در محله‌های متوسط و کم‌ترین رابطه در محلات پائین مشاهده می‌گردد. به این معنا که اگر میزان سرمایه اجتماعی در سه محله به یک نسبت افزایش یابد بالاترین افزایش سطح کیفیت زندگی در محلات متوسط مشاهده می‌شود. لذا می‌توان نتیجه گرفت حداقل در یکی از سطوح محله، دو متغیر سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی از یکدیگر مستقل نیستند (جدول شماره ۵).

۴) بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که بین سرمایه اجتماعی ساکنان شهر کرمان و کیفیت زندگی رابطه خطی مثبت و معنی‌داری وجود دارد، یعنی با افزایش سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. در میان ابعاد سرمایه اجتماعی نیز مشاهده شد که اعتماد، هنجار و مشارکت غیررسمی با کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار دارد. این یافته با نتایج تحقیقات قبل هماهنگ است (Duncan-Mayers & Hubern, 2000; Hendry & McVittie, 2004) اما مشارکت رسمی هیچ نوع رابطه‌ای با کیفیت زندگی نداشت. به طور کلی سطح مشارکت رسمی در بین افراد مورد مطالعه بسیار پائین بود. این یافته موید نتایج پژوهش چلبی و امیرکافی در شهر کرمان می‌باشد که میانگین نمره پیوندهای انجمنی یا مشارکت رسمی شهروندان را چهار از صد اعلام نموده‌اند (چلبی و امیرکافی، ۱۳۸۳: ۱۶). این یافته در راستای پژوهش گروسی بر روی زنان شهر کرمان است که نشان داد مشارکت رسمی زنان این شهر در سطح بسیار پایینی است (گروسی، ۱۳۸۴) هم‌چنان‌که ازکیا و غفاری هم در کار خود به این نتیجه رسیدند که میزان مشارکت رسمی در بین اکثر افراد مورد مطالعه در سطح متوسط و پایین قرار دارد (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۰). در واقع از آن‌جا که سطح

مشارکت رسمی افراد مورد بررسی پائین است نمی‌توان انتظار داشت که این شکل از مشارکت بر کیفیت زندگی ایشان تأثیر بگذارد.

بازنگری در رتبه‌های پاسخ‌گویان در ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی نشان می‌دهد که سطح مشارکت رسمی و هنجارهای مشترک با اعضای جامعه کلی پائین است، در حالی که اعتماد به خویشان در سطح بالایی قرار دارد. به طور کلی سطح اعتماد اجتماعی در سطوح متوسط و زیاد قرار دارد که با یافته‌های تحقیقات پیشین هم‌خوانی دارد (ازکیا و غفاری، ۱۳۸۰؛ گروسی و دیگران، ۱۳۸۶). این یافته‌ها نشان می‌دهد که شعاع‌های پائین اعتماد یعنی اعتماد به خویشان قوی‌تر از شعاع‌های بالای اعتماد یعنی اعتماد به دیگران و اعتماد به نهادها می‌باشد. چنین سطح‌بندی از اعتماد نشان‌گر آن است که پاسخ‌گویان بیش‌تر در دایره خویشاوندی خویش باقی مانده‌اند و هنوز به سطوح عام‌تر جامعه اعتماد بالایی ندارند که این مسأله زنگ خطر مهمی به شمار می‌آید. در ضمن یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که پاسخ‌گویان هنجارهای فرهنگی و اخلاقی مورد قبول خود را بیش‌تر با خویشان و همسایگان مشترک می‌دانند نه با کل اعضای جامعه که این یافته نیز هشدار است برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران اجتماعی و فرهنگی جامعه. یافته‌ها نشان داد که هرچقدر تعهدات هنجاری فرد قوی‌تر باشد، کیفیت زندگی بالاتری را هم تجربه می‌کند. در چنین شرایطی می‌توان حدس زد که وقتی تعهدات هنجاری پاسخ‌گو با جامعه کل به سطح پایین می‌رسد، کیفیت زندگی افراد نیز کاهش می‌یابد.

همان‌گونه که در تحلیل لگ خطی نیز عنوان شد، با توجه به ضرایب همبستگی در سه سطح محله بین دو متغیر کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی رابطه معنی‌دار مثبتی مشاهده می‌شود، یعنی انتظار می‌رود با افزایش سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی ساکنان هم افزایش یابد. این یافته موید یافته‌های تحقیقی در شمال کشور می‌باشد (غفاری و اونق، ۱۳۸۵). بیش‌ترین همبستگی بین این دو متغیر در محله‌های متوسط شهر و کم‌ترین رابطه در محله‌های پائین مشاهده می‌شود. نتایج تحقیق کیم و کواکی نیز نشان داد که سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی افراد در مناطق مختلف تابعی از وضعیت اقتصادی و اجتماعی ایشان است (Kim & Kawachi, 2007).

همچنین در ارتباط با موقعیت مناطق مختلف این پژوهش نشان می‌دهد که ساکنان مناطق توسعه نیافته غالباً فاقد روابط فراجمعی هستند. این امر موجب انزوای اجتماعی آن‌ها از اجتماع شهری می‌گردد. فقدان روابط فراجمعی باعث می‌شود که ساکنان مناطق محروم نتوانند به شکل مطلوب از سرمایه اجتماعی مهمی در جهت ارتقای موقعیت خود استفاده کنند (چلبی و امیر کافی، ۱۳۸۳: ۲۶).

همچنان‌که انتظار می‌رفت محلات پائین از این جهت آسیب‌پذیرترین نقاط شهر هستند و بنابراین بیش‌ترین نیاز به اصلاح و تغییر در این محلات مشاهده می‌شود. با نگاهی به یافته‌های پژوهش متوجه می‌شویم که بیش‌ترین آشفتگی در توافقات ۳ متغیر در محله‌های پائین گزارش شده است.

از میان ابعاد مختلف کیفیت زندگی، کیفیت سلامت جسمانی و کیفیت سلامت روانی پاسخ‌گویی در وضعیتی بهتر از کیفیت امنیت عمومی، دسترسی به خدمات، کیفیت محیطی و کیفیت فرهنگی بوده است. در واقع می‌توان چنین نتیجه گرفت که ابعادی از کیفیت زندگی که بیش‌تر جنبه شخصی دارند، وضعیت بهتری از ابعاد کیفیت زندگی با جنبه اجتماعی داشته‌اند. بخش‌های عمده‌ای از کیفیت محیطی، کیفیت فرهنگی، دسترسی به خدمات و کیفیت امنیت عمومی که در گروه فعالیت سازمان‌ها و نهادهای ذیربط و تعامل با سایر اعضای جامعه می‌باشد در مقایسه با ابعاد خصوصی‌تر کیفیت زندگی وضعیت نامساعدتری داشته‌اند.

با توجه به تعریف مرکز تحقیقاتی کیفیت زندگی دانمارک، بعد "بودن" کیفیت زندگی که به موجودیت فرد مربوط است، در این پژوهش رتبه‌ای بالاتر از بعد "تعلق داشتن" و "شدن" را کسب کرده است. از آن‌جا که کیفیت زندگی از تعامل شرایط محیطی، اقتصادی، سلامتی و اجتماعی ناشی می‌شود (Ontario Social Development Council, 1997) با در نظر گرفتن نتایج این تحقیق متوجه می‌شویم که کیفیت زندگی آن‌جا که با شرایط محیطی، اقتصادی و اجتماعی در تعامل قرار می‌گیرد، رو به پائین حرکت می‌کند و زمانی که با جنبه سلامتی در ارتباط قرار می‌گیرد، به بهبود سطح نایل می‌گردد. این پدیده می‌تواند نشانه ضعف نسبی بنیان‌های حیات جمعی شهروندان محسوب شود.

بنا به نظر برخی از صاحب‌نظران، پائین بودن سطح سرمایه اجتماعی یا هر یک از ابعاد سازنده آن، موفقیت برنامه‌های توسعه و رفاه اجتماعی را کاهش می‌دهد (پوتنام، ۱۳۸۰؛ ازکیا و فیروز آبادی، ۱۳۸۳؛ ولکاک و نارایان، ۱۳۸۴). در این مطالعه مشاهده می‌شود که با کاهش شرایط اجتماعی، کیفیت زندگی که یکی از مباحث اساسی توسعه پایدار و یکی از هدف‌های جدید دولت‌ها برای بهزیستی اجتماعی است کاهش می‌یابد. به این ترتیب یافته‌های این تحقیق نیز موید نظریه‌ها و تحقیقات پیشین در خصوص رابطه سرمایه اجتماعی و جنبه بهزیستی توسعه می‌باشد. با توجه به نتایج پژوهش برای مداخله‌گری در تغییر و بهبود سرمایه اجتماعی و به دنبال آن کیفیت زندگی در جامعه مورد مطالعه، بهترین محلات ابتدا محلات پائین و سپس محلات بالای شهر هستند.



- ازکیا، مصطفی و غفاری، غلامرضا. (۱۳۸۰)، "بررسی رابطه بین اعتماد و مشارکت اجتماعی در نواحی روستایی کاشان"، نامه علوم اجتماعی، شماره ۳۱.
- ازکیا، مصطفی و غفاری، غلامرضا. (۱۳۸۴)، جامعه‌شناسی توسعه، تهران، انتشارات کیهان.
- ازکیا، مصطفی و فیروزآبادی، سید احمد. (۱۳۸۵)، "سرمایه اجتماعی و نقش آن در تشکلهای تولیدی حوزه آبریز کرخه"، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره پنجم، شماره ۴.
- بوردیو، پی.یر. (۱۳۸۴)، "شکل‌های سرمایه"، مجموعه مقالات سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه، تهران، نشر شیرازه.
- پورتنام، رابرت. (۱۳۸۰)، دموکراسی و سنتهای مدنی (ترجمه محمدتقی دلفروز)، تهران، دفتر مطالعات و تحقیقات سیاسی وزارت کشور.
- پیران، پرویز، موسوی، میرطاهر و شیانی، ملیحه. (۱۳۸۵)، "کارپایه و مفهوم‌سازی سرمایه اجتماعی (با تاکید بر شرایط ایران)"، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۲۳.
- تاجبخش، کیان. (۱۳۸۴)، "سرمایه اجتماعی، اعتماد و دموکراسی"، مجموعه مقالات سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه، تهران، نشر شیرازه.
- تودارو، مایکل. (۱۳۶۶)، توسعه اقتصادی در جهان سوم (ترجمه غلامعلی فرجادی)، تهران، انتشارات سازمان برنامه و بودجه.
- چلبی، مسعود و امیر کافی، مهدی. (۱۳۸۳)، "تحلیل چند سطحی انزوای اجتماعی"، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره پنجم، شماره ۴.
- سعادت، رحمان. (۱۳۸۵)، "تخمین سطح و توزیع سرمایه اجتماعی استانها"، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۲۳.
- عبداللهی، محمد و موسوی، میرطاهر. (۱۳۸۶)، "سرمایه اجتماعی در ایران: وضعیت موجود، دورنمای آینده و امکان‌شناسی گذار"، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۲۵.
- غفاری، غلامرضا و اونق، ناز محمد. (۱۳۸۵)، "سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی: مطالعه موردی شهرستان گنبد کاروس"، مجله مطالعات اجتماعی ایران، شماره ۱.
- فیروزآبادی، سید احمد و ایمانی‌چاجرمی، حسین. (۱۳۸۵)، "سرمایه اجتماعی و توسعه اقتصادی - اجتماعی در کلان شهر تهران"، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۲۳.
- فوکویاما، فرانسیس. (۱۳۷۹)، پایان نظم، سرمایه اجتماعی و حفظ آن، (ترجمه غلامعباس توسلی)، تهران، انتشارات جامعه ایرانیان.
- فوکویاما، فرانسیس. (۱۳۸۴)، "سرمایه اجتماعی و جامعه مدنی"، مجموعه مقالات

- سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه، تهران، نشر شیرازه.
- قاسمی، وحید، اسماعیلی، رضا و ربیعی، کامران. (۱۳۸۵)، "سطح بندی سرمایه اجتماعی در شهرستانهای استان اصفهان"، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۲۳.
- کوثرن، پروس. (۱۳۷۷)، درآمدی بر جامعه شناسی، (ترجمه محسن ثلاثی)، تهران، نشر توتیا.
- گروسی، سعیده. (۱۳۸۴)، بررسی تاثیر باورهای فالبی بر نابرابری جنسیتی در شهر کرمان، پایان نامه دکتری. جامعه شناسی، دانشگاه شیراز.
- گروسی، سعیده؛ میرزایی، جلال و شاهرنخی، احسان (۱۳۸۶)، "بررسی رابطه اعتماد اجتماعی و احساس امنیت در بین دانشجویان دختر دانشگاه آزاد جیرفت"، فصلنامه دانش انتظامی، شماره نهم.
- تائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمد رضا؛ روشن، رسول؛ صید محمدی، کبری و خلمی، زهره. (۱۳۸۴)، "مطالعه برخی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی"، دانشور رفتار، شماره ۱۳.
- میلر، دلبرت. (۱۳۸۰)، راهنمای سنجش و تحقیقات اجتماعی (ترجمه هوشنگ نائی)، تهران، نشرنی.
- ولکاک، مایکل و نارایان، دیبا (۱۳۸۴)، "سرمایه اجتماعی و تبعات آن برای نظریه توسعه"، مجموعه مقالات سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه، تهران، نشر شیرازه.
- Donald, A.(1999), "What is Quality of Life?", available at: www.gdrc.org/user/qol-definc.html.
- Duncan-Mayers, A.M & Hubern, R.A.(2000), "Relationship between Choice and Quality of Life among Residets in Long Term Care Facilities", *American Journal of Occupational Therapy*, 54.
- Farquhar, M. (1995), "Eldery People's Definitions of Quality of Life", *Social Science and Medicine*, Vol.41, No.10.
- Hendry, F. & McVittie, E.CH.(2004), "Is Quality of Life a Healthy Concept? Measuring and Understanding Life Experiences of Older People", *Qualitative Health Research*, Vol. 14, No.7.
- Kim ,D. & Kawachi,I.(2007), "U.S.State Level Social Capital and Health Related Quality of Life" *AEP*, Vol.17, No.4.

- Phillips, D. (2006), *Quality of Life: Concept, Policy and Practice*, London, Rutledge.
- Ontario Social Development Council. (1997), *Quality of Life*, available at: <www.gdrc.org/ucm/qol-define.html(Oct2007)>.
- Quality of Life Research Unit, University of Toronto.(no date), *Quality of Life*, available at: <www.gdrc.org/ucm/qol-define.html>.
- Quality of Life Research Center, Denmark.(no date), *Quality of Life*, available at: <www.gdrc.org/ucm/qol-define.html>.

