

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

علی اکبر حیدری^۱ - استادیار معماری، دانشکده فنی و مهندسی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران.
ملیحه تقی پور - استادیار، گروه معماری، دانشکده هنر و معماری، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

تاریخ دریافت: ۲۸ شهریور ۱۳۹۸ تاریخ پذیرش: ۱۵ شهریور ۱۳۹۹

چکیده

بی‌توجهی طراحان و معماران به کیفیت مجموعه‌های زیستی در جریان رشد شتابان شهرنشینی، ساکنان این مجموعه‌ها را با مشکلات متعددی روبه‌رو نموده که از جمله مهمترین آنها، افت شدید کیفیت زندگی در این مجموعه‌هاست. اهمیت این موضوع به حدی است که در بعضی موارد، زندگی در این مجتمع‌ها، سلامت ساکنان 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 مد نظر قرار داده و سعی در تحلیل چگونگی ارتباط میان متغیرهای یادشده 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 مد نظر قرار گرفت و در نهایت کیفیت زندگی خود به عنوان یک مفهوم ثابت و چند جانبه 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، ساکنان سه مجتمع اساتید، دراک و چوگان در شهر شیراز بودند که از نظر بافت اجتماعی ساکنان 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 ساکنان انجام گرفته است. در انتها نتایج تحقیق حاکی از آن بود که کیفیات معماری، تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی ساکنان در مجتمع‌های مسکونی دارد که این موضوع از طریق ارتقای سطوح مختلف سلامت ساکنان شکل می‌گیرد. به این ترتیب که کیفیت محیطی باعث ارتقای سلامت جسمانی شده، کیفیت ساختاری باعث ارتقای سلامت روانی شده و کیفیت عملکردی باعث ارتقای سلامت اجتماعی ساکنان می‌شود و در نهایت برآیند این موارد باعث ارتقای کیفیت زندگی در مجتمع‌های مسکونی می‌شود.

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

نکات برجسته

- سلامت جسمانی افراد در مجتمع‌های مسکونی، با کیفیت محیطی آن مجتمع‌ها در ارتباط مستقیم قرار دارد؛
- سلامت روانی ساکنین در مجتمع‌های مسکونی، با کیفیت ساختاری مجتمع‌ها در ارتباط مستقیم قرار دارد؛
- سلامت اجتماعی ساکنین در مجتمع‌های مسکونی، با کیفیت عملکردی مجتمع‌ها در ارتباط مستقیم قرار دارد؛
- تامین ابعاد سلامت در مجتمع‌های مسکونی، ارتباط مستقیمی با کیفیت زندگی ساکنین دارد.

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 (Mugerauer, 1995)، دستیابی به مطلوبیت فضایی و خلق محیطی با کیفیت بهتر برای ارتقای سطح کیفی زندگی افراد، همواره جزو 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، موضوع کیفیت مسکن و نقش آن در ارتقای 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 ساکنان 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، 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 یک سو و ارتباط آن با کیفیت زندگی از سویی دیگر، سعی در تبیین چگونگی ارتباط میان متغیرهای اصلی تحقیق شده است. با این توضیح، سئوالات تحقیق به این شکل قابل ارائه هستند:

- چه ارتباطی میان کیفیات محیطی مسکن و کیفیت زندگی ساکنان وجود دارد؟

- کیفیات محیطی مسکن چگونه باعث ارتقای وضعیت سلامت ساکنان در آن می‌شود؟

- چه ارتباطی میان ابعاد سلامت ساکنان و کیفیت زندگی آنها در یک مجتمع مسکونی وجود دارد؟

۲. 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 ساکنان آنهاست. با توجه به این که کیفیات معماری، موضوعی عینی و کیفیت زندگی، موضوعی ذهنی است، 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 مد نظر قرار گرفت که از یک سو متأثر از کیفیات معماری است و از سویی دیگر، نشان دهنده کیفیت زندگی در مجتمع‌های زیستی است.

پس از بررسی ادبیات و استخراج شاخص‌های مرتبط با هر کدام 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^۱ (Soleymani, 2017) 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 ساکنان نیز با استفاده از پرسشنامه بسته محقق ساز مورد ارزیابی قرار گرفت. برای تعیین اعتبار و پایایی پرسشنامه‌ها، ابتدا گویه‌های مربوط به هر کدام از متغیرها، طرح و در اختیار استادان قرار گرفت و پس از اصلاح، تعدیل و حذف برخی گویه‌ها، سئوالات نهایی در قالب ۲۶ گویه طرح و ضریب آلفای کرباخ برای هر گروه از سئوالات به تفکیک تعیین گردید. این مقدار برای کل پرسشنامه‌ها معادل ۰/۸۱۵ به دست آمده که نشانگر پایایی بالای پرسشنامه بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: محاسبه آلفای کرباخ برای گویه‌های طرح شده در ارتباط با متغیرهای تحقیق

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کربوخ	تعداد سئوال‌های 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 ساکنان، دارای شرایط تقریباً مشترکی با یکدیگرند؛ اما به لحاظ کیفیات فضایی - معماری، تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند. این تفاوت‌ها تا حدودی در دیدگاه مردم نسبت به این مجتمع‌ها نیز

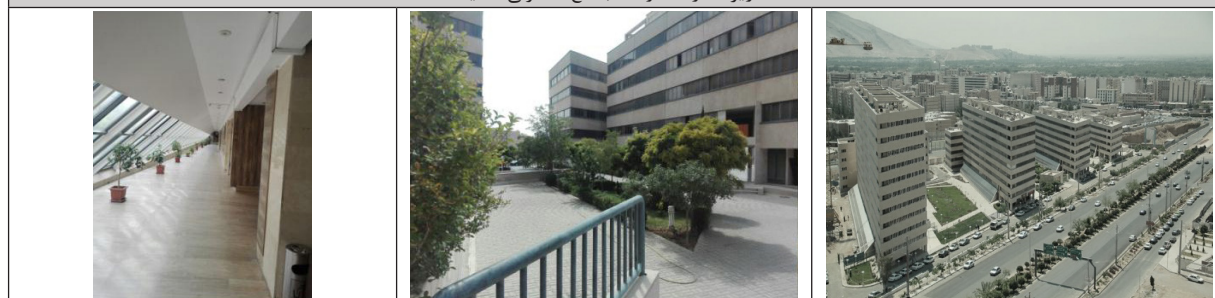
مشهود است.

پس از انتخاب نمونه‌ها و با مراجعه به سایت، بر اساس مصاحبه با ساکنان مجتمع‌های مورد مطالعه و نیز مشاهدات مستقیم نگارندگان از فضاها، کیفیات فضایی - اجتماعی مجتمع‌های مورد نظر استخراج گردید که در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

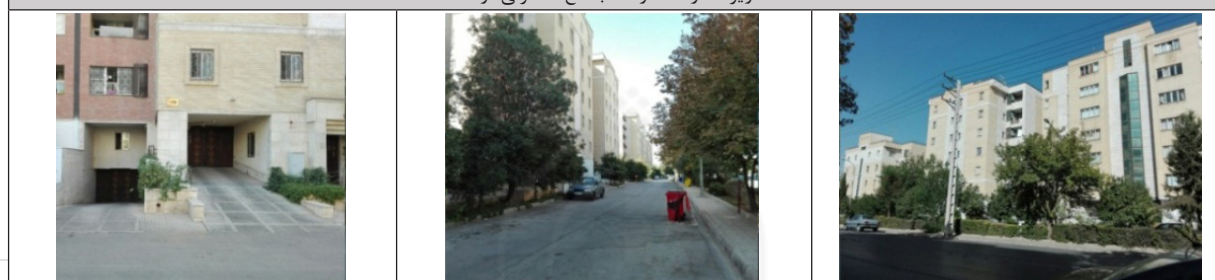
۱ پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه ۳۶ سئوالی): پرسشنامه‌ای معتبر است که به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به کار برده می‌شود. در ایران این فرم به وسیله منتظری و همکاران (۲۰۰۳) با روش ترجمه به فارسی برگردانده شد و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا هنجاریابی شد. در مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای ارزیابی کیفیت زندگی باشد. این پرسشنامه شامل ۳۶ سئوال است.



تصاویر شماره ۲، ۱ و ۳: مجتمع مسکونی اساتید



تصاویر شماره ۵، ۴ و ۶: مجتمع مسکونی دراک



تصاویر شماره ۸، ۷ و ۹: مجتمع مسکونی چوگان

جدول شماره ۲: کیفیات فضایی - اجتماعی مجتمع های مورد بررسی ←

نام مجتمع ویژگی های 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
جهت گیری بلوک ها	شمالی - جنوبی	شمالی - جنوبی / شرقی - غربی	شمالی / جنوبی / شرقی
آسایش صوتی	مناسب / قرارگیری در فضایی آرام عقب نسینی بلوک ها 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 واحد ها	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 سوپرمارکت و خشکشویی در مجتمع	عدم وجود فضاهای خدماتی در مجتمع	وجود میوه فروشی 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
چشم انداز	قسمتی از باغ های اطراف	کوه های دراک / چشم انداز شهر	خیابان های اطراف و دیگر بلوک ها
امنیت مجتمع	وجود نگهبان در قسمت های مختلف / حصار و دیوار	وجود نگهبان / نرده در اطراف مجتمع / عدم کنترل ورود و خروج	وجود نگهبان در برخی از ورودی ها / نرده در اطراف مجتمع / به راحتی از خیابان های اطراف دسترسی به داخل مجتمع وجود دارد

← ادامه جدول شماره ۲: کیفیات فضایی - اجتماعی مجتمع های مورد بررسی

نام مجتمع ویژگی های فضایی - اجتماعی	اساتید	دراک	چوگان
تفکیک فضاهای عمومی و خصوصی	فضای باز مربوط به بلوک ها مجزا است / 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 برای فضای باز بلوک ها صورت نگرفته است / در فضای داخلی سیرکولاسیون و ورود به واحدها توأمان انجام می گیرد
مشابهت با همسایگان	غالباً افراد ساکن از به رده شغلی هستند	اقتضای مختلف مردم / مشابهتی وجود ندارد	برخی از بلوک ها به ارگان های خاص مربوط بوده است ولی با جابه جایی ساکنان، اختلاط ساکنان قابل گزارش است
وجود لابی	در طبقه همکف لابی وجود دارد	فضای ورودی کمی گشایش یافته اما تعریف لابی بسیار کم رنگ است	لابی وجود ندارد
وجود فضاهایی برای تعامل در قسمت های عمومی	در فضای باز قسمت هایی برای جمع شدن همسایگان پیش بینی شده است	در فضای باز و فضای سبز قسمت هایی برای نشستن گروهی و یا تعاملات اجتماعی پیش بینی 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 می توان قسمت هایی را برای خلوت پیدا نمود	محرمیت واحدها رعایت شده است / از گوشه های فضای باز و آلاچیق می توان خلوت استفاده نمود	محرمیت واحدها تا حدودی رعایت شده است / در فضای باز به دلیل سیرکولاسیون، فضایی برای خلوت نمی توان یافت
انتظام فضایی مجتمع	سیراز فضای عمومی به نیمه عمومی و خصوصی در بلوک ها و واحدها به خوبی رعایت شده است	سیراز فضای عمومی به نیمه عمومی کمی دچار مشکل است ولی در واحدها تفکیک به خوبی رعایت شده است	سیراز فضای عمومی به نیمه عمومی به تفکیک در واحدها در حد متوسط است
خوانایی فضاها در مجتمع	دستیابی به فضاهای مختلف به راحتی انجام می پذیرد	وجود برخی عناصر مشابه، دسترسی و خوانایی فضا را کمی با مشکل مواجه می نماید	به علت مشابهت بلوک ها و فضاها، دسترسی و دستیابی به فضاها با سردرگمی همراه است
تفکیک فضای باز برای بلوک ها	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 می توان قسمت هایی را برای عملکردهای متنوع مشاهده نمود	در سایت فضاهای متنوعی در نظر گرفته شده است که می تواند قابلیت استفاده در مواقع مختلف را داشته باشد اما در مورد بلوک ها تمهیدی اندیشیده نشده است	در سایت و بلوک ها تمهیدی اندیشیده نشده تنها می توان از فضای بازی کودکان برای برخی از فعالیت ها استفاده نمود
دسترسی مناسب	دسترسی به مجتمع از خیابان های متعددی امکانپذیر است / ترافیک خیابان محل استقرار چندان زیاد نیست	دسترسی به مجتمع از خیابان های متعددی امکانپذیر است / ترافیک خیابان محل استقرار زیاد است	دسترسی به مجتمع از خیابان های متعددی امکانپذیر است / ترافیک خیابان محل استقرار زیاد است

۳. چارچوب نظری

۳.۱. مفهوم کیفیت زندگی

مفهوم استاندارد زندگی نخستین بار در میان منتقدان علوم اجتماعی در سده بیستم و در پی وقوع تلخ ترین وقایع در سده نوزدهم ظاهر شد. در آن دوران، ناراحتی مردم از زاغه نشینی 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 می رفت. در همین دوران بود که مفهومی با عنوان «کیفیت زندگی» شکل گرفت و در ذیل آن، مفاهیمی چون بهداشت عمومی، سلامت جمعی، روابط اجتماعی، عزت نفس و مواردی از این قبیل نیز به بخشی از مطالبات عمومی تبدیل شد (Devine, 1915). این مفهوم امروزه بسیاری از عرصه های زندگی از قبیل مسکن، آموزش، اشتغال و محیط را در بر می گیرد 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 شاخه ای و بین رشته ای تعریف شده (Ulengin et al., 2001) و در بعضی موارد نیز با عباراتی چون یک زندگی خوب، شادی در زندگی، رضایت مندی و مواردی از این قبیل معرفی شده است (Schuessler & Fisher, 1985). 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 زندگی با توجه به نظام های فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می کند، تعریف شده و متناسب با اهداف، انتظارات، معیارها و نگرانی های روزمره فرد شکل می گیرد. بنا به این تعریف «کیفیت زندگی یک سازه چند بعدی است که حیطه های مختلف جسمی، جنسی، اجتماعی و هیجانی زندگی افراد را در بر می گیرد و با سلامت جسمی، اجتماعی و روان شناختی وی در ارتباط است» (Victorson et al., 2007).

۳٫۲. 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 (Sameh, 2018). این مفهوم از نظر لغوی به معنای «مجموعه‌ای از خصوصیات و صفات مشخص است که باعث متمایز شدن یک شی از اشیا دیگر شده و ما را قادر می‌سازد که در مورد برتری، فروتری یا مشابهت چیزی در مقایسه با چیز دیگر، داوری کرده و از نظر زیباشناختی در مورد زیبا یا زشت بودن، خوب یا بد بودن و از نظر عملکردی در مورد کارآمد یا ناکارآمد بودن آن حکم کنیم» (Golkar, 2001). این مفهوم نشان می‌دهد که یک محصول تا چه حد الزامات خواسته شده را برآورده ساخته و چگونه تأثیر عاطفی یا عقلانی خاصی بر انسان می‌گذارد (Pakzad, 2002).

کیفیت مفهومی چندبعدی و گسترده است که جوانب مختلفی از موضوعات را شامل می‌شود و به راحتی قابل تعریف نیست. با این حال 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» (Pakzad, 2002). 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 (Moeini, 2012). در رویکرد ذهنیت‌گرا، 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, 2020). بنابراین از این منظر، کیفیت محیط انسان ساخت به مجموعه‌ای از صفات اساسی و خاص از پدیده مشخص اطلاق می‌گردد که بر اساس تصاویر ذهنی از هر چیز، در ارتباط با تأثیر متقابل فرد و محیط کالبدی شکل می‌گیرد (Ulengin et al., 2001).

بنا به ادبیات موجود، کیفیت معماری در سه حوزه قابل بررسی است که شامل کیفیت محیطی، کیفیت ساختاری و کیفیت عملکردی است. کیفیت محیطی نخستین سطح و پایه‌ای‌ترین نظام شکل‌دهنده کیفیت در معماری به ویژه در محیط‌های مسکونی به شمار می‌رود (Rossi et al., 1982). این سطح از کیفیت گویای وجه ساختمانی و یا کالبدی آن است که در آن نحوه پاسخ، بنا به نیازمندی‌های اولیه انسان از جمله نیاز به سرپناه تعریف می‌شود. برخی این وجه از کیفیت را بسیار مهم قلمداد می‌کنند و بدیهی است که در صورت عدم تأمین این سطح از کیفیت در بنا، دستیابی به سایر کیفیات معماری نیز امکان‌پذیر نخواهد بود (van der Voordt & van Wegen, 2007). 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. این وجه از کیفیت به فضای کالبدی یا محیط انسان ساخت از آن حیث که مجموعه‌ای از پدیده‌ها یا واقعیات عینی است که از طریق

تجربه ذهنی به ادراک درمی‌آید. اشاره دارد (Moeini, 2012). 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 (Sameh, 2018).

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 مطرح است. جیردیکسترا در مقاله‌ای با عنوان «کیفیت معمارانه» به وضوح چنین کیفیتی در معماری را با «کاربرد بودن» مرتبط می‌داند و توجه به الزامات عملکردی را عاملی مهم در تعیین کیفیت یک محیط تعریف می‌کند (Dijkstra, 2001). بنابراین کیفیت عملکردی یک ساختمان را باید به عنوان قابلیت آن در ممکن ساختن و فراهم آوردن پشتیبانی لازم برای فعالیت‌های مختلف جاری در آن به شمار آورد (Sameh, 2018). 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).

۳٫۳. مفهوم سلامت و ابعاد مختلف آن در حوزه مسکن

سازمان جهانی بهداشت^۱ که به اختصار (WHO) نامیده می‌شود، یکی از آژانس‌های سازمان ملل متحد است که مهمترین هدف آن، هماهنگی و ارتقای وضعیت بهداشت عمومی در سطح جهان است. 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 (Rahimi, 2013). بنابراین تعریف، سلامت دارای سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی است و هر گونه نقص و آسیب وارده به هر یک از این محورهای سه‌گانه می‌تواند منجر به برهم خوردن تعادل فرد و در نتیجه تهدید سلامت وی گردد (Hekmatian, 2012). هر کدام از ابعاد سه‌گانه سلامت به نوعی با موضوع مسکن نیز در ارتباط و معرف واژه‌هایی چون مسکن سالم^۲، سلامت مسکن^۳ و یا بهداشت مسکن^۴ 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 ساکنانش باشد. در ادامه به معرفی هر کدام از این سه بعد در ارتباط با موضوع مسکن پرداخته می‌شود.

- سلامت جسمی

منظور از بعد جسمانی سلامت در مسکن، عاری نگه داشتن انسان از هر گونه سوانح و خطرات ناشی از آتش‌سوزی، خفگی، مصدومیت و یا

1 world health organization

2 Healthy Housing

3 Healthful Housing

4 Housing Hygiene

(Shaw, 2004) و در مقابل بهبود کیفی محیط خانه، تأثیر مثبتی بر ارتقای سلامت روحی و روانی آنها دارد (Thomson & Petticrew, 2005).

- سلامت اجتماعی

مدل سلامت اجتماعی که نخستین بار به وسیله ریفا^۱ (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 (Schuessler & Fisher, 1985). از نظر کیز^۲، عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد (Keyes, 1998).

بروز بیماری‌هایی چون آسم، آلرژی‌های پوستی، تنفسی و اضافه وزن است (ghafari, 2011). در یک محیط مسکونی، این بعد متأثر از عواملی چون جهت‌گیری مناسب بنا (Asefi M, 2016; ghafari, 2011)، آسایش حرارتی ساختمان (Ghiaei, 2013)، آسایش صوتی واحدهای مسکونی (Habib, 2011)، کاهش آلودگی‌های زیست محیطی در محیط مسکونی (Kawakami et al., 2011; Miller et al., 1980) و در نهایت امکان امداد رسانی در مواقع خطر (Campbell, 1996; Khaef & Zebardast, 2016) است.

- سلامت روانی

وجوه روانی سلامت در مسکن شامل تمام تأثیرات روحی و روانی است که محیط کالبدی مسکن بر ساکنان خود می‌گذارد. خانه‌های با کیفیت پایین موجب کاهش سلامتی روحی ساکنانشان می‌شوند

جدول شماره ۳: مؤلفه‌های مرتبط با ابعاد سه‌گانه سلامت (چارچوب نظری تحقیق)

ابعاد سلامت	مؤلفه	منبع
سلامت جسمانی	ایمنی	(Campbell, 1996; ghafari, 2011; Kawakami et al., 2011; Khaef & Zebardast, 2016; Miller et al., 1980)
	فضای باز	(Baum et al., 1978; ghafari, 2011; Ghiaei, 2013)
	بهداشت	(ghafari, 2011; Khaef & Zebardast, 2016)
	اقلیم	(Asefi M, 2016; ghafari, 2011; Ghiaei, 2013; Habib, 2011)
سلامت روانی	امنیت	(zarghami, 2016)
	چشم انداز	(Asefi M, 2016; Ghiaei, 2013; Heidari, 2013)
	ابعاد	(Galster & Hesser, 1981; Mohit et al., 2010)
	نور	(ghafari, 2011; Ghiaei, 2013)
	حریم بصری	(zarghami, 2016)
	فضای سبز	(Baum et al., 1978; ghafari, 2011; zarghami, 2016)
	آلودگی صوتی، نوری، بصری	(Khaef & Zebardast, 2016; Varady, 1983)
	حریم صوتی	(Jelinkova & Picek; Kinsey & Lane, 1983; zarghami, 2016)
	تفکیک فضای عمومی از خصوصی	(Asefi M, 2016; Habib, 2011; zarghami, 2016)
	وجود فضای آرامش بخش	(Asefi M, 2016; zarghami, 2016)
سلامت اجتماعی	انعطاف پذیری	(Asefi M, 2016; Campbell, 1996; zarghami, 2016)
	امنیت اجتماعی	(Carp et al., 1976)
	مشابهت با همسایگان	(Carp et al., 1976; Ghiaei, 2013)
	فضایی برای ارتباط افراد خانواده	(Asefi M, 2016; ghafari, 2011)
	فضایی برای تعامل با همسایه	(Amérgo & Aragonés, 1997; Cozens et al., 2001)
	تمایل به معاشرت با همسایه	(Carp et al., 1976; Lansing & Marans, 1969)

جسمانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی، مورد تحلیل قرار خواهد گرفت. با این توضیح، متغیرهای مورد استفاده در این تحقیق و شاخص‌های مربوط به هر کدام با عنوان چارچوب نظری تحقیق، در جدول ذیل ارائه شده است (جدول شماره ۴).

۳.۴. 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 روان شناختی - معنایی شامل رضایتمندی از ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی ساکنان مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و در نهایت ابعاد سلامت در قالب سه بعد سلامت

1 Ryff

2 Keyes

جدول شماره ۴: چارچوب نظری تحقیق

متغیر	ابعاد	شاخص‌ها
کیفیت معماری	کیفیت محیطی	جهت‌گیری / آسایش حرارتی / آسایش صوتی / کاهش آلودگی / ایمنی و امکان امداد رسانی
	کیفیت ساختاری	پیکربندی فضایی / انتظام فضایی / عدم احساس محصوریت بیش از حد / خلوت و حریمیت / سلسه مراتب فضایی واحدها
	کیفیت عملکردی	جهت‌یابی / خوانایی / قلمرو / انعطاف‌پذیری / نفوذپذیری / دسترسی به خدمات / دسترسی به حمل‌ونقل عمومی / الگو و ضوابط / تناسبات / نوع مصالح
کیفیت زندگی	کیفیت روان‌شناختی - معنایی	تعاملات اجتماعی / حس تعلق / ایجاد سرزندگی / ارتباط با طبیعت هویت اجتماعی / احساس خاطره‌ذهنی / 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 برای تعامل با همسایه / تمایل به معاشرت با همسایگان / فضایی برای ارتباط اعضای خانواده

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 ساکنان به صورت جداگانه در ارتباط با هر کدام از مجتمع‌های یادشده مورد ارزیابی قرار گرفت و سپس روابط همبستگی میان هر کدام از متغیرها به منظور رسیدن به اهداف تحقیق مورد تحلیل قرار گرفت.

۴.۱. سنجش وضعیت سلامت ساکنان در نمونه‌های موردی

به منظور سنجش وضعیت سلامت ساکنان در هر کدام از مجتمع‌های مسکونی مورد بررسی، از آزمون F (تحلیل آنووا) استفاده شد که در ذیل جدول مربوط به نتایج این آزمون به تفکیک برای هر کدام از ابعاد سلامت شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی در ارتباط با هر کدام از مجتمع‌های مورد بررسی، استخراج و ارائه شده است (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: نتایج آزمون F (تحلیل آنووا) در ارتباط با بررسی وضعیت سلامت ساکنان در هر کدام از نمونه‌های موردی

مؤلفه	شاخص	اساتید	دراک	چوگان
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
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
سلامت اجتماعی	انعطاف‌پذیری	۴,۸۰	۳,۵۴	۲,۴۷
	Between group		۲۰,۵۹۳	
	Within group		۷۹,۲۵۶	
	Mean square		۶,۸۶	
	F		۱۳,۵۵	
	Sig		۰,۰۰	
	امنیت اجتماعی	۴,۳۳	۴,۲۱	۳,۹۵
	مشابهت با همسایگان	۳,۹۲	۳,۰۱	۲,۲۵
	فضایی برای ارتباط	۳,۰۱	۲,۳۶	۳,۰۱
	فضایی برای تعامل	۳,۰۱	۲,۲۵	۲,۰۵
Between group		۸۷,۸۳۸		
Within group		۲۲۳,۵۳۶		
Mean square		۲۹,۲۷۹		
F		۲۵,۱۴۹		
Sig		۰,۰۰		

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 ۷)، نشان می‌دهد که میانگین سلامت اجتماعی در مجتمع اساتید با مجتمع‌های دراک و چوگان دارای تفاوت معنادار می‌باشد. همچنین مقادیر بدست 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.

۴.۲. 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 شماره ۸).

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 رؤیت است؛ به این ترتیب که بالا بودن سطح معناداری آزمون از مقدار ۰/۰۵، نشان دهنده عدم وجود تفاوت معنادار در ارتباط با بعد سلامت جسمانی میان مجتمع‌های مورد نظر است. به بیانی دیگر، وضعیت سلامت جسمانی ساکنان 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 ساکنان، سطح معناداری به دست آمده در آزمون F نشان می‌دهد که وضعیت این بعد میان ساکنان مجموعه‌های مورد نظر دارای تفاوت‌هایی معنادار با یکدیگر است (جدول شماره ۶). بنابراین به منظور تعیین نوع تفاوت‌ها، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج این آزمون در ارتباط با وضعیت سلامت روانی ساکنان در مجموعه‌های مورد بررسی (جدول شماره ۵) نشان داد که وضعیت سلامت روانی ساکنان در مجتمع اساتید و دراک مشابه یکدیگر بوده، اما این شاخص در مجتمع چوگان، متفاوت با آن دو است. با توجه به این که میانگین‌های به دست آمده در مجتمع اساتید و دراک غالباً از حد متوسط بیشتر هستند، 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 شماره ۶: نتایج آزمون تعقیبی توکی در ارتباط با مقایسه شاخص‌های سلامت روان در مجتمع‌های مورد بررسی

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

جدول شماره ۷: نتایج آزمون تعقیبی توکی در ارتباط با مقایسه شاخص‌های سلامت اجتماعی در مجتمع‌های مورد بررسی

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

جدول شماره ۸: نتایج آزمون F (تحلیل آنوا) در ارتباط با سنجش کیفیت معماری در هر کدام از نمونه‌های موردی

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

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 مؤید وجود اختلاف در ارتباط با این شاخص در میان مجموعه‌های مورد نظر است. بنابراین به منظور تحلیل وضعیت اختلاف‌ها میان مجتمع‌ها در باب کیفیت ساختاری آنها، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۹ ارائه شده است.

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 برخوردارند. 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

جدول شماره ۹: نتایج آزمون تعقیبی توکی در ارتباط با مقایسه کیفیت ساختاری در مجتمع های مورد بررسی

	چوگان	دراک	اساتید	
Sig.	۰/۰۰	۰/۱۳	تفاوت معنادار با مجتمع چوگان	اساتید
تفاوت میانگین ها	-۰/۵۱	۰/۶۴		
حدپایین	-۰/۸۱	-۰/۱۶		
حدبالا	-۰/۲۱	۰/۴۳		
Sig.	۰/۰۰	تفاوت معنادار با مجتمع چوگان	۰/۶۴	دراک
تفاوت میانگین ها	-۰/۶۴		-۰/۱۳	
حدپایین	-۰/۹۴		-۰/۴۳	
حدبالا	-۰/۳۵		۰/۱۶	
Sig.	تفاوت معنادار با مجتمع اساتید و دراک	۰/۰۰	۰/۰۰	چوگان
تفاوت میانگین ها		-۰/۶۴	۰/۵۱	
حدپایین		-۰/۳۵	۰/۲۱	
حدبالا		-۰/۹۴	۰/۸۱	

دارای وضعیت مطلوبی است. این در حالی است که وضعیت کیفیت عملکردی در دو مجتمع دراک و چوگان، در سطح قابل قبولی قرار ندارد.

۴.۳. سنجش کیفیت زندگی در میان ساکنان مجموعه های مورد بررسی

کیفیت زندگی، متغیر وابسته در تحقیق حاضر است که با استفاده از پرسشنامه استاندارد در میان مجموعه های مورد نظر، بررسی شده است. در تحلیل این پرسشنامه، از شاخص میانگین وزنی استفاده می شود که مقادیر بالای ۳ نشانگر سطح مطلوب، مقادیر بین ۳ و ۱ در حد متوسط و مقادیر زیر ۱ در حد ضعیف ارزیابی می شوند (جدول شماره ۱۱). 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 ساکنان مجتمع اساتید در سطح خوب، مجتمع دراک در سطح متوسط و مجتمع چوگان در سطح پایین قرار دارد.

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

در باب سنجش کیفیت عملکردی مجموعه های مورد بررسی نیز نتایج آزمون F، بر وجود تفاوت معنادار میان میانگین های اکتسابی سه مجتمع تأکید دارد. چراکه کمتر بودن این مقدار از ۰/۰۵ مؤید وجود تفاوت در کیفیت عملکردی مجموعه های مورد نظر با یکدیگر است. بنابراین مقایسه مقادیر میانگین های اکتسابی مربوط به کیفیت عملکردی در مجتمع های مورد نظر نیز در آزمون تعقیبی توکی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۱۰ ارائه شده است.

همانگونه که از نتایج جدول فوق پیداست، وضعیت کیفیت عملکردی در مجتمع اساتید دارای تفاوت معنادار با مجتمع های دراک و چوگان است و با توجه به بیشتر بودن میانگین مجتمع اساتید، به نظر می رسد که این مجتمع در ارتباط شاخص های کیفیت عملکردی،

جدول شماره ۱۰: نتایج آزمون تعقیبی توکی در ارتباط با مقایسه کیفیت عملکردی در مجتمع های مورد بررسی

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

جدول شماره ۱۱: وضعیت کیفیت زندگی در میان ساکنان مجتمع های مورد بررسی

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

۵. بحث

ساکنان بر کیفیت زندگی آنها نیز دارای ارتباطی معنادار است. بنابراین و با این توضیحات، فرضیه اصلی تحقیق مبتنی بر وجود ارتباط معنادار 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.

۵.۱. 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 ساکنان 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 شماره ۱۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۱۲: نتایج آزمون همبستگی میان متغیرهای تحقیق

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

جدول شماره ۱۳: آزمون همبستگی میان مؤلفه‌های کیفیت معماری و ابعاد سلامت

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

دو مجتمع چوگان و دراک از این نظر در وضعیت چندان مطلوبی قرار ندارند. همچنین نتایج جدول شماره ۷ در ارتباط با کیفیات معماری 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 نخست با سلامت جسمانی افراد ارتباط مستقیم دارد و سپس با سایر ابعاد

پس از ارزیابی وضعیت متغیرها در نمونه‌های موردی، در این بخش به آزمون فرضیات تحقیق در باب ارتباط میان متغیرهای یادشده 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 ساکنان 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 شماره ۱۲ ارائه شده است.

همانگونه که از داده‌های جدول فوق پیداست، هر سه متغیر کیفیت زندگی، کیفیت معماری و وضعیت سلامت ساکنان 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 ساکنان دارای ارتباطی معنادار بوده و همچنین کیفیت سلامت

با توجه به داده‌های جدول فوق و مقادیر مربوط به سطوح معناداری میان متغیرها، می‌توان به وجود رابطه معنادار میان هر سه بعد کیفیت معماری با هر سه بعد سلامت پی برد. با این حال و با مشاهده ضرایب همبستگی میان متغیرهای یادشده، 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 شماره ۴ در باب تحلیل وضعیت سلامت ساکنان در مجتمع‌های مورد بررسی نیز نشان می‌دهد که ساکنان 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

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 است. این موضوع از یک سو متأثر از یکپارچگی اجتماعی میان افراد ساکن در یک مجتمع بوده و از سوی دیگر، متأثر از قابلیت فضا در تأمین شرایط مناسب برای 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 ساکنان این مجتمع در مقایسه با دو مجتمع 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 ساکنان 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 برای برقراری تعامل اجتماعی سازنده میان ساکنان در یک مجتمع مسکونی، ارتباط مستقیمی با سلامت اجتماعی ساکنان 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 ارتقای امنیت اجتماعی و ایجاد فضایی برای تعاملات اجتماعی مؤثر باشند.

۵.۲. بررسی رابطه ابعاد سلامت و کیفیت زندگی

ارتباط میان سطوح مختلف سلامت ساکنان و کیفیت زندگی آنان در مجتمع مسکونی نیز با استفاده از آزمون همبستگی مورد بررسی قرار گرفت که نتیجه آن در جدول شماره ۱۴ قابل رؤیت است.

جدول شماره ۱۴: آزمون همبستگی میان مؤلفه‌های کیفیت زندگی و ابعاد سلامت

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

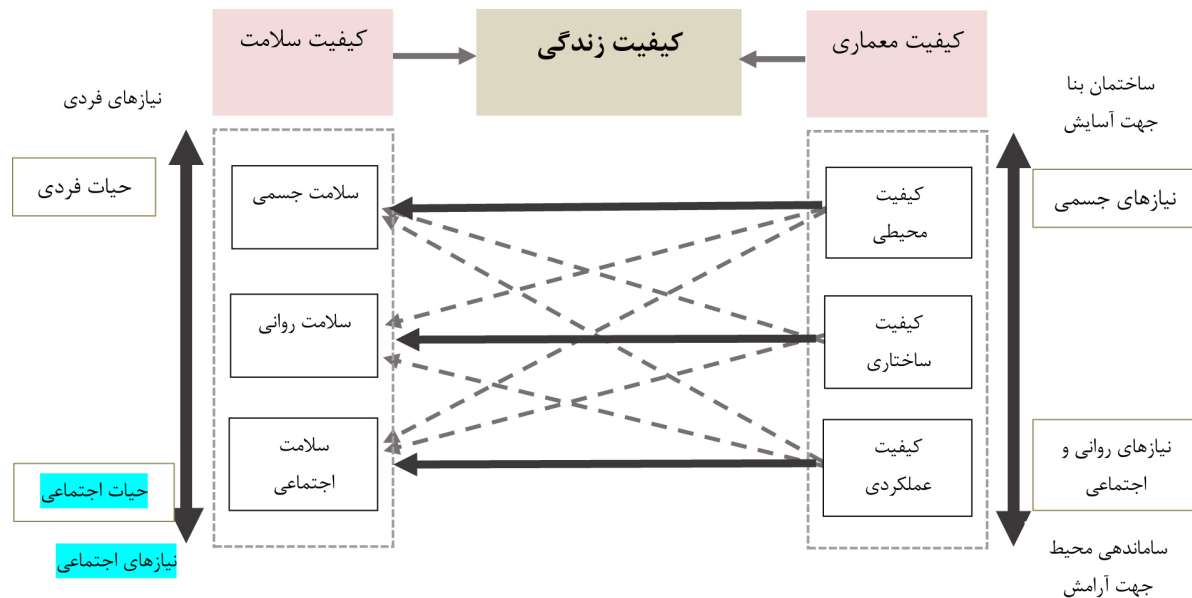
ابعاد سلامت اجتماعی و سلامت روانی عنوان شد، سازگاری دارد. به همین علت است که در مجتمع اساتید که وضعیت هر سه بعد سلامت از جمله سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی در بهترین وضعیت قرار دارد، کیفیت زندگی ساکنان آن نیز در بالاترین سطح نسبت به دو مجتمع دیگر قرار گرفته است. این در حالی است که در مجتمع دراک که تنها 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، نحوه ارتباط میان متغیرهای مورد نظر تحقیق در قالب دیاگرام ذیل قابل ارائه خواهد بود (تصویر شماره ۱۰).

سلامتی ساکنان از جمله سلامت روانی و سلامت اجتماعی آنها در ارتباط است. بررسی‌های به عمل آمده در میان سه مجتمع نیز مؤید این موضوع است که مسائل آسایشی و بهداشتی در هر سه مجتمع مورد توجه ساکنان قرار داشته و همین امر باعث مطلوبیت وضعیت سلامت جسمانی افراد (متأثر از عوامل یادشده) در هر سه مجتمع شده است. بنابراین موضوع ارتباط میان سلامت جسمانی ساکنان و کیفیات محیطی مجتمع که در حوزه آسایش محیطی، ایمنی و بهداشت مطرح است، کاملاً مشهود است.

۲- سلامت روانی ساکنان 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 از حد 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 ساکنان 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 قرارگیری مجتمع در کنار مسیرهای تردد اصلی شهر و نیز کمبود فضای سبز در مجتمع، میزان آرامش روانی بین ساکنان را در مقایسه با دو مجتمع دراک و اساتید به مراتب کاهش داده است. به همین دلیل می‌توان به رابطه میان سلامت روانی ساکنان و کیفیات ساختاری محیط که خود متأثر از الگوهای پیکره‌بندی فضایی در مجتمع‌هاست، اذعان داشت.

۳- سلامت اجتماعی ساکنان در مجتمع‌های مسکونی، با کیفیت عملکردی مجتمع‌ها در ارتباط مستقیم قرار دارد؛ همانگونه که پیش

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 ساکنان دارد. از سوی دیگر 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 ساکنان آنهاست. 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 تعلق خاطر، شکل‌گیری هویت اجتماعی، خاطره‌مندی و مشارکت اجتماعی است. این مفاهیم با مواردی که در ارتباط با



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

۶. نتیجه گیری

یکی از مهمترین اهداف بشر در تمام زمینه‌ها، ارتقای سطح کیفی زندگی‌اش بوده است. تمام فعالیت‌ها، پیشرفت‌ها و دستاوردهای بشر در طول تاریخ، به نوعی در جهت ارتقای 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 ارتقای 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 دوچندان 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 مد نظر قرار می‌گیرد. بر همین اساس کیفیت معماری به منظور 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 روانی و سلامت اجتماعی قابل تقسیم است و دستیابی به آن در گرو تأمین سطوح مختلفی از نیازهای مادی تا نیازهای معنوی انسان است. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش و نیز پاسخ به سئوالات تحقیق، متغیرهای یادشده به صورت دو به دو با یکدیگر مورد تحلیل قرار گرفته که در نهایت نتایج زیر حاصل آمد:

۱- کیفیت معماری در فضاهای مسکونی، ارتباط مستقیمی با ارتقای وضعیت سلامت ساکنان در آن دارند. در این خصوص موارد زیر قابل توجه هستند.

- ارتقای سطح کیفیت محیطی، باعث ارتقای تمام ابعاد سلامت در مسکن به ویژه سلامت جسمانی ساکنان می‌شود. این بدان معنی

است که تأمین بهداشت، ایجاد آسایش محیطی در مسکن، تأمین ایمنی ساکنان و مواردی از این قبیل که در حوزه کیفیات محیطی قرار دارند، مهمترین عوامل در تأمین سلامت جسمانی ساکنان به شمار می‌آیند.

- ارتقای سطح کیفیت ساختاری در مسکن، باعث ارتقای 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 ساکنان، ایجاد حریم‌های بصری مناسب در فضای خانه و مواردی از این قبیل، باعث ایجاد آرامش روانی افراد در خانه و در نتیجه ارتقای سطح سلامت روانی آنها در محیط خانه می‌شود.

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

۲- کیفیت سلامت ساکنان در مجتمع‌های مسکونی، ارتباط مستقیمی با ارتقای 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 هر کدام از ابعاد سلامت در محیط‌های مسکونی، می‌تواند باعث کاهش در سطح کیفی زندگی ساکنان در مجتمع‌های مسکونی شود.

- (2013). Evaluating the Degree of Relation of Residential Satisfaction with House, Neighbor Unit and Neighborhood Variables (Case Study: Farabi Physicians' Residential Complex). *Journal of Hoviatshahr*, 7(15).
- Golkar, k. (2001). Constituent components of urban design quality. *Journal of Sofeeh*(32).
 - Habib, F. Z., Hosein; Rahbarimanesh, Kaman. (2011). Relevance Between Acquiescence of Habitations and Impacts on Relationships (Case Study: Ekbatan and Behjatabad Tehran). *Journal of Hoviatshahr*, 5(8), 103-118.
 - Heidari, A. A. A., Elham; Karkhaneh, Masoomeh; Ahmadifard, Narges. (2013). Assessing the landscape role of collective spaces in urban quality, a case study: District 1 of Tehran. *Armanshahr journal*, 11, 323-335.
 - Hekmatian, P. (2012). The dimension of urban design health. *Sofeh journal*, 22(1).
 - Jelinkova, Z., & Picek, M. (1984). PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL-FACTORS DETERMINING POPULATION RESPONSES TO ENVIRONMENT.
 - Kawakami, N., Winkleby, M., Skog, L., Szulkin, R., & Sundquist, K. (2011). Differences in neighborhood accessibility to health-related resources: a nationwide comparison between deprived and affluent neighborhoods in Sweden. *Health & place*, 17(1), 132-139.
 - Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 121-140.
 - Khaef, S., & Zebardast, E. (2016). Assessing quality of life dimensions in deteriorated inner areas: A case from Javadieh neighborhood in Tehran metropolis. *Social indicators research*, 127(2), 761-775.
 - Kinsey, J., & Lane, S. (1983). Race, housing attributes, and satisfaction with housing. *Housing and society*, 10(3), 98-116.
 - Lansing, J. B., & Marans, R. W. (1969). Evaluation of neighborhood quality. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(3), 195-199.
 - Miller, F. D., Tsemberis, S., Malia, G. P., & Grega, D. (1980). Neighborhood satisfaction among urban dwellers. *Journal of Social Issues*, 36(3), 101-117.
 - Moeini, M. E., Gholamreza. (2012). An Analytic Approach Towards the Quality of Contemporary Residential Environment. *Hoviatshahr Journal*, 6(10), 47-58.
 - Mohit, M. A., Ibrahim, M., & Rashid, Y. R. (2010). ۳- کیفیت معماری در فضاهای مسکونی، ارتباط مستقیمی با کیفیت زندگی ساکنان در مجتمع مسکونی دارد. این موضوع که به نوعی هدف اصلی تحقیق حاضر نیز به شمار می‌آید، با توجه به موارد بیان شده کاملاً مشهود و قابل درک است. به این ترتیب که براساس موارد عنوان شده، از یک سو میان کیفیت معماری و ابعاد سلامت، ارتباطی دو سویه وجود دارد. از سویی دیگر کیفیت سلامت ساکنان 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 ساکنان آنها نیز ارتباطی مستقیم وجود دارد. به این ترتیب که با ارتقای کیفیت معماری در فضاهای مسکونی، ابعاد مختلف سلامت ساکنان افزایش یافته و این امر در نهایت منجر به ارتقای کیفیت زندگی آنها خواهد شد.

References:

- Amérigo, M. a., & Aragonés, J. I. (1997). A theoretical and methodological approach to the study of residential satisfaction. *Journal of environmental psychology*, 17(1), 47-57.
- Asefi M, I. E. (2016). Redefining Design Patterns of Islamic Desirable Contemporary Housing through Qualitative Evaluation of Traditional Homes. *Journal of Researches in Islamic Architecture*, 4(2), 56-73.
- Baum, A. E., Singer, J. E., & Valins, S. E. (1978). *Advances in environmental psychology: I. The urban environment*. Lawrence Erlbaum.
- Campbell, S. (1996). Green cities, growing cities, just cities?: Urban planning and the contradictions of sustainable development. *Journal of the American Planning Association*, 62(3), 296-312.
- Carp, F. M., Zawadski, R. T., & Shokrkon, H. (1976). Dimensions of urban environmental quality. *Environment and behavior*, 8(2), 239-264.
- Cozens, P., Hillier, D., & Prescott, G. (2001). Crime and the design of residential property—exploring the theoretical background □ Part I. Property management.
- Devine, E. T. (1915). *The normal life*. Survey Associates, Incorporated.
- Dijkstra, T. (2001). *Architectonic Quality*. Policy Note Prepared by the Government Architect, The Hague.
- Galster, G. C., & Hesser, G. W. (1981). Residential satisfaction: Compositional and contextual correlates. *Environment and behavior*, 13(6), 735-758.
- ghafari, A. B., Maryam. (2011). What is Healthy House? *Journal of Housing and Rural Environment*, 30(133).
- Ghiaei, M. H. A., Sharareh; Shahabian, Pouyan.

- Assessment of residential satisfaction in newly designed public low-cost housing in Kuala Lumpur, Malaysia. *Habitat international*, 34(1), 18-27.
- Montgomery, D. C. (2020). *Introduction to statistical quality control*. John Wiley & Sons.
 - Mugerauer, R. (1995). *Interpreting environments: Tradition, deconstruction, hermeneutics*. University of Texas Press.
 - Pakzad, J. (2002). *The Quality of Space*. *Abadi journal*, 2(2).
 - Rahimi, G. (2013). *The World Health Organization (WHO)*. *Journal of Army Medical School*, 5(1), 53-56.
 - Rossi, A., Eisenman, P., Ghirardo, D. Y., & Ockman, J. (1982). *The architecture of the city*. MIT press Cambridge, MA.
 - Sameh, R. (2018). *A Reflection on the Definition of Quality in Architecture*. *Journal of Architectural Thought*, 2(3), 44-64.
 - Schuessler, K. F., & Fisher, G. A. (1985). *Quality of life research and sociology*. *Annual review of sociology*, 11(1), 129-149.
 - Shaw, M. (2004). *Housing and public health*. *Annu. Rev. Public Health*, 25, 397-418.
 - Soleymani, E. (2017). *Investigating the relationship between mental health and quality of life with the mediating role of spiritual health in students*. *Journal of Culture in the Islamic University*, 6(21), 565-584.
 - Thomson, H., & Petticrew, M. (2005). *Is housing improvement a potential health improvement strategy*. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN 2005).
 - Ülengin, B., Ülengin, F., & Güvenç, Ü. (2001). *A multidimensional approach to urban quality of life: The case of Istanbul*. *European Journal of Operational Research*, 130(2), 361-374.
 - van der Voordt, D. J. M., & van Wegen, H. B. R. (2007). *Architecture in use*. Routledge.
 - Varady, D. P. (1983). *Determinants of residential mobility decisions the role of government services in relation to other factors*. *Journal of the American Planning Association*, 49(2), 184-199.
 - Victorson, D., Cella, D., Wagner, L., Kramer, L., & Smith, M. L. (2007). *Measuring quality of life in cancer survivors*.
 - zarghami, E. (2016). *A Comparative Study of Iranian-Islamic Housing Characteristics with Today's Apartment Housing*. *Naqshejahan- Basic studies and New Technologies of Architecture and Planning journal*, 6(2), 60-72.

نحوه ارجاع به مقاله:

حیدری، علی اکبر؛ تقی پور، ملیحه؛ (۱۴۰۰) ارزیابی نقش کیفیت معماری در ارتقا کیفیت زندگی در مجتمع های مسکونی از دیدگاه سلامت ساکنان، *مطالعات شهری*، 10 (40)، 43-58. doi: 10.34785/J011.2021.609/Jms.2021.132

Copyrights:

Copyright for this article is retained by the author(s), with publication rights granted to Motaleate Shahri. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



