

مطالعه عوامل اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی زنان ۱۵ تا ۵۰ سال شهر دیواندره

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۲۸

کد مقاله: ۷۰۲۲۵

مهدی رضائی^۱، ماریه آقاباری^{۲*}

چکیده

هدف از انجام این پژوهش مطالعه عوامل اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی زنان شهر دیواندره بود. پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری را تمامی زنان ۱۵ تا ۵۰ سال شهر دیواندره تشکیل داد که با استفاده از فرمول کوکران، ۳۳۰ نفر به عنوان حجم نمونه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (SF-36)، سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن، حمایت اجتماعی عاطفی اداریک شده زیمت و همکاران و امنیت اجتماعی (محقق ساخته) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS بهره گرفته شد. نتایج نشان داد بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن (روابط اجتماعی با خانواده و دوستان، احساس اعتماد و امنیت و ارزشمندی و مفید بودن زندگی) با کیفیت زندگی زنان رابطه معناداری وجود دارد و دیگر ابعاد آن معنادار نبود. بین حمایت اجتماعی اداریک شده و امنیت اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. بین وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، اشتغال، درآمد و محل سکونت با کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت و بین تعداد فرزندان و وضعیت تعلق به محل سکونت با کیفیت زندگی تفاوتی وجود نداشت. نتایج رگرسیون چندمتغیره نیز نشان داد که ۲۰ درصد از واریانس کیفیت زندگی براساس متغیرهای مستقل، قابل پیش‌بینی است.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، امنیت اجتماعی

۱- استادیار، عضو هیأت علمی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور بوکان.

۲- کارشناس ارشد، گروه علوم اجتماعی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

کیفیت زندگی^۱ از جمله حوزه‌های بسیار پرمناقشه علوم انسانی و از جمله جامعه‌شناسی است زیرا در مورد تعریف چستی آن، مؤلفه‌هایی که آن را تشکیل می‌دهند و همچنین نحوه سنجش و اندازه‌گیری آن اختلاف نظرهای فراوان وجود دارد. با این حال، امروزه مفهوم کیفیت زندگی به یکی از مهمترین مفاهیم رشته‌های علوم اجتماعی و انسانی تبدیل شده است و در مباحث مربوط به توسعه اجتماعی- فرهنگی مخصوصاً توسعه پایدار بسیار مورد توجه قرار گرفته است. گسترش بی‌رویه شهرنشینی و ایجاد مشکلاتی مانند شلوغی و ازدحام، صنعت‌گرایی بسیاری از کشورها و به وجود آمدن مسائلی مانند تحلیل رفتن یا حتی تخریب منابع طبیعی و همچنین تشدید مسائل زیست محیطی، بسیاری از دولت‌های کشورهای جهان در حال توسعه را بر آن داشته که توجه بیشتری به مسئله کیفیت زندگی شهروندان خود داشته باشند (نیازی و دلال خراسانی، ۱۳۹۱). فرین^۲ (۲۰۰۸) کیفیت زندگی را برداشت افراد از موقعیت‌شان در زندگی با توجه به زمینه فرهنگی-ارزشی‌شان می‌داند (اوپن شاو^۳، ۲۰۱۱). مفهوم کیفیت زندگی در حوزه‌های مختلف، دارای معانی متفاوتی است، بسیاری از اقتصاددانان کیفیت زندگی را براساس درآمد سنجیده، در حالیکه نزد جامعه‌شناسان، این مفهوم نیازهای اساسی، زندگی رو به رشد و رضایت‌بخش، فقر و محرومیت اجتماعی، انسجام اجتماعی، نوع‌دوستی و از خودگذشتگی در میان جماعات را دربرمی‌گیرد (فیلیپس^۴، ۲۰۰۶). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (فایرز و ماشین^۵، ۲۰۱۳).

کیفیت زندگی یک مفهوم مستقیم و دقیق نیست، بنابراین نمی‌توان با بررسی یک جنبه از زندگی انسان به مفهوم کیفیت زندگی یا رضایت از آن رسید زیرا کیفیت زندگی به پیشینه اقتصادی و اجتماعی افراد و تجربیات زندگی‌شان بستگی دارد (بوند و کورنر^۶، ۱۳۸۹). کیفیت زندگی توسط نیروهای برون‌زاد، مصمم با توجه به یک فرد یا یک گروه اجتماعی، نیروهای مانند تکنولوژی تولید، زیرساخت‌ها، روابط با گروه‌های دیگر و یا کشور، نهادهای جامعه، محیط زیست طبیعی، و نیز عوامل درون‌زاد از جمله تعامل در جامعه و ارزش‌های یک فرد یا یک جامعه وابسته می‌شود (دس^۷، ۲۰۰۸).

برای دستیابی به هر یک از جنبه‌های کیفیت زندگی باید هزینه پرداخت کرد، این هزینه به عبارتی دیگر شامل سرمایه‌گذاری است. از مفهوم‌سازی بوردیو^۸ درباره سرمایه می‌توان گفت که سرمایه، یک دارایی است که می‌توان برای دستیابی به منافع مطلوب بهره برد و مجدداً آن را سرمایه‌گذاری کرد تا دوباره افزایش یابد. سرمایه‌های یک فرد در جامعه را می‌توان با الهام از دیدگاه بوردیو به چهار نوع تقسیم کرد: ۱. سرمایه اقتصادی^۹، ۲. سرمایه فرهنگی^{۱۰}، ۳. سرمایه اجتماعی^{۱۱}، ۴. سرمایه نمادین^{۱۲}. هر یک از این انواع سرمایه می‌تواند برای دستیابی به یکی از ابعاد و شاخص‌های کیفیت زندگی، به کار گرفته شود، اما در بین تمام این سرمایه‌ها، سرمایه اجتماعی از همه مهم‌تر است (وصالی و توکل، ۱۳۹۱). سرمایه اجتماعی به معنای روابط فرد در گروه‌های و شبکه‌های اجتماعی است و دسترسی افراد را به فرصت‌ها، اطلاعات، منابع مادی و موقعیت اجتماعی را می‌سازد (بوردیو، ۱۳۹۳). سوزا و لا بومیرسکی در نتیجه پژوهش‌های مختلف دریافته‌اند که روابط اجتماعی بالا به عنوان یکی از شاخص‌های اصلی سرمایه اجتماعی همبستگی بالایی با سطوح بالای کیفیت و رضایت از زندگی دارد. برای مثال شخصی که می‌تواند نام پنج نفر یا بیشتر را به عنوان دوستش ذکر کند، راضی‌تر از کسی است که دوستان چندانی ندارد (ابراهیمی و مالکی مقدم، ۱۳۹۹).

یکی از مواردی که در ارتباط با سرمایه اجتماعی می‌توان در نظر گرفت، حمایت اجتماعی^{۱۳} است. حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت و توجه و مساعدت اعضاء خانواده و دوستان و سایر افرادی می‌باشد که فرد از آن‌ها برخوردار است. دیلی و لندرز^{۱۴} (۲۰۰۵) نشان دادند که حمایت اجتماعی موجب فائق آمدن بر مشکلات زندگی زناشویی می‌شود و زوجینی که از حمایت اجتماعی برخوردارند رضایت بالاتری دارند. در تحقیق دیگری نشان داده شده که ابعاد مختلف حمایت اجتماعی، به ویژه حمایت احساسی، نقش محافظتی برای سلامت روانی و کیفیت زندگی دارند. حمایت احساسی و قابل لمس و مدت تماس اجتماعی، تأثیر تعدیل‌کننده‌ای روی فشارهای روانی دارد (لویس، ایرینا و کاترین^{۱۵}، ۲۰۰۹). حمایت اجتماعی و میزان آن تابع روابط اجتماعی

- 1 . Quality of Life (QOL)
- 2 . Frain
- 3 . Openshaw
- 4 . Philips
- 5 . Fayers & Machin
- 6 . Bonad & Corner
- 7 . Das
- 8 . Bourdieu
- 9 . Economic Capital
- 10 . Cultural Capital
- 11 . Social Capital
- 12 . Symbolic Capital
- 13 . Social Support
- 14 . Dehle & Landers
- 15 . Luis, Irina & Katherine

است، فرد در قالب پیوند با دیگران یا عضویت در گروه‌ها و اجتماعات دارد. بستری که این روابط را برای فرد فراهم می‌کند، جامعه است. جامعه زمینه‌سازی و بستر شکل‌گیری روابطی است که می‌تواند داشته باشد. لذا برای داشتن رابطه می‌باید با جامعه ارتباط برقرار کرد، یکی از طریق روابط اجتماعی با دیگران و دیگری از طریق عضویت اجتماعی در اجتماعات، که این دو نحوه ارتباط با جامعه، دامنه روابط اجتماعی فرد را برای بدست آوردن حمایت اجتماعی تعیین می‌کند. کاهش این دامنه، کاهش میزان حمایت اجتماعی را به دنبال دارد (چلبی، ۱۳۹۵). فلمینگ و باوم^۱ از نظریه‌پردازان مطرح دیدگاه مدل تأثیر مستقیم یا تأثیر عمده، معتقدند افرادی که از حمایت‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند از کیفیت زندگی و سلامت بالاتری برخوردار می‌باشند. درگیری افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های دوستی و خانوادگی و ارتباطات همسایگی منابع حمایتی را فراهم می‌نماید که افراد با جذب بیشتر در این شبکه‌ها از حمایت و متعاقب آن سلامت و کیفیت زندگی بهتری برخوردار می‌شوند (متظری، ۱۳۸۷).

همچنین امنیت نیز، از نیازها و انگیزه‌های اساسی انسان به شمار می‌رود و بدون شک می‌تواند یکی از عناصر کیفیت زندگی باشد. با زوال آن آرامش خاطر انسان از بین می‌رود و تشویش، اضطراب و ناآرامی جای آن را می‌گیرد. مرتفع شدن بسیاری از نیازهای آدمی، در گرو تأمین امنیت است (کاهه، ۱۳۸۴). امنیت اجتماعی از نظر بوزان^۲، به حفظ ویژگی‌هایی اشاره دارد که براساس آن، افراد خود را به عنوان عضو یک گروه اجتماعی قلمداد می‌کنند، یا به عبارتی، با جنبه‌هایی از زندگی فرد ارتباط پیدا می‌کنند، یا به عبارتی، با جنبه‌هایی از زندگی فرد ارتباط پیدا می‌کند که هویت گروهی او را شکل می‌دهد (نبوی، حسین‌زاده و حسینی، ۱۳۸۹). به نظر گیدنز، امنیت و اعتماد زمانی ضرورت پیدا می‌کند که ناشی از فاصله‌گیری روزافزون زمانی و فضایی، در جامعه مدرن باشیم و دیگر اطلاع کاملی از پدیده‌های اجتماعی نداشته باشیم (ریتزر و گودمن، ۱۳۹۳).

با مرور پیشینه پژوهش درخصوص موضوع مورد بررسی، مطالعه‌ای که کیفیت زندگی زنان شهر دیواندره و عوامل اجتماعی موثر بر آن را مورد مطالعه قرار داده باشد، یافت نشد. اما با توجه به پیشینه، به پژوهش‌هایی برخورداریم که متغیرهای موردنظر را به صورت جداگانه و یا دو به دو مورد مطالعه قرار داده‌اند. در اینجا به مهمترین پژوهش‌ها می‌پردازیم. بهمنی، گنجلی و خرازی نژاد (۱۴۰۱) به بررسی «رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر آبادان» پرداختند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد کیفیت زندگی مردان بیشتر از زنان، و اختلاف معنادار بوده است. میانگین نمره حمایت اجتماعی در هر سه بعد آن (حمایت خانواده، دوستان و آشنایان) در مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند بود. حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همبستگی معنادار و مستقیمی داشت. حمایت اجتماعی ۳۱/۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی سالمندان را پیش‌بینی می‌کند. همچنین شکرپور شفیعی، خلعتبری و قربان شیرودی (۱۴۰۱) پژوهشی با عنوان «پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی با نقش واسطه‌ای جرئت‌ورزی در زنان شاغل شهر تهران» انجام دادند که یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری به صورت غیر مستقیم (به واسطه جرات‌ورزی)، تاثیر مثبت و معناداری بر کیفیت زندگی زنان شاغل دارد. مختارپور و فرزانه (۱۴۰۰) در پژوهش خود با عنوان مدل‌سازی رابطه علت و معلولی سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی (مطالعه موردی: ساکنین منطقه ۲ شهر تهران) به این نتیجه رسیدند که بین تمام ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه معنادار و مستقیمی وجود دارد. به این معنی که تغییرات در میزان سرمایه اجتماعی باعث ایجاد نوسان در متغیر وابسته (کیفیت زندگی) خواهد بود. همچنین تازش و دیماد (۱۴۰۰) پژوهشی با عنوان ارتباط مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی یا کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شهر دوگنبدان انجام دادند که نتایج یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که کیفیت زندگی و سرمایه اجتماعی زنان سرپرست خانوار کاملاً به هم وابسته بوده و روی همدیگر اثر مثبت دارند و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر دوگنبدان در سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی عموم مردم این شهر قرار دارد و از طرفی دیگر سرمایه اجتماعی در این زنان نسبتاً پایین است. نتایج تحلیل داده‌های خامی، صفایی و مرادی شهساز (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی (مورد مطالعه: زنان ۲۵ تا ۶۵ ساله شهر تهران) نشان می‌دهد که هر شش فرضیه، رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی زنان شهر تهران را مثبت ارزیابی کرده‌اند؛ یعنی هرچه سرمایه‌ی اجتماعی زنان بیشتر باشد، کیفیت زندگی آنها افزایش می‌یابد. براساس تحلیل رگرسیونی نیز ابعاد سرمایه‌ی اجتماعی درون‌گروهی و سرمایه‌ی اجتماعی ساختاری، میزان کیفیت زندگی زنان شهر تهران را پیش‌بینی می‌کنند که با توجه به ضریب بتا، بعد سرمایه‌ی اجتماعی درون‌گروهی (۰/۳۸۱) و سپس بعد سرمایه‌ی اجتماعی ساختاری (۰/۱۷۹) بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی دارند. زدون-ریزوسکا، باسینسکی، ماچکوسیکز، پودولسکا، لندوسکا و والدن-گلاوژکو^۳ (۲۰۱۸)، پژوهشی با عنوان «ارتباط حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی»، انجام دادند که نتایج حاکی از آن است که در طول بستری شدن در بیمارستان، کیفیت زندگی بیمار با گذشت زمان به طور قابل توجهی بهبود می‌یابد. حمایت اجتماعی همبستگی مثبت و معناداری با کیفیت زندگی در اختلالات عاطفی دارد. لیگا، شپتکینا و زاخاروا^۴ (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان «رضایت از کیفیت زندگی به عنوان

1. Fleming & Baum
2. Buzan
3. Zdun-Ryżewska, Basiński, Majkiewicz, Podolska, Landowski & Walden-Gałuszko
4. Liga, Schetkina & Zakharova

شاخص امنیت اجتماعی» نشان دادند که اکثر پاسخ دهندگان سطح رضایت خود را متوسط ارزیابی کرده‌اند. این نتایج همچنین حاکی از آن است که جمعیت با ارزیابی سطح رضایت خود از زندگی، در زندگی متکی به خود هستند. این نتایج این امکان را فراهم کرده که بتوان گفت کیفیت بالای زندگی به سطح امنیت اجتماعی و اقدامات دولت در جهت ارتقای توان انسانی بستگی دارد. عنوان پژوهش وانگ، ژوو، یوان، کانگ و جیا^۱ (۲۰۱۵) «رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی: شواهد از یک مطالعه آینده نگر در بیماران چینی با سرطان مری» است. براساس نتایج پژوهش بالا رفتن سن، و وضعیت آموزش و پرورش از موارد پیش‌بینی‌کننده نمره کل حمایت اجتماعی است. همبستگی معنی‌داری بین کیفیت زندگی (هم از لحاظ فیزیکی و هم از نظر ذهنی) با ابعاد حمایت اجتماعی پیدا شد. لوبینگا، لوین، جنی، نگونزی، موکاسا-کیوونیک و همکاران^۲ (۲۰۱۳)، در مطالعه‌ای به بررسی «کیفیت زندگی و ارتباط آن با سلامت و حمایت اجتماعی در میان زنان غرب اوگاندا» پرداختند. نتایج مطالعه حاکی از آن است که زنان از مشکلات مراقبت‌های بعد از زایمان، درد و ناراحتی‌های زایمان، افسردگی و اضطراب بسیاری برخوردارند. بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی آنان رابطه معناداری وجود دارد.

ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی نیز از طریق برابری فرصت‌ها و امکانات دستیابی به آموزش و اشتغال، تعادل بین مناطق استان‌ها، توزیع عادلانه درآمد، افزایش تأمین نیازهای اساسی مردم، حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه، عادلانه ساختن ضریب دسترسی به خدمات سلامت برحسب جنسیت، اقوام، گروه‌های اجتماعی و مناطق جغرافیایی و پایداری فرایند تأمین منابع و مشارکت عادلانه مردم در تأمین سلامت مدنظر است (غفاری و امیدی، ۱۳۹۰). گسترش بی‌رویه شهرنشینی و ایجاد مشکلاتی مانند شلوغی و ازدحام، صنعت‌گرایی بسیاری از کشورها و به وجود آمدن مسائلی مانند تحلیل رفتن یا حتی تخریب منابع طبیعی و همچنین تشدید مسائل زیست محیطی، بسیاری از دولت‌های کشورهای جهان در حال توسعه را بر آن داشته که توجه بیشتری به مسئله کیفیت زندگی شهروندان خود داشته باشند. در این میان زنان به عنوان بزرگترین گروه اجتماعی در هر جامعه‌ای به دلایل مختلفی در معرض آسیب‌پذیری هستند. به همین دلیل لازم و ضروری است که کیفیت زندگی آن‌ها در جوامع مختلف مورد بررسی قرار گیرد.

مهمترین نیاز امروز زنان برای گسترش فعالیت‌های اجتماعی آنها، ایجاد امنیت است و هر چه حضور زنان در عرصه‌های مختلف جدی‌تر و پررنگ‌تر باشد، امنیت آنها بیشتر خواهد شد و مسلماً بر کیفیت زندگی آنها نیز تأثیرگذار است. با گسترش جوامع، پدیده‌هایی اعم از افزایش تورم و هزینه‌های بالای زندگی، فقر، گرانی مسکن و عواملی نظیر آن، مسائل اجتماعی زنان و زمینه‌های ناهنجاری اجتماعی آنان را فراهم می‌کند و این امر موجب احساس ناامنی و فقدان مشارکت زنان در عرصه‌های مختلف اجتماعی می‌گردد (نیازی، شقایب مقدم و شادفر، ۱۳۹۰).

با این رویکرد این پژوهش درصدد است موضوع کیفیت زندگی زنان را در یکی از شهرهای استان کردستان یعنی شهر دیواندره مورد مطالعه قرار دهد. جمعیت کل شهرستان دیواندره براساس آمار منتشر شده در آبان ماه سال ۱۳۹۰، ۸۱۹۶۳ نفر می‌باشد که از این بین ۴۰۸۷۰ نفر را زنان تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران، اداره کل ثبت احوال استان کردستان، ۱۳۹۲). دیواندره جزء شهرستان‌های کم‌توسعه و مهاجرپذیر استان کردستان است، که بخش اعظم این مهاجرت‌ها از مناطق روستایی اطراف صورت گرفته است. به همین دلیل مهاجرپذیری و کم‌توسعه‌یافتگی از جمله مسائلی است که می‌تواند بر کیفیت زندگی ساکنان آن تأثیرگذار باشد. همچنین با توجه به پایین بودن شاخص تولید سرانه، این شهرستان نیز با درآمد ناخالص خانوارها و نیز مابه‌التفاوت میان درآمد و هزینه ناخالص خانواده‌ها روبه‌رو بوده، که خود منجر به پایین بودن سطح کیفیت زندگی خانواده‌ها و عدم رضایت از زندگی‌شان می‌شود. بنابراین اهمیت این پژوهش برای یافتن عوامل موثر جهت بالا بردن کیفیت زندگی و هدایت زنان به سوی موفقیت و پیشرفت و بهبود در مسیر زندگی‌شان کاملاً مشهود است. با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی با بررسی عوامل اجتماعی بر کیفیت زندگی در شهرستان دیواندره صورت نگرفته است، ضرورت انجام این پژوهش را بیشتر نشان می‌دهد. بر همین اساس این پژوهش درصدد پاسخی برای این سوال است که کیفیت زندگی زنان شهر دیواندره در چه سطحی است و با چه عوامل اجتماعی در ارتباط است؟

۲- روش شناسی

پژوهش حاضر از نظر روش، توصیفی-همبستگی و اطلاعات موردنیاز آن به شیوه‌ی «پیمایشی» گردآوری شد. این پژوهش از نوع پژوهش‌های کمی، و از نظر زمانی، جزء پژوهش‌های مقطعی و از لحاظ معیار کاربرد، جزء پژوهش‌های کاربردی است. جامعه آماری شامل تمامی زنان ۱۵ تا ۵۰ سال شهر دیواندره است که در سال ۱۳۹۵ در این شهر سکونت داشتند. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ (آبان ماه)، کل جمعیت شهر دیواندره ۲۶۶۵۴ نفر بود که از این تعداد، ۸۹۳۵ زن در رده سنی ۱۵ تا ۵۰ سال قرار داشت.

1 . Wang, Zhu, Yuan, Kang & Jia

2 . Lubinga, Levine, Jenny, Ngonzi & Mukasa-Kivunike

با استفاده از فرمول کوکران و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۳۳۰ نفر (با سطح خطای ۵ درصد) به عنوان حجم نمونه انتخاب، نیز برای انتخاب حجم نمونه استفاده شد. جهت جلوگیری از افت در حجم نمونه، این تعداد به ۳۶۰ نفر ارتقاء پیدا کرد. براساس روش تحلیل خوشه‌ای، شهر دیواندره به ۳ دسته خوشه‌ای با امکانات توسعه‌ای و وضعیت اقتصادی و اجتماعی بالا، متوسط و پایین دسته‌بندی شد. بعد از تعیین سه خوشه‌ی یاد شده، از درون هر خوشه ۱۱۰ نفر به عنوان حجم نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی که شامل یک پرسشنامه اطلاعات شخصی، سه پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (SF-36)، سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن (۲۰۰۰) و حمایت اجتماعی عاطفی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۹۸) و یک پرسشنامه محقق ساخته امنیت اجتماعی استفاده شد. روایی محتوایی پرسشنامه‌ها توسط استاد راهنما و متخصصان این حوزه، تأیید و پایایی آنها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای پرسشنامه کیفیت زندگی ۰/۷۴۹، پرسشنامه سرمایه اجتماعی ۰/۶۷۸ و پرسشنامه حمایت اجتماعی عاطفی ادراک شده (بعد خانواده: ۰/۹۰۲، بعد دوستان: ۰/۸۵۰ و بعد دیگران مهم: ۰/۹۲۹) می‌باشد که حاکی از آن است تمامی سوالات پرسشنامه‌ها دارای همبستگی درونی بوده، و در نتیجه پرسش‌ها همگن می‌باشند. پردازش داده‌های آماری از طریق نرم‌افزار آماری SPSS، در دو بخش توصیفی (فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون کروسکال والیس) انجام شد.

۳- نتایج پژوهش

در این قسمت ابتدا نتایج آمار توصیفی پژوهش ارائه و در قسمت دوم نتایج آمار استنباطی ارائه می‌شود.

جدول ۱. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک

| درصد | فراوانی | | |
|------|---------|-----------------------|---------------------|
| ۷/۹ | ۲۶ | سال ۱۹-۱۵ | وضعیت سن |
| ۳۹/۷ | ۱۳۱ | سال ۲۰ تا ۲۹ | |
| ۳۷ | ۱۲۲ | سال ۳۰ تا ۳۹ | |
| ۱۵/۵ | ۵۱ | سال ۴۰ تا ۵۰ | |
| ۱۴/۸ | ۲۶ | شاغل آزاد | وضعیت اشتغال |
| ۱۳/۹ | ۴۶ | شاغل دولتی | |
| ۱۴/۸ | ۴۹ | بیکار در جستجوی کار | |
| ۵۶/۴ | ۱۸۹ | خانه دار | |
| ۹/۷ | ۳۲ | بی سواد | وضعیت تحصیلات |
| ۱۷/۶ | ۵۸ | ابتدایی | |
| ۱۳/۶ | ۴۵ | راهنمایی | |
| ۶/۱ | ۲۰ | دبیرستان | |
| ۲۳/۳ | ۷۷ | دیپلم | |
| ۷/۶ | ۲۵ | فوق دیپلم | |
| ۱۹/۱ | ۶۳ | لیسانس | |
| ۳/۰ | ۱۰ | فوق لیسانس و بالاتر | وضعیت تاهل |
| ۲۳/۶ | ۷۸ | مجرد | |
| ۷۰/۶ | ۲۳۳ | متاهل | |
| ۲/۱ | ۷ | مطلقه | |
| ۳/۶ | ۱۲ | بیوه | |
| ۱۹/۱ | ۶۳ | بدون فرزند | وضعیت تعداد فرزندان |
| ۱۶/۴ | ۵۴ | ۱ فرزند | |
| ۲۰/۹ | ۶۹ | ۲ فرزند | |
| ۱۱/۲ | ۳۷ | ۳ فرزند | |
| ۵/۵ | ۱۸ | ۴ و ۵ فرزند | |
| ۰/۶ | ۲ | ۶ فرزند و بیشتر | |
| ۴۲/۷ | ۱۴۱ | ۸۰۰ هزار تومان و کمتر | |

| درصد | فراوانی | | |
|------|---------|--|------------------------------|
| ۲۱/۲ | ۷۰ | ۸۰۰ هزار تومان تا ۱,۳۰۰,۰۰۰ تومان | درآمد خانواده |
| ۱۸/۸ | ۶۲ | ۱,۳۰۰,۰۰۰ هزار تومان تا ۲ میلیون تومان | |
| ۱۲/۷ | ۴۲ | ۲ تا ۳ میلیون | |
| ۴/۵ | ۱۵ | ۳ تا ۴ میلیون | |
| ۳۷/۳ | ۱۲۳ | حاشیه شهر و محلات فقیرنشین | وضعیت محله و منطقه محل سکونت |
| ۳۸/۸ | ۱۲۸ | مرکز شهر و محلات متوسط نشین | |
| ۲۳/۹ | ۷۹ | محلات بالا شهر و مرفه نشین | |
| ۷۹/۴ | ۲۶۲ | دره‌مین شهر (دیواندره) | محل سکونت در ده سال گذشته |
| ۲۰/۶ | ۶۸ | درروستا | |

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیرها | میانگین | انحراف معیار |
|-------------------------|------------------|--------------|
| کیفیت زندگی | ۷۳/۴۱۸۲ | ۱۲/۸۶۷۱۴ |
| سرمایه اجتماعی | ۴۷/۹۵۷۶ | ۸/۱۳۵۱۴ |
| حمایت اجتماعی | حمایت خانواده | ۱۷/۰۴۵۵ |
| | حمایت دوستان | ۱۳/۷۲۷۳ |
| | حمایت دیگران مهم | ۱۵/۷۷۸۸ |
| امنیت اجتماعی ادراک شده | ۴۴/۳۴۵۵ | ۸/۴۶۶۷۴ |

براساس جدول ۲، میانگین کیفیت زندگی (۷۳/۴۱) درصد) و امنیت اجتماعی ادراک شده (۴۴/۳۴) بوده که حاکی از آن است که وضعیت زنان از این حیث در حد متوسطی است. میانگین سرمایه اجتماعی (۴۷/۹۵) حاکی از کم و پایین بودن این متغیر است. همچنین میانگین حمایت اجتماعی در بعد خانواده (۱۷/۰۴) و بعد دیگران مهم (۱۵/۷۷) نشان می‌دهد این ابعاد در زنان در حد بالا و در بعد حمایت دوستان (میانگین: ۱۳/۷۲) در حد متوسطی است.

بعد از توصیف پاسخ‌های به دست آمده از جامعه آماری در این بخش به بررسی فرضیه‌های مطرح شده و آزمون آماری مورد استفاده در پژوهش پرداخته شد. در ابتدا جهت نرمال بودن توزیع داده‌های جمع‌آوری شده و مشخص شدن استفاده از آزمون‌های پارامتریک (در صورت نرمال بودن) یا آزمون‌های ناپارامتریک (در صورت غیرنرمال بودن)، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (K-S) استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که سطوح معنی‌داری حاصل شده برای متغیرهای کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی کمتر از (۰/۰۵) بوده و داده‌ها نرمال نبودند، در نتیجه از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده شد.

آزمون فرضیه‌های پژوهش

۱. به نظر می‌رسد بین میزان سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی زنان شهرستان دیواندره رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جهت تعیین رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی زنان از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. با توجه به یافته‌های جدول ۳، آزمون همبستگی اسپیرمن نشان می‌دهد که همبستگی مثبت و معناداری بین سرمایه اجتماعی (۰/۰۱) و کیفیت زندگی وجود دارد. همچنین همبستگی مثبت و معنی‌داری بین ابعاد روابط اجتماعی با خانواده و دوستان (۰/۰۱)، احساس اعتماد و امنیت (۰/۰۱) و ارزشمندی و مفید بودن زندگی (۰/۰۱) با کیفیت زندگی زنان وجود دارد. بین ابعاد مشارکت محلی، روابط همسایگی، فعال بودن در متن اجتماع و مدارای فرهنگی با کیفیت زندگی، همبستگی مشاهده نشد.

جدول ۳. آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن جهت رابطه سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی زنان

| ابعاد سرمایه اجتماعی | | | | | | | | شدت همبستگی | کیفیت زندگی |
|----------------------------|---------------|----------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------|-------------|----------------|--------------|-------------|
| ارزشمندی و مفید بودن زندگی | مدارای فرهنگی | احساس اعتماد و امنیت | فعال بودن در متن اجتماعی | روابط اجتماعی با خانواده و دوستان | روابط همسایگی | مشارکت محلی | سرمایه اجتماعی | | |
| ** ۰/۵۴۳ | ۰/۰۸۶ | ** ۰/۲۵۳ | ۰/۰۵۰ | ** ۰/۱۴۳ | ۰/۰۹۷ | ۰/۰۶۰ | ** ۰/۲۷۲ | سطح معناداری | |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۱۱۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۶۵ | ۰/۰۰۹ | ۰/۰۷۸ | ۰/۲۷۹ | ۰/۰۰۰ | تعداد | |
| ۳۳۰ | ۳۳۰ | ۳۳۰ | ۳۳۰ | ۳۳۰ | ۳۳۰ | ۳۳۰ | ۳۳۰ | | |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

۲. به نظر می‌رسد بین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی زنان شهرستان دیواندره رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴. آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن جهت رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی زنان

| ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده | | | حمایت اجتماعی ادراک شده | شدت همبستگی | کیفیت زندگی |
|-------------------------------|---------|----------|-------------------------|--------------|-------------|
| دیگران مهم | دوستان | خانواده | | | |
| ** ۰/۱۹۰ | * ۰/۱۳۹ | ** ۰/۲۶۰ | ** ۰/۲۱۸ | سطح معناداری | |
| ۰/۰۰۱ | ۰/۰۱۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | تعداد | |
| ۳۳۰ | ۳۳۰ | ۳۳۰ | ۳۳۰ | | |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

برای تعیین رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی زنان از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده ($P \leq 0/01$) و کیفیت زندگی زنان همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به یافته‌های جدول ۴، آزمون همبستگی اسپیرمن نشان می‌دهد که بین تمامی ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی زنان رابطه معنی‌داری وجود دارد. براین اساس همبستگی مثبت و معنی‌داری بین حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده ($P \leq 0/01$)، دوستان ($P \leq 0/05$) و دیگران مهم ($P \leq 0/01$) با کیفیت زندگی زنان مشاهده می‌شود.

۳. به نظر می‌رسد بین میزان امنیت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی زنان شهرستان دیواندره رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۵. آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن جهت رابطه میزان امنیت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی زنان

| میزان امنیت اجتماعی | شدت همبستگی | کیفیت زندگی |
|---------------------|-------------|-------------|
| ** ۰/۲۲۵ | | |
| ۰/۰۰۰ | تعداد | |
| ۳۳۰ | | |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

به منظور بررسی رابطه بین امنیت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. یافته‌های پژوهشی در جدول ۵، حاکی از این است که بین نمرات کیفیت زندگی با امنیت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. براین اساس همبستگی مثبت معنی‌داری بین میزان امنیت اجتماعی ($P \leq 0/01$) با کیفیت زندگی زنان مشاهده می‌شود.

۴. به نظر می‌رسد بین عوامل جمعیت‌شناختی (وضعیت تأهل (مجرد/ متأهل/ مطلقه/ بیوه)، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، درآمد خانواده، منطقه محل سکونت در شهر (حاشیه‌نشین/ مرکز‌نشین/ مرفه‌نشین) و وضعیت تعلق (بومی/ مهاجر از روستا به شهر)) با کیفیت زندگی زنان شهر دیواندره تفاوت وجود دارد.

جدول ۶. آزمون کروسکال والیس، میانگین رتبه در هر گروه، تفاوت عوامل جمعیت‌شناختی با کیفیت زندگی زنان

| سطح معناداری | مجذور کای دو | تعداد | میانگین رتبه در هر گروه | وضعیت تأهل | |
|--------------|--------------|-------|-------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| ۰/۰۴۷ | ۷/۹۴۵ | ۳۳۰ | ۱۷۶/۴۴ | مجرد | وضعیت تأهل |
| | | | ۱۶۶/۲۷ | متأهل | |
| | | | ۱۳۵/۴۱ | مطلقه | |
| | | | ۹۶/۸۳ | بیوه | |
| ۰/۰۰۴ | ۲۱/۱۲۲ | ۳۳۰ | ۲۰۱/۰۵ | فوق لیسانس و بالاتر | میزان تحصیلات |
| | | | ۱۹۵/۹۲ | لیسانس | |
| | | | ۱۸۴/۱۶ | فوق دیپلم | |
| | | | ۱۸۳/۳۲ | دیپلم | |
| | | | ۱۶۹/۳۳ | دبیرستان | |
| | | | ۱۵۰/۰۳ | راهنمایی | |
| | | | ۱۴۵/۲۰ | بی‌سواد | |
| | | | ۱۳۲/۰۳ | ابتدایی | |
| ۰/۰۴۸ | ۷/۶۳۸ | ۳۳۰ | ۱۹۷/۹۲ | شاغل دولتی | وضعیت اشتغال |
| | | | ۱۷۱/۵۰ | شاغل آزاد | |
| | | | ۱۶۰/۴۵ | خانه دار | |
| | | | ۱۴۸/۲۳ | بیکار در جستجوی کار | |
| ۰/۴۲۱ | ۳/۸۸۹ | ۱۸۰ | — | — | تعداد فرزندان |
| ۰/۰۰۱ | ۱۸/۴۲۶ | ۳۳۰ | ۲۳۹/۲۰ | ۵,۰۰۰,۰۰۰ تومان و بیشتر | درآمد خانواده |
| | | | ۱۹۷/۹۹ | ۳,۵۰۰,۰۰۰ تومان الی ۵,۰۰۰,۰۰۰ تومان | |
| | | | ۱۶۶/۰۱ | ۲,۰۰۰,۰۰۰ تومان الی ۳,۵۰۰,۰۰۰ تومان | |
| | | | ۱۶۴/۴۱ | ۱,۰۰۱,۰۰۰ تومان الی ۲,۰۰۰,۰۰۰ تومان | |
| | | | ۱۴۸/۳۰ | ۱ میلیون تومان و کمتر از آن | |
| ۰/۰۰۰ | ۱۹/۲۸۸ | ۳۳۰ | ۲۰۳/۶۹ | محلات مرفه نشین | منطقه محل سکونت |
| | | | ۱۶۳/۰۶ | مرکز شهر و محلات متوسط نشین | |
| | | | ۱۴۳/۵۱ | حاشیه شهر و محلات فقیرنشین | |
| ۰/۰۷۶ | ۳/۱۴۱ | ۳۳۰ | — | — | وضعیت تعلق در ده سال قبل تا کنون |

نتایج بخش استنباطی در جدول ۶ نشان می‌دهد که:

بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری وجود دارد. ابعاد روابط اجتماعی با خانواده و دوستان ($p \leq 0/01$)، احساس اعتماد و امنیت ($p \leq 0/01$) و ارزشمندی و مفید بودن زندگی ($p \leq 0/01$) با کیفیت زندگی زنان رابطه مثبت و مستقیمی دارند دارد. بین ابعاد مشارکت محلی، روابط همسایگی، فعال بودن در متن اجتماع و مدارای فرهنگی با کیفیت زندگی، همبستگی

وجود ندارد. بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد آن (خانواده، دوستان، دیگران مهم) با کیفیت زندگی زنان رابطه معنی‌داری وجود دارد. بین میزان امنیت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی زنان رابطه معنی‌داری وجود دارد. بین وضعیت تأهل (مجرد/ متأهل/مطلقه/ بیوه) با کیفیت زندگی زنان تفاوت منفی معنی‌داری وجود دارد. بین میزان تحصیلات با کیفیت زندگی زنان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. زنان با مدرک فوق لیسانس و بالاتر از آن کیفیت زندگی بهتر و زنان ابتدایی و بی‌سواد، کمترین کیفیت زندگی را دارا می‌باشند. بین وضعیت اشتغال با کیفیت زندگی زنان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. زنان شاغل در ادارات دولتی دارای کیفیت زندگی بالاتر و زنان بیکار در جستجوی کار کمترین کیفیت زندگی را دارند. بین تعداد فرزندان با کیفیت زندگی زنان تفاوتی وجود ندارد. بین درآمد خانواده با کیفیت زندگی زنان تفاوت وجود دارد. بین منطقه محل سکونت در شهر (حاشیه نشین/ مرکز نشین/مرفه نشین) با کیفیت زندگی زنان تفاوت وجود دارد اما بین وضعیت تعلق (بومی/ مهاجر از روستا به شهر) با کیفیت زندگی زنان تفاوتی وجود ندارد.

جدول ۷. نتایج تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس متغیرهای پژوهش

| مدل | R | R ² | R تعدیل شده | F | سطح معناداری |
|--|-------------------------|----------------|-------------|-------|--------------|
| ۱ | ۰/۴۴۹ | ۰/۲۰۲ | ۰/۱۷۹ | ۸/۹۸۰ | p<۰/۰۱ |
| ضرایب بتا و آزمون معناداری t برای متغیرهای پیش بین | | | | | |
| متغیر | متغیرهای پیش بین | B | STE | β | T |
| ملاک | مقدار ثابت | ۵۳/۵۰۸ | ۷/۵۰۳ | | ۷/۱۳۲ |
| کیفیت زندگی | سرمایه اجتماعی | ۰/۳۲۹ | ۰/۰۸۶ | ۰/۲۰۸ | ۳/۸۰۳ |
| | حمایت اجتماعی ادراک شده | ۰/۱۸۴ | ۰/۰۷۸ | ۰/۱۲۷ | ۲/۳۶۰ |
| | امنیت اجتماعی ادراک شده | ۰/۳۳۱ | ۰/۰۸۰ | ۰/۱۵۲ | ۲/۸۹۷ |
| | وضعیت اشتغال | ۰/۱۸۴ | ۰/۶۵۵ | ۰/۰۱۶ | ۰/۲۸۱ |
| | وضعیت تحصیلات | ۰/۷۲۸ | ۰/۳۸۵ | ۰/۱۱۸ | ۱/۸۹۰ |
| | وضعیت تأهل | ۱/۵۲۸ | ۱/۰۶۶ | ۰/۰۷۴ | ۱/۴۴۳ |
| | درآمد | ۰/۷۰۵ | ۰/۶۵۳ | ۰/۰۶۷ | ۱/۰۸۰ |
| | محل و منطقه سکونت | ۲/۲۷۰ | ۱/۰۷۱ | ۰/۱۳۶ | ۲/۱۲۰ |
| | محل زندگی در ده سال قبل | ۰/۶۴۶ | ۱/۶۵۴ | ۰/۰۲۰ | ۰/۳۹۱ |
| | سطح معناداری | | | | |

تحلیل رگرسیون چندمتغیره برای مطالعه تأثیرات چند متغیر مستقل در متغیر وابسته کاملاً مناسب است. در جدول ۷، همانگونه که نشان داده شده است به تعیین این موضوع پرداخته شده که متغیرهای مستقل تا چه اندازه توانسته‌اند کیفیت زندگی زنان را تبیین کنند و ضریب تأثیر کدام یک از آنها بیشتر است. براین اساس نتایج حاکی از آن است که تقریباً ۲۰ درصد از واریانس کیفیت زندگی براساس متغیرهای مستقل پژوهش قابل پیش‌بینی است. نسبت F نیز بیانگر این است که رگرسیون متغیر کیفیت زندگی براساس متغیرها معنادار می‌باشد. سرمایه اجتماعی با بتای ۰/۲۰۸ (p<۰/۰۵، t=۳/۸۰۳)، حمایت اجتماعی ادراک شده با بتای ۰/۱۲۷ (p<۰/۰۵، t=۲/۳۶۰)، امنیت اجتماعی با بتای ۰/۱۵۲ (p<۰/۰۵، t=۲/۸۹۷) و محل و منطقه سکونت با بتای ۰/۱۳۶ (p<۰/۰۵، t=۲/۱۲۰)، به طور مثبتی معناداری قدرت پیش‌بینی کیفیت زندگی را دارند. همچنین بتاهای به دست آمده نشان می‌دهند که امنیت اجتماعی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری دارد.

۴- نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی مطالعه عوامل اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی زنان شهر دیواندره بود. با توجه به نتایج به دست آمده، بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی زنان رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین ابعاد روابط اجتماعی با خانواده و دوستان، احساس اعتماد و امنیت، و ارزشمندی و مفید بودن زندگی با کیفیت زندگی زنان وجود دارد. هر چه میزان این ابعاد، در زندگی زنان بیشتر باشد، کیفیت زندگی آنان نیز بیشتر و بهتر می‌شود. درخصوص سرمایه اجتماعی، نتیجه حاصل شده با نتایج مختارپور و فرزانه (۱۴۰۰)، تازش و دیماد (۱۴۰۰) و خادمی و همکاران (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. براین اساس سطح بالای سرمایه اجتماعی به سطح بالایی از کیفیت زندگی می‌انجامد. سرمایه اجتماعی از جمله تأثیرگذارترین مفاهیم در حوزه‌های جامعه بوده، به گونه‌ای که برخی آن را حلقه مفقوده توسعه می‌دانند. کیفیت زندگی نیز که منعکس‌کننده‌ی شرایط زندگی و رفاه افراد است، انعکاسی از سرمایه اجتماعی و مولفه‌های آن می‌باشد. سابقه مطالعات ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت و کیفیت زندگی به

یک قرن پیش باز می‌گردد و در کار دورکیم بر روی خودکشی، می‌توان آن را مشاهده کرد (هالپرن^۱، ۲۰۰۵). سرمایه اجتماعی درمانی است برای پیامدهای زیانبار ناشی از نبود یکپارچگی اجتماعی و زوال انسجام اجتماعی. سرمایه اجتماعی راهی است برای تقویت همکاری، دستیابی به رشد و توسعه اقتصادی، ارتقای سطح بهداشت، توسعه فناوری، کاهش فقر، ادغام اجتماعی و کاهش جرم (زکی، ۱۳۹۴). براین اساس می‌توان گفت که بین میزان بالایی از سرمایه اجتماعی با خوشبختی، سلامتی، زندگی طولانی‌تر و سالم، و در نهایت کیفیت زندگی رابطه‌ی مستقیمی وجود دارد، بنابراین برای متعادل‌تر کردن توزیع کیفیت زندگی زنان شهر دیواندره، باید بر تقویت سرمایه اجتماعی زنان تأکید کرد. به عبارتی، برای بهبود کیفیت زندگی، باید سرمایه اجتماعی زنان افزایش یابد.

همچنین نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد آن (خانواده، دوستان و دیگران مهم) با کیفیت زندگی زنان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارتی هر چه میزان حمایت از سوی خانواده، دوستان و دیگران مهم بیشتر و بیشتر شود، در نتیجه کیفیت زندگی زنان نیز بهتر می‌شود. نتایج این پژوهش، با نتایج پژوهش‌های بهمئی و همکاران (۱۴۰۱)، شکرپور شفیعی و همکاران (۱۴۰۱)، زدون-ریزوسکا و همکاران (۲۰۱۸)، وانگ و همکاران (۲۰۱۵) و لوبینگا و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین نتیجه فوق می‌توان گفت که مزلو^۲، حمایت اجتماعی را یک نیاز اساسی برای رشد هر فردی می‌داند. حمایت اجتماعی، احساس پذیرفته شده و مورد علاقه قرار گرفتن، تلقی می‌شود. حمایت اجتماعی افراد را برای مقابله با مشکلات آماده کرده، و منجر به تقویت رفتارهای سازگارانه در فرد می‌شود (قمری، رضاخانی و ملالو، ۱۳۹۳). حمایت اجتماعی ادراک شده، بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی، و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد و به عنوان یک عامل تعدیل-کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته شده است. این متغیر منجر می‌شود که فرد احساس امنیت، دوست داشته شدن، عزت نفس، ارزشمند و مهم بودن، کند و احساس کند در یک شبکه‌ی وسیع ارتباطی قرار دارد که می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا و شرایط سخت زندگی، به خوبی مقابله نماید.

در خصوص رابطه بین میزان امنیت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی زنان، با توجه به نتایج به دست آمده رابطه‌ی مثبت، مستقیم و معنی‌دار بین این دو متغیر حاصل شد. به این معنی که هر چه میزان امنیت اجتماعی ادراک شده بالاتر باشد، زنان از کیفیت زندگی بیشتری برخوردار هستند که نتایج پژوهش در این بخش، با نتایج پژوهش لیگا و همکاران (۲۰۱۸) همخوانی دارد. برطرف کردن بسیاری از نیازهای آدمی در گرو تأمین امنیت است. در جامعه‌ای که افراد آن، امنیت اجتماعی بهتری را تجربه می‌کنند، گسترده‌ترین تعاملات بین افراد به دلیل احساس امنیتی که وجود دارد گسترش یافته و این خود زمینه دستیابی بهتر به منابع مختلف حمایتی را برای شخص فراهم می‌کند. منابع حمایتی که می‌تواند در مقابله با مشکلات و دشواری‌های زندگی، فرد را یاری داده و عبور از مراحل بحرانی را برای شخص هموارتر کنند. جامعه‌ای با میزان امنیت اجتماعی کمتر، استرس و فشار بیشتری را به افراد علی‌الخصوص زنان، که دارای روحیات حساس و عواطف بیشتری هستند، تحمیل می‌کند که این امر می‌تواند عاملی باشد در جهت پایین آمدن کارایی جسمی و روانی افراد، چرا که تجربه محیطی مملو از استرس باعث فرسودگی، ناامیدی و کاهش و از بین رفتن نیروی روانی و جسمانی افراد می‌گردد.

نتایج تفاوت بین ویژگی‌های دموگرافیک با کیفیت زندگی زنان نشان داد که بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی زنان، تفاوت معنی‌دار وجود دارد، دختران مجرد، نسبت به زنان متأهل و بخصوص مطلقه و بیوه، از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. این یافته همراستا با نتیجه پژوهش حقیقتیان (۱۳۹۳) است. نتایج این پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که وضعیت تأهل افراد، بر کیفیت زندگی زنان تأثیرگذار است. می‌توان گفت که افراد مجرد از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به متأهلان برخوردار بوده، ممکن است پایین بودن کیفیت زندگی زنان متأهل به علت مشکلاتی باشد که به واسطه‌ی فشار مسئولیت‌ها و هماهنگ کردن انتظارات نقش‌های شغلی و خانوادگی با آن مواجه هستند. همچنین بین میزان تحصیلات زنان و کیفیت زندگی آنان تفاوت معنی‌داری وجود داشت. براین اساس، هر چه میزان تحصیلات زنان بالاتر باشد، متعاقباً کیفیت زندگی آنان نیز بهتر است. احتمال دارد این امر از آنجا ناشی شده باشد که به موازات افزایش تحصیلات، ارزیابی از دستاوردهای شخصی، قضاوت درباره‌ی شرایط اجتماعی و همچنین معیارهای موردنظر برای تعریف زندگی مطلوب، افزایش یابد. از این‌رو، تحقق احساس سعادت‌مندی و خشنودی که یک بعد مهم کیفیت زندگی است، نسبت به فردی که از تحصیلات کمتری برخوردار است، برای فرد تحصیل کرده دست یافتنی‌تر می‌شود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های قادری و تقوی (۱۳۹۴) و میرزایی و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد. می‌توان گفت که دانش آموختن، به دلیل فراگیری علمی در زمینه‌های گوناگون و کسب آگاهی‌های بیشتر، دارای این خصوصیت است که فرد را از انجام و یا بروز رفتارهای نامناسب باز می‌دارد و علاوه بر این، تعیین‌کننده جایگاه فرد در جامعه است. با توجه به نقش تحصیلات در زندگی فردی، محققان دریافته‌اند سطح تحصیلات می‌تواند در زندگی همسران نیز تأثیرگذار باشد. بنابراین زنانی که بی‌سواد می‌باشند یا دارای تحصیلات کمتری هستند، به دلیل اینکه قادر به خواندن و نوشتن نیستند، نسبت به زنان تحصیل کرده بیشتر لطمه می‌بینند. داشتن

1 . Halpern
2 . Maslow

سواد که جزء سرمایه فرهنگی محسوب می‌شود، در زندگی اکثر زنان، نقش مهمی دارد. زنان بی‌سواد، در صورتی که در زندگی مشترکشان مشکلات زیادی را متحمل شوند، نمی‌توانند طلاق بگیرند، و قادر به پیدا کردن حمایتی خارج از چارچوب خانواده خود نیستند و به این خاطر اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهند. در حقیقت افزایش تحصیلات در زنان مهارت‌های آنان در زمینه بهبود کیفیت زندگی را تقویت کرده و استقلال و هویت اجتماعی آنان را افزایش می‌دهد. براساس نتایج حاصله بین وضعیت اشتغال با کیفیت زندگی زنان، تفاوت وجود دارد. بدین معنا که زنان شاغل (دولتی یا آزاد) از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان خانه‌دار و بیکار برخوردارند. این نتیجه با یافته‌های پژوهش میرزایی و همکاران (۱۳۹۳) و باریشین و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد. اشتغال، سطح توانمندی زنان را ارتقاء می‌بخشد. توانمندسازی شامل افزایش توانایی شناختی، افزایش توانایی عاطفی و افزایش توانایی رفتارهای مبتنی بر شناخت و عواطف است (البرزی و خیر، ۲۰۰۸). از سویی شاغل بودن زنان در یک محیط اجتماعی، به طور کلی زمینه‌ی همکاری میان اعضای آن مجموعه را فراهم می‌سازد. از سوی دیگر اشتغال و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، راه فرار از دغدغه‌ها و مشکلات منزل و یک نوع سرگرمی و تنوع در زندگی می‌باشد که منجر به افزایش قدرت برنامه‌ریزی زنان شاغل شده و یک نوع رضایتمندی روانی برای فرد می‌باشد. اشتغال تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی دارد. کیفیت زندگی معادل توانایی فرد برای محقق ساختن برنامه‌ها یا طرح‌های موردنظرش است. با توجه به اینکه دستیابی به بعضی از آرزوها و امیال در زنان، همراه با داشتن سرمایه و پول به اندازه‌ی کافی است، لذا داشتن شغل، رسیدن به این اهداف را ممکن می‌سازد. در نتیجه دستیابی به اهداف، رضایت خاطر فرد از وضعیت زندگی خود را دربرخواهد داشت. درخصوص تفاوت بین تعداد فرزندان با کیفیت زندگی زنان، نتایج نشان داد که بین تعداد فرزندان با کیفیت زندگی زنان (زنانی که ازدواج کرده‌اند و دارای فرزند می‌باشند) تفاوتی وجود ندارد. این یافته حاکی از آن است که تعداد فرزندان بیشتر یا کمتر، تأثیری بر کیفیت زندگی زنان ندارد، هر چند در ظاهر امر شاید این مسئله، مصداق نداشته باشد، اما به توجه به اینکه کیفیت زندگی متغیری چند بعدی است، می‌توان به این نکته اشاره کرد، که متغیرهای دیگری بر کیفیت زندگی تأثیر گذارند که در این پژوهش به مواردی از این قبیل اشاره شده است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین درآمد خانواده و کیفیت زندگی زنان تفاوت وجود دارد. براین اساس تفاوت به صورت مستقیم و مثبت به دست آمد یعنی خانواده‌های دارای درآمد کم، کیفیت زندگی‌شان نیز پایین می‌باشد، و بالعکس خانواده‌های که درآمدشان در حد متوسط و بالایی است، کیفیت زندگی بهتری دارند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های حقیقتیان (۱۳۹۳) همسو بوده، آنان نیز به این نتیجه رسیدند که بین درآمد و کیفیت زندگی رابطه مستقیمی وجود دارد. در ابتدا باید به این گفته‌ی کاهنمان و دیتون^۱ (۲۰۱۰) اشاره کرد که پول نمی‌تواند برای ما عشق بخرد، اما اگر درآمد بالایی داشته باشیم، می‌تواند ما را شاد کند. در تبیین نتیجه پژوهش حاضر می‌توان گفت که تأثیری که کار زن و درآمد وی در ابعاد مختلف زندگی دارد، بر کسی پوشیده نیست، درآمد از طریق ایجاد امکان دسترسی به امکانات و تجهیزات پزشکی و بهداشتی روی سلامتی افراد (به عنوان یکی از جنبه‌های کیفیت زندگی) تأثیری خاص دارد ولی همیشه رابطه درآمد و سلامت یک رابطه مستقیم نیست. به عبارت دیگر یک حدی از درآمد برای توجه به بهداشت و سلامت ضروری است ولی وقتی به آن حد رسید دیگر به بهداشت بی‌توجهی می‌شود. به عبارتی می‌توان گفت که سالم‌ترین افراد لزوماً افراد با درآمد بالا نیستند، یعنی برخی‌ها هستند که درآمد خوبی هم دارند ولی هنوز طبقه درست تغذیه کردن و رعایت مسائل بهداشتی و سلامتی را نمی‌دانند.

در نهایت نتایج نشان داد که محل سکونت زنان (حاشیه شهر، مرکز شهر و مرفه‌نشین) تأثیر مستقیمی بر کیفیت زندگی آنان دارد. اما بین وضعیت تعلق بومی شهر یا مهاجرت از روستا به شهر در طی ده سال گذشته تفاوتی به دست نیامد. نتایج در خصوص محل سکونت و کیفیت زندگی حاکی از آن است که زنانی که در مناطق مرفه‌نشین و به عبارتی در مناطق بالای شهر زندگی می‌کنند کیفیت زندگی‌شان نسبت به کسانی که در مناطق فقیرنشین و حاشیه شهر سکونت دارند، بالاتر است. این یافته با نتایج پژوهش کامپوس و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت نواحی شهری مراکز اصلی رشد اقتصادی، اجتماعی و سیاسی در هر کشوری هستند که خود را به عنوان جذاب‌ترین نقاط برای ایجاد ثروت، کار، خلاقیت و نوآوری اثبات کرده‌اند، اما برخی از نواحی شهری با چالش‌های مهمی در زمینه‌های تخریب فیزیکی و محیطی، محرومیت اجتماعی، ناامنی، بیکاری، نابرابری‌های اقتصادی، کمبود مسکن و ترافیک روبرو هستند که این مشکلات کیفیت زندگی را به شدت کاهش می‌دهند (رضوانی و همکاران، ۱۳۸۸). شهرها به عنوان بستر زیست بشر دارای نقش اساسی در ایجاد رضایت زندگی داشته و در واقع شکل‌دهنده سبک زندگی انسان و تعیین‌کننده کیفیت زندگی اوست. این بافت‌های فرسوده و محلات حاشیه‌نشین و فقیرنشین، معمولاً از کیفیت زیست محیطی نازل و فضای غیربهداشتی رنج برده و گاهی آلودگی‌های ناشی از آب‌های سطحی، سیستم فاضلاب و جمع‌آوری زباله در آن‌ها دیده می‌شود. سکونت غیرمجاز، نسبت بالای استیجاری، شیوع اعتیاد و انواع ناهنجاری‌های رفتاری و بزهکاری و ناامنی بویژه برای کودکان و بانوان، از ویژگی‌های اجتماعی بافت فرسوده شهرها می‌باشد. از مشکلات اقتصادی اینگونه محلات،

1. Kahneman & Deaton

فعالیت در مشاغل غیررسمی و غیرمجاز، قرارگیری در دهک‌های درآمدی پایین و بیکاری را می‌توان اشاره نمود، بنابراین طبیعی است که کسانی که در اینگونه مناطق زندگی می‌کنند، کیفیت زندگی پایین‌تری داشته باشند.

بدر نظر گرفتن نتایج پژوهش می‌توان به پیشنهادات زیر جهت بالا بردن کیفیت زندگی زنان اشاره کرد:

با توجه به تأثیر انکارناپذیر امنیت اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان، پیشنهاد می‌گردد با ایجاد امنیت بیشتر در سطح شهر دیواندره توسط نیروی انتظامی و ارگان‌های وابسته به آن، و همچنین با برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و آموزش سبک زندگی سالم گام‌های موثری در ارتقاء امنیت اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی زنان ایجاد کرد. همچنین بنابر نتایج و رابطه مستقیم بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی زنان، به مسئولین و دست‌اندرکاران امر پیشنهاد می‌شود که زمینه‌های مشارکت و حضور زنان در عرصه‌های مختلف (جشن‌های نیکوکاری، کمک به مستمندان و نیازمندان به مناسبت‌های مختلف) جامعه فراهم شود. همچنین پیشنهاد می‌شود نهاد‌های آموزشی همراه با صدا و سیما با تولید و پخش برنامه‌های مناسب و فرهنگ‌سازی در جهت تقویت حس همکاری، همیاری میان افراد جامعه زمینه را برای ارتقاء و تقویت انجسام و مشارکت اجتماعی در بین زنان فراهم نمایند. از جمله مواردی که می‌تواند بر بالا بردن سرمایه اجتماعی زنان، تأثیرگذار باشد، سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO) ها می‌باشند. انجمن‌های مردم‌نهاد، بر سطوح متفاوت جامعه تأثیرهای مختلفی دارند که برخی آثار آنها بدین شرح است: ارائه فرصت اجتماعی به افراد برای عضویت در گروه‌های اجتماعی بیشتر، ارائه فرصت اجتماعی جهت بسط روابط اجتماعی و شبکه شخصی افراد، ارائه فرصت اجتماعی برای ابراز عقیده و پیشنهاد راه حل در عرصه عمومی و ارائه فرصت اجتماعی برای شرکت در تصمیم‌گیری‌های گروهی. براین اساس پیشنهاد می‌شود تا زمینه‌های فعالیت و همکاری زنان در این مؤسسات فراهم شود که نتیجه آن چیزی جز همکاری، مشارکت، ارتباطات سالم، ارتقاء آگاهی زنان در جامعه و در نهایت بالا رفتن سطح کیفیت زندگی نیست. مورد توجه قرار گرفتن زنان، در محیط خانه، حمایت آنان از سوی شوهرانشان، و یا پدر و مادر و دیگر اعضای خانواده، یا دوستان و دیگر اشخاصی که در زندگی زنان نقش اساسی دارند، از جمله مواردی است که بر کیفیت زندگی زنان تأثیرگذار می‌باشد. در نتیجه پیشنهاد می‌شود بر پایداری روابط بین افراد یک خانواده، از طریق همایش‌های خانواده، برنامه‌های تلویزیونی و ساخت سریال‌هایی در این رابطه بیشتر تأکید شود. در نهایت با توجه به اینکه میزان تحصیلات اکثر زنان در سطوح پایین قرارداد است، پیشنهاد می‌شود مسئولان با ایجاد دوره‌های آموزشی و فرهنگی، ایجاد کتابخانه و اقدامات دیگر به افزایش آگاهی و آموزش زنان شهر دیواندره بپردازند، زیرا افزایش آگاهی زنان، به عنوان پایه‌ی اصلی یک خانواده، سبب بهبود کیفیت زندگی آنها و همچنین دیگر اعضای خانواده می‌شود.

منابع

۱. ابراهیمی، اعظم و مالکی مقدم، محمد اسماعیل (۱۳۹۹)، «عوامل موثر بر میزان رضایت از کیفیت زندگی (مطالعه موردی: شهر تربت حیدریه)»، ششمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی.
۲. بوردیو، پیر (۱۳۹۳)، «نظریه کنش دلالی علمی و انتخاب عقلانی»، ترجمه مرتضی مردیها (۱۹۹۳). تهران: انتشارات فلسفه، نقش و نگار.
۳. بوند، جان و کورنر، لین (۱۳۸۹)، «کیفیت زندگی و سالمندان»، مترجم: حسین محقق کمال (۲۰۰۴). تهران: نشر دانژه.
۴. بهمنی، جمشید؛ گنجعلی، پویا و خرازی نژاد، ابراهیم. (۱۴۰۱)، «رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر آبادان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰»، مجله تحقیقات سلامت در جامعه، دوره ۸، شماره ۳، صص ۳۹-۴۸.
۵. تازش، یوسف و دیماد، زهره (۱۴۰۰)، «ارتباط مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شهر دوگنبدان»، برنامه ریزی و توسعه محیط شهری، دوره ۱، شماره ۲، صص ۶۷-۸۲.
۶. چلبی، مسعود (۱۳۹۵)، «جامعه‌شناسی نظم: تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی»، چاپ هفتم، تهران، نشر نی.
۷. حقیقتیان، منصور، (۱۳۹۳)، «عوامل اجتماعی موثر بر کیفیت زندگی زنان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱»، مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران، دوره ۶ شماره ۲، صص ۸۹-۸۱.
۸. خادمی، زهرا؛ صفایی، صفی‌الله و مرادی شهناز، نسرین (۱۳۹۷)، «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی (مورد مطالعه: زنان ۲۵ تا ۶۵ ساله شهر تهران)»، جامعه‌شناسی کاربردی، دوره ۲۹، شماره ۲، صص ۱۶۸-۱۴۷.
۹. رضوانی، محمدرضا؛ متکان، علی‌اکبر؛ منصوریان، حسین و ستاری، محمدحسین (۱۳۸۸)، توسعه و سنجش شاخص‌های کیفیت زندگی شهری (شهر نورآباد، لرستان)، فصلنامه مطالعات و پژوهش‌های شهری منطقه‌ای، دوره ۱، شماره ۲، صص ۸۷-۱۱۰.
۱۰. ریتزر، جورج و گودمن، داگلاس جی (۱۳۹۳)، نظریه جامعه‌شناسی مدرن، ترجمه: خلیل میرزایی و عباس لطفی‌زاده (۲۰۰۴). تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

۱۱. زکی، محمدعلی (۱۳۹۴)، بررسی سرمایه اجتماعی زنان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن (مورد: دانشجویان دختر دانشگاه پیام- نور اصفهان)، فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، دوره ۹، شماره ۳۰، صص ۷۸-۵۳.
۱۲. شکرپور شفیع، شیوا؛ خلعتبری، جواد و قربان شیرودی، شهره، (۱۴۰۱)، پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس تاب‌آوری، سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی با نقش واسطه‌ای جرأت‌ورزی در زنان شاغل شهر تهران. پرستار و پزشک در رزم، دوره ۱۰، شماره ۳۴، صص ۲۲-۲۹.
۱۳. غفاری، غلامرضا و امید، رضا (۱۳۹۰)، کیفیت زندگی: شاخص توسعه اجتماعی، تهران: انتشارات شیرازه.
۱۴. قادری، احمد و تقوی، نعمت‌الله (۱۳۹۴)، بررسی رابطه سرمایه اجتماعی یا کیفیت زندگی شهروندان شهر سقز. فصلنامه مطالعات جامعه‌شناختی، دوره ۵، شماره ۱۹، صص ۱۲۶-۱۱۱.
۱۵. قمری، محمد؛ رضاخانی، سیمین‌دخت و ملالو، منیژه (۱۳۹۳)، بررسی دلزدگی زناشویی با حمایت اجتماعی ادراک شده و جهت‌گیری زندگی، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی، دوره ۳، شماره ۱۱، صص ۶۴-۴۵.
۱۶. کاهه، احمد. (۱۳۸۴)، مجموعه مقالات همایش امنیت اجتماعی، جلد اول. تهران: انتشارات گلیونه.
۱۷. مختاریپور، مهدی و فرزانه، پروین (۱۴۰۰)، مدل‌سازی رابطه علت و معلولی سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی (مطالعه موردی: ساکنین منطقه ۲ شهر تهران). صیانت فرهنگی و سرمایه اجتماعی، دوره ۱، شماره ۱، صص ۹۰-۶۰.
۱۸. مرکز آمار ایران، (۱۳۹۲)، گزیده شاخص‌ها و ناگرهای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی استان کردستان، اداره کل ثبت احوال استان کردستان.
۱۹. منتظری، علی (۱۳۸۷)، مؤلفه‌های اجتماعی سلامت. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
۲۰. میرزایی، حسین؛ آقایی هیر، توکل و کاتبی، مهناز (۱۳۹۳)، بررسی کیفیت زندگی زنان متأهل در چارچوب نهاد خانواده، فصلنامه جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی، دوره ۱، شماره ۳، صص ۹۳-۷۱.
۲۱. نبوی، سید عبدالحسین؛ حسین‌زاده، علی حسین و حسینی، سیده‌هاجر، (۱۳۸۹)، بررسی عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر احساس امنیت اجتماعی، جامعه‌شناسی کاربردی، دوره ۲۱، شماره ۴۰، صص ۹۶-۷۳.
۲۲. نیازی، محسن و دلال خراسانی، محمد (۱۳۹۱)، تبیین عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر کیفیت زندگی شهروندان، فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات، دوره ۸، شماره ۲۷، صص ۲۲۹-۱۹۸.
۲۳. نیازی، محسن؛ شقایق مقدم، الهام و شادفر، یاسمن (۱۳۹۰)، بررسی رابطه بین میزان سرمایه اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در بین زنان مناطق شمال و جنوب شهر تهران، فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، دوره ۲، شماره ۳، صص ۱۶۰-۱۳۱.
۲۴. وصالی، سعد و توکل، محمدمهدی (۱۳۹۱)، بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی در شهر تهران، مجله مطالعات شهری، دوره ۲، شماره ۲، صص ۲۲۰-۱۹۷.
25. Alborzi, Shahla and Mohammad KHayer. (2008). Practical Strategies for participation in social planning from the viewpoint of Academic Women. *Women's Research Wuarterly*. 1, pp.7-28.
26. Barišin, Andrej. Benjak, Tomislav and Vuletić, Gorka. (2011). Health-related quality of life of women with disabilities in relation to their employment status. *CMJ*, pp. 550-556.
27. Campos, Ana Cristina Viana., Borges, Carolina Marques., Rodrigues Leles, Cláudio., Lucas, Simone Dutra and Ferreira, Efigênia F. (2013). Social capital and quality of life in adolescent apprentices in Brazil: An exploratory study. *Health*. 5(6), pp. 973-980.
28. Das, Daisy. (2008). Urban Quality of Life: A Case Study of Guwahati. *Soc Indic Res*. 88, pp. 297-310.
29. Dehle. C and Landers JE. (2005). You can't always get what you want, but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. *Journal of social and clinical Psychology*, 24(7), pp. 1051-1076.
30. Fayers, P. M. and Machin, D. (2013). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*, John Wiley & Sons.
31. Halpern, D. (2005). *Social capital*. London: Polity Press.
32. Kahneman, D. and Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107, 16489-16493.
33. Liga, M., Shchetkina, I., and Zakharova, E. (2018). Satisfaction with the Quality of Life as an Indicator of Social security. *Espacios*, 39(11), pp. 9-15.

34. Lubinga, Solomon J., Levine, Alisa M., Jenny, Joseph., Ngonzi, Peter., Mukasa-Kivunike, , Andy Stergachis and Joseph B Babigumir. (2013). Health-related quality of life and social support among women treated for abortion complications in western Uganda. *Health Qual Life Outcomes*. 15(11), pp.118-128.
35. Luis, M.F., Irina, T and Katherine, T. (2009). Social support, life events, and psychological distress among the Puerto Rican population in the Boston area of the United States. *Aging & Mental Health*, 13(6), pp. 863-873.
36. Onyx, J., and Bullen, P. (2000). Measuring social capital in five communities. *The Journal of Applied Behavioral Science*, V.36, N.1. pp. 23-42.
37. Openshaw, K. P. (2011). *The Relationship between family functioning, Family Resilience and Quality of life among Vocational Rehabilitation Clints*, (Doctoral dissertation, Utah State University Logan). Retrieved from <http://digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi>.
38. Philips, D (2006) .*Qualify of life concept .Policy and practice* London, routledge.
39. Wang, Yanjie., Zhu, Lili., Yuan, Fang., Kang, Lixia., Jia, Zhen., Chen, Dongming., Zhang, Ping., Feng, Zhanchun. (2015). The Relationship between Social Support and Quality of Life: Evidence from a Prospective Study in Chinese Patients with Esophageal Carcinoma, *Iran J Public Health*. 44(12). pp. 1603–1612.
40. Zdun-Ryżewska, A., Basiński, K., Majkiewicz, M., Podolska, M., Landowski, J. and Walden-Gałuszko, K. (2018). Association between social support and quality of life in patients with affective disorders. *The European Journal of Psychiatry*, 32(3). pp. 132-138.
41. Zimet, G.D., et al. (1998). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, *Journal of Personality Assessment*, 52, pp. 30-41.