

بررسی تأثیر ابعاد سلامت بر انتخاب مسکن استیجاری در بین شهروندان شهر شیراز

ملیحه تقی پور^۱ - استادیار گروه مهندسی معماری، دانشکده هنر و معماری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، شیراز، ایران.
علی اکبر حیدری - استادیار گروه مهندسی معماری، عضو هیئت علمی دانشکده فنی و مهندسی دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران.
مریم حقایق - دانشجوی دکتری معماری، دانشکده هنر و معماری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، شیراز.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۰۷

چکیده

وضعیت اقتصادی افراد در جوامع کنونی، نقش مهمی در گرایش به زندگی آنها در گونه‌های آپارتمانی و تبدیل آن به یک الگوی رایج در مسکن شهری دارد. این در حالی است که زندگی در این گونه فضاها با مشکلات عدیده‌ای چون افزایش میزان کمبود ویتامین D، اضافه وزن و کاهش سلامت جسمانی، انواع آسیب‌های اجتماعی، کاهش فضاهای شخصی و کاهش سطح سلامت روانی همراه است که این موارد خود تهدید کننده سلامت ساکنان به شمار می‌رود. با این حال از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامت به معنای تأمین همزمان سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی افراد است. بنابراین به نظر می‌رسد که وضعیت اقتصادی افراد، تأثیر مستقیم و بی‌واسطه‌ای بر کیفیت زندگی و تأمین سلامت آنها دارد. به همین منظور پژوهش حاضر به دنبال بررسی سه بعد سلامت در ترجیحات مردم با وضعیت اقتصادی متفاوت، به هنگام انتخاب مسکن آپارتمانی و اولویت مؤلفه‌های تأثیرگذار در انتخاب آنها در این سه حوزه است. به عبارت دیگر پژوهش حاضر به دنبال آن است تا روشن نماید کدام بعد سلامت در ترجیحات افراد در انتخاب مسکن در اولویت قرار دارد و آیا وضعیت اقتصادی مردم بر ترجیحات آنان تأثیرگذار است یا خیر؟ به همین منظور روش پژوهش حاضر، ترکیبی از نوع توصیفی-پیمایشی انتخاب شده و از نرم‌افزارهای SPSS22 و AMOS23 برای تحلیل داده‌ها و از آزمون‌های فریدمن و آنوا برای به آزمون گذاشتن فرضیات بهره گرفته شده است. نتایج حاصل از این پژوهش، مبین آن است که میان سطح اقتصادی افراد بر نوع ترجیحات آنها در انتخاب مسکن از بعد سلامت تأثیرگذار است. به این ترتیب که توجه به شاخص‌های سلامت روان در بالاترین سطح در انتخاب مسکن برای همه اقشار اقتصادی قرار دارد و با افزایش توان اقتصادی خانوار، توجه به شاخص‌های سلامت اجتماعی بر شاخص‌های سلامت جسمانی پیشی می‌گیرد.

واژگان کلیدی: مسکن آپارتمانی، سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی، شهر شیراز.

۱. مقدمه

نرخ روبه رشد جمعیت شهرها و گسترش شهرنشینی طی دهه های اخیر از یک سو افزایش تقاضا برای مسکن، کمبود زمین و بالا بودن قیمت آن از سوی دیگر، مردم را به سوی زندگی آپارتمانی سوق داده است (Sah Abadi, et al., 2014). این شیوه زندگی که تقریباً به تنها راه حل ممکن برای سکونت مجامع شهری است، علاوه بر حل برخی از مشکلات، پیامدهایی را نیز به همراه داشته که از جمله مهمترین آنها کمبود ویتامین D، اضافه وزن، افزایش نرخ بیماری های روحی و روانی و جسمی و مواردی از این قبیل است. بنابراین به نظر می رسد که مسئله سلامت و تهدیدات مختلف آن، از جمله مهمترین معضلات زندگی در مجموعه های آپارتمانی است. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت تنها در بعد "جسمانی" خلاصه نمی شود و ابعاد "روانی" و "اجتماعی" زندگی انسان را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (Garousi & Shamsedini, 2014). بنابراین مسکن ناسالم علاوه بر این که می تواند از بعد جسمی سلامت انسان را به مخاطره بیندازد، با افزایش احتمال وقوع افسردگی در افراد، اختلالات رفتاری و هیجانات عصبی در آنها می تواند تهدید کننده "سلامت روانی" ساکنان خود بوده (Tyson, et al., 2002) و با شلوغی و تراکم موجود در آن، عدم داشتن روابط اجتماعی مناسب، جداسازی اجتماعی و کاهش فضاهای شخصی افراد، تهدید کننده "سلامت اجتماعی" ساکنان خود گردد (Haghdooost, et al., 2013). افراد در زمان انتخاب مسکن مورد نظر خود، عوامل مختلفی را مدنظر قرار می دهند که به تبع، توان اقتصادی آنها در نوع انتخاب آنها تأثیر بسزایی خواهد داشت. این در حالی است که تاکنون پژوهش های بسیاری بر تأثیرگذاری وضعیت اقتصادی بر کیفیت زندگی (Ahmadi, et al., 2011)، بهداشت روانی (Mehregan, et al., 2016) و میزان توجه به سلامت آنها (Ahmadi & Eslam, 2009; Ranjbaran, et al., 2015) و (Pajuyan & Vaezi, 2011) انجام گرفته است؛ به نظر می رسد تاکنون در حوزه میزان توجه به ابعاد سلامت انسان در انتخاب مسکن و تأثیر وضعیت اقتصادی آنها پژوهش خاصی صورت نگرفته است. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان تأثیرگذاری ابعاد سلامت افراد در ترجیحات مسکونی آنها، سعی در تحیل این موضوع براساس میزان توانایی اقتصادی خانوار دارد. به بیانی دیگر پژوهش حاضر سعی بر آن دارد تا روشن نماید که کدام بُعد از سلامت در ترجیحات افراد در انتخاب مسکن در اولویت بالاتری قرار دارد و وضعیت اقتصادی افراد بر این مهم چه تأییراتی دارد؟ بر همین اساس دو فرضیه در ارتباط با اهداف مد نظر پژوهش طرح شده که به این شکل قابل ارائه است.

فرضیه نخست: به نظر می رسد وضعیت اقتصادی و معیشتی افراد بر نوع ترجیحات آنها نسبت به ابعاد مختلف سلامت تأثیرگذار است. فرضیه دوم: به نظر می رسد از میان ترجیحات افراد در هر سه منطقه مسکونی "مؤلفه ایمنی" بیشترین میانگین ترجیحات را نسبت به دیگر مؤلفه ها در هر "سه بعد سلامت" داشته باشد.

۲. چارچوب نظری

پیرامون مسئله "سلامت" در فضاهای معماری، تاکنون مطالعات

گسترده ای صورت گرفته که از جمله مهمترین آنها می توان به پژوهشی در آمریکا پیرامون کارکنان اداراتی که در ساختمان های بلند شاغلند و به واسطه محل شغلشان، دچار نوعی بیماری روانی به نام سندرم ساختمان شدند، اشاره نمود. مشاهدات صورت گرفته در این خصوص نشان داده است که اکثر این افراد در طول دوران کاریشان در آن محیط ها با نشانه هایی چون سردرد، حالت تهوع، سرگیجه، خستگی روانی و جسمی، بی قراری، دلهره و تپش قلب مواجه بوده اند (Perrins, 2000). در همین ارتباط باوم و سینگر نیز نشان دادند که دوری از طبیعت که به واسطه سکونت در برج های مسکونی به وجود می آید، باعث انزوای اجتماعی در افراد به ویژه در کودکان می شود و در بسیاری موارد این موضوع، سلامت جسمی آنها را نیز دچار خطر می نماید (Baum & Singer, 1982). در مقابل استفاده از اجزای طبیعی در محیط مسکونی باعث کاهش استرس محیطی و آرامش ساکنان (Evans, 2003; Kuo, et al., 2009)، کاهش افسردگی و افزایش سازگاری روانی (Davidson, 2001)، ارتقای خشنودی و کیفیت زندگی (Margalis, et al., 2000)، بهبود سلامت افراد (Pillow, 1999)، احساس امنیت، کاهش عصبانیت و افزایش صبر و تحمل می شود (Velarde, et al., 2007). سونگ و همکاران نیز در مطالعه ای ضمن بررسی کیفیت سالم سازی خانه های آپارتمانی در کره معتقدند که سالم بودن محیط های مسکونی و آپارتمانی بر رضایت افراد تأثیرگذار است. با این حال آنها این نکته را نیز دریافتند که بیش از نیمی از ساکنان خانه های آپارتمانی از سالم بودن و بهداشتی بودن محیط زندگی شان ناراضی هستند (Sung et al., 2011). در ارتباط با پژوهش های داخلی نیز می توان به پژوهش حضرتی در ارتباط با بررسی آسیب های اجتماعی خانواده های آپارتمان نشین در شهرک اکباتان تهران اشاره نمود. نتایج تحقیق وی نشان داد که بین تراکم مادی (چند خوابه بودن آپارتمان) و میزان بروز آسیب های اجتماعی در آنها رابطه ای معکوسی وجود دارد؛ به این معنی که هر چه تعداد اتاق های خواب یک آپارتمان بیشتر باشد، یا به اندازه تعداد افراد خانوار باشد، میزان آسیب های اجتماعی بین اعضای آن خانواده نیز کاهش می یابد (Hazrati, 2004). ابراهیم زاده و سرکزی نیز در بررسی آپارتمان نشینی در شهرهای اسلامی و مشکلات فرهنگی ناشی از آن (مطالعه موردی شهر زاهدان) به این نتیجه دست یافتند که مسائل و مشکلات فرهنگی و اجتماعی مجتمع های آپارتمانی در شهر زاهدان به واسطه عواملی چون تنوع و تضاد فرهنگی، ضعف در روابط صحیح اجتماعی، تراکم جمعیتی به علت زیربنای محدود واحدهای مسکونی، کمبود فضای فرهنگی، آموزشی و تفریحی شکل می گیرد (Ebrahimzadeh & Sargazi, 2010). حقدوست و همکاران نیز در پژوهشی دیگر به بررسی تفاوت کیفیت زندگی در قالب بررسی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی سلامت ساکنان آپارتمان نشین، نسبت به ساکنان غیر آپارتمان نشین در شهر شیراز پرداختند که نتایج تحقیق آنها نشان داد، سلامت آپارتمان نشینان حتی بعد از تعدیل در بیشتر حیطه ها کمتر از غیر آپارتمان نشینان است (Haghdooost, et al., 2013). حکیمیان،

تعامل بین دو مفهوم سلامت و محیط انسان ساخت را از منظر دستاوردهای حاصل از همکاری رشته طراحی شهری با حوزه علوم پزشکی بررسی و به معرفی مؤلفه‌های شهری در سه بعد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی پرداخت (Hakimian, 2012). غفاری و همکاران نیز در پژوهشی، عوامل اصلی ایجاد کننده بیماری در ساختمان را رطوبت، ذرات معلق در هوای داخلی، گرد و خاک، سر و صدا، سوانح خانگی، مصالح نامناسب، کمبود نور آفتاب، شلوغی و تراکم، عدم داشتن روابط اجتماعی مناسب و... تعریف کرده‌اند (Ghaffari & Banaei, 2011).

همان طور که در موارد عنوان شده نیز پیداست، پیرامون مبحث سلامت در فضای‌های بسته معماری تاکنون مطالعات گسترده‌ای صورت گرفته که در اکثر آنها عموماً نویسندگان یا به بحث کلی بسنده کرده‌اند و یا تنها در قالب یکی از ابعاد سلامت، به بررسی مؤلفه‌های فیزیکی مرتبط با آن پرداخته‌اند. همچنین در اکثر این پژوهش‌ها به بررسی نظرات افراد نسبت به وضع موجود فضای زندگی آنان بسنده شده و به ندرت مسئله ترجیحات آنها نسبت به ابعاد سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. بر همین اساس پژوهش حاضر با نگاهی جامع از منظر علوم معماری، روانشناسی محیط و علوم اجتماعی به ارزیابی ترجیحات افراد در انتخاب ابعاد مرتبط با سلامت در حوزه مسکن و میزان اهمیت هر کدام از آنها در این خصوص خواهد پرداخت.

۲.۱. 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. براساس 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, 2010). بنابراین تعریف سلامت دارای سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی است و هر گونه نقص و آسیب وارده به هر یک از این محورهای سه گانه منجر به برهم خوردن تعادل فرد و در نتیجه تهدید سلامت وی منجر می‌شود (Hakimian, 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 تأمین کننده هر سه بعد سلامت یعنی سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی برای ساکنانش باشد. در ادامه به معرفی هر کدام از این سه بعد سلامت در ارتباط با موضوع مسکن پرداخته می‌شود.

۲.۱.۱. سلامت جسمی

منظور از بعد جسمانی سلامت در مسکن، عاری نگه داشتن انسان از هر گونه سوانح و خطرات ناشی از آتش سوزی، خفگی، مصدومیت و یا بروز بیماری‌هایی چون آسم، آلرژی‌های پوستی، تنفسی و اضافه وزن است (Ghaffari & Banaei, 2011). در مطالعه‌ای که کارایگ^۵ و همکارانش در ارتباط با تأثیر نوع طراحی خانه بر فعالیت‌های بدنی ساکنان انجام داده‌اند، نشان داده شد که میزان فعالیت بدنی ساکنان آپارتمان‌ها به ویژه آپارتمان‌های دارای آسانسور، به میزان قابل توجهی کمتر از مکان‌هایی است که ساکنان آن برای رفت و آمد از راه پله‌ها استفاده می‌کنند. همین عامل باعث کاهش خطر ابتلا به انواع بیماری‌های مزمن و غیرواگیردار در میان این افراد شده است (Craig, et al, 2005). در پژوهشی دیگر کرنز و کالینز^۶ نشان دادند که محیط خانه خاصیت درمان کنندگی در حالات هیجانی و فیزیکی را دارد؛ به این معنی که تمیزی، فقدان صدای ناهنجار، داشتن حس کنترل، امنیت و آرامش در خانه باعث پیدایش آثاری از شفا دهندگی میان ساکنان آن می‌شود (Kearns & Collins, 2000).

۲.۱.۲. 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 می‌شود (Shaw, 2004) و در مقابل بهبود کیفی محیط خانه تأثیر مثبت بر ارتقای سلامت روحی و روانی آنها دارد (Thomson & Petticrew, 2005). کیفیت روانی سلامت در مسکن در پی ایجاد عواملی است که با حصول آنها، امکان زیستن در خانه‌ای آرام، امن و صمیمی برای ساکنان آن فراهم شده و آنها را از هر گونه آسیب‌های روحی و روانی مصون می‌دارد. چنین مکانی در کنار سازگاری با الگوهای رفتاری، دارای ویژگی‌هایی است که به شخص و فضای شخصی او احترام گذاشته و همواره تمامیت آن را حفظ می‌کند. سازگاری با الگوهای رفتاری ساکنان، «مکانی تطبیق پذیر و انعطاف پذیر» (Lang, 2002) شکل می‌دهد که در آن امکان ایجاد تغییرات متناسب با شرایط روحی و روانی ممکن می‌گردد و در نهایت منجر به وابستگی و دلبستگی به خانه شده و آن را قابل کنترل برای شخص می‌کند (Hashempour & Key Nejad, 2012). تعلق مکانی (به خانه) در واقع رابطه هم پیوندی است که میان انسان و محیط برقرار شده و بر اثر این رابطه، محیط به یک "لنگرگاه" روانی تبدیل می‌شود. این موضوع در دیدگاه باشلار که خانه را همچون مکانی آشنا و تکیه‌گاهی برای ساکنانش می‌داند، نیز قابل مشاهده است (Shulz, 2010).

۲.۱.۳. سلامت اجتماعی

مدل سلامت اجتماعی که نخستین بار به وسیله ریف^۷ مطرح گردید، مفهوم سلامت اجتماعی را شامل ابعاد مثبت ذهن در ایجاد روابط اجتماعی مناسب با دیگر هم‌نوعان خود می‌داند. این ابعاد عبارت

5 Craig

6 Kearns & Collins

است از مجموعه‌ای از هنجارهای اجتماعی همچون پذیرش خود، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدفمند بودن در زندگی و استقلال است (Samie, et al, 2010). از نظر کیوز^۱، عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد (Keyes, 1998). وجه اجتماعی خانه در پی ایجاد محیطی است که ضمن هماهنگی با محیط کالبدی، شرایط مطلوب برای ارتقای روابط و تعاملات اجتماعی با دیگران را نیز فراهم آورد. نیازی که انگیزه لازم برای استفاده از فرصت‌ها به منظور برقراری روابط بین انسان‌ها را به وجود می‌آورد و در نهایت به رشد فردی و اجتماعی وی می‌انجامد. فضای سکونتی از جمله فضاهایی است که با به کارگیری الگوهای تعامل اجتماعی، نقش مهمی در بهبود محیط اجتماعی جامعه دارد. اریکسون^۲ کاربرد اجتماعی سکونت را به عنوان ساختاری ابزار می‌داند که امکان برخورد و مشارکت در انجام فعالیت‌ها را برای مردم فراهم می‌آورد. از نظر او فضای سکونتی هم مانع برخوردهای اجتماعی و فعالیت‌های جمعی بوده و هم تقویت کننده آن است (Eriksson, 1994). در همین ارتباط کریستوفر الکساندر^۳ معتقد است که ملاقات‌های گاه به گاه و غیررسمی افراد، زمینه‌ساز توسعه دوستی‌ها و روابط روزمره مردم است و این موضوع برای حیات اجتماعی بشر امروزی، امری ضروری است (Lang, 2002). بر همین اساس فضای مسکونی می‌بایست قادر به ارائه فرصت‌های متنوع بالقوه و بالفعل به ساکنانش باشد تا از این طریق امکان مرادوات اجتماعی را افزایش دهد. این موضوع در نهایت منجر به ارتقای احساس تعلق و همبستگی جمعی میان ساکنان مجموعه‌های مسکونی و در نتیجه شکل‌گیری هویت اجتماعی در آنها می‌شود (Bardo, 1984). بنابراین تأمین سلامت اجتماعی در حوزه مسکن، علاوه بر ارتقای سطح روابط اجتماعی میان افراد ساکن در مجموعه‌های زیستی، زمینه‌ساز افزایش حس تعلق خاطر میان آنها و در نتیجه ارتقای هویت فردی و اجتماعی در آنها می‌گردد. جدول شماره ۱، تقسیم‌بندی ابعاد مختلف سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی از دیدگاه صاحب‌نظران به تفکیک آورده شده است.

۳. روش

همانگونه که پیش از این نیز عنوان شد، هدف اصلی در پژوهش حاضر، ارزیابی تأثیر وضعیت اقتصادی افراد بر انتخاب ابعاد مختلف سلامت در حوزه ترجیحات سکونتی آنهاست. بر همین اساس وضعیت اقتصادی افراد به عنوان متغیر مستقل و نوع ترجیحات سکونتی افراد در حوزه سلامت به عنوان متغیر وابسته تحقیق مد نظر قرار گرفته است. با این توضیح روش پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی مبتنی بر یک فرایند پیمایشی است که از میان ساکنان سه محله شهری با سه سطح ضعیف، متوسط و مرفه (تصویرهای شماره ۱ تا ۶) در شهر شیراز انجام گرفته است. جامعه آماری این

تحقیق از میان مستأجران در این سه محله (تصویر شماره ۷) انتخاب شد؛ چرا که مستأجران مدام و به صورت سالانه با چالش انتخاب مسکن مواجه بوده و با توجه به شاخص‌های اقتصادی مسکن در ایران، این افراد نسبت به کسانی که قصد خرید مسکن دارند، آزادی عمل بیشتری در رابطه با انتخاب ترجیحاتشان دارند. بنابراین جامعه آماری در ارتباط با انتخاب الگوی آپارتمانی با تراکم چهار تا هشت طبقه مد نظر قرار گرفت و نمونه‌گیری در آن نیز به روش خوشه‌ای و به صورت تصادفی انجام شد. حجم نمونه براساس فرمول کوکران ۳۳۶ نفر انتخاب شد که سهم هر محله از این رقم، ۱۳۲ نفر پیش‌بینی شد. معیار انتخاب افراد، متوسط درآمد ماهیانه آنها بود؛ به این ترتیب که افراد با متوسط درآمد زیر سه میلیون در ماه به عنوان اقشار ضعیف، بین سه تا پنج میلیون، قشر متوسط و بالای پنج میلیون به عنوان قشر مرفه در نظر گرفته شد. ابزار پژوهش در این تحقیق، پرسشنامه مشتعل بر سه بخش و پاسخ‌دهی بر اساس طیف لیکرت بود. پیش از تدوین نسخه نهایی پرسشنامه، با استفاده از تکنیک دلفی، به ۱۰ نفر از اساتید فعال در حوزه معماری، پزشکی و روان‌شناسی ارائه و همچنین این پرسشنامه به صورت پیش‌آزمون در بین ۳۰ نفر از ساکنان شهر شیراز به صورت تصادفی اجرا شد که پس از آن، گویه‌هایی که از همبستگی درونی پایینی برخوردار بودند یا گویه‌هایی که برای مخاطبان قابل فهم نبودند، حذف شدند. همچنین پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که در بعد سلامت روانی مقدار ۰٫۸۶۰، در بعد سلامت اجتماعی مقدار ۰٫۸۷۲، و در بعد سلامت جسمانی مقدار ۰٫۷۸۷، به دست آمد. از آنجا که ضریب آلفا در ارتباط با هر کدام از مؤلفه‌ها و نیز در کل پرسشنامه از مقدار ۰٫۷ بیشتر بود، مؤید پایایی مطلوب پرسشنامه در هر سه بخش است. پس از تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق، با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS 22 و AMOS 23 و با اجرای آزمون‌های فریدمن و آنووا به تحلیل داده‌ها و در نهایت به ارائه مدل ساختاری تحقیق پرداخته شد.

۴. بحث و یافته‌ها

در این بخش با استفاده از داده‌های به دست آمده از پیمایش صورت گرفته، به تجزیه تحلیل آنها در قالب آزمون فرضیه‌ها پرداخته می‌شود.

۴.۱. فرضیه نخست: به نظر می‌رسد وضعیت اقتصادی و معیشتی افراد بر نوع ترجیحات آنها نسبت به ابعاد مختلف سلامت تأثیرگذار است.

در فرضیه فوق، وضعیت اقتصادی افراد به عنوان متغیر مستقل و ترجیحات سکونتی افراد در حوزه سلامت به عنوان متغیر وابسته تحقیق تدوین شده است. از سوبی از آنجا که ماهیت متغیر اقتصادی افراد (متغیر مستقل) رتبه‌ای و نوع ترجیحات افراد در مسکن (متغیر وابسته) به صورت فاصله‌ای است، از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (آنووا^۴) به منظور تحلیل این فرضیه استفاده شد.

1 Keyes

2 Eriksson

3 Christopher Alexander

جدول شماره ۱۵: تقسیم بندی ابعاد مختلف سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی از دیدگاه صاحب نظران

(Ajiliani, et al., 2016), (Ghaffari & Banaei, 2011), (Sajjadi, et al., 2011), (Kawakami et al., 2011), (Miller et al., 1980), (Campell, 1996)	ایمنی	سلامت جسمانی
(Ghiasi, et al., 2013), (Ghaffari & Banaei, 2011), (Baum & Singer, 1982)	فضای باز	
(Shokri, 2014), (Ghaffari & Banaei, 2011), (Noori & Asadpoor, 2016), (Baiden et al., 2011)	بهداشت	
(Asefi & Imani, 2016), (Ghiasi, et al., 2013), (Zabihi, et al., 2011), (Ghaffari & Banaei, 2011)	اقلیم	
(Bahrapour & Modiri, 2015), (Jomepour & Ebrahimi, 2015), (Noori & Asadpoor, 2016), (Amini, et al., 2013)	امنیت	سلامت روانی
(Asefi & Imani, 2016), (Ghiasi, et al., 2013), (Masoudinejad, 2016), (Masoudinejad, 2013), (Rohe and Stegman, 1991)	چشم انداز	
(Ajiliani, et al., 2016), (Galster & Hesser, 1981), (Mohit et al., 2010)	ابعاد	
(Ghiasi, et al., 2013), (Ghaffari & Banaei, 2011), (Noori & Asadpoor, 2016)	نور	
(Zarghami, 2016), (Alhesabi & Daneshmand, 2008), (Amini, et al., 2013), (Hashempour & Key Nejad, 2012)	حریم بصری	
(Ghaffari & Banaei, 2011), (Zarghami, 2016), (Ge & Hokao, 2006), (Baum & Singer, 1982)	فضای سبز	
(Ajiliani, et al., 2016), (Shokri, 2014), (Amini, et al., 2013), (Varaday, 1983)	آلودگی صوتی، نوری، بصری	
(Alhesabi & Daneshmand, 2008), (Zarghami, 2016), (Kinsey & Lane, 1983), (Jelinkova & Picek, 1984)	حریم صوتی	
(Zarghami, 2016), (Asefi & Imani, 2016), (Zabihi, et al., 2011)	تفکیک فضای عمومی از خصوصی	
(Zarghami, 2016), (Asefi & Imani, 2016)	وجود فضای آرامش بخش	
(Sajjadi, et al., 2011), (Zarghami, 2016), (Asefi & Imani, 2016), (Campell, 1996)	انعطاف پذیری	
(Rezayi, et al., 2012), (Abdollahi, et al., 2013), (Carp et al., 1976), (Amini, et al., 2013), (Saffari nia, 2014)	امنیت اجتماعی	
(Noori & Asadpoor, 2016), (Ghiasi, et al., 2013), (Shokri, 2014), (Gifford, 1999), (Carp et al., 1976)	مشابهت با همسایگان	
(Shokri, 2014), (Asefi & Imani, 2016), (Alhesabi & Daneshmand, 2008), (Ghaffari & Banaei, 2011)	فضایی برای ارتباط افراد خانواده	
(Abdollahi, et al., 2013), (Cozens, 2001), (Ammole, 2009), (Amerigo & Aragones)	فضایی برای تعامل با همسایه	
(Lansing & Hendricks, 1967), (Carp et al., 1976), (Rastegar, et al., 2012), (Jomepour & Ebrahimi, 2015), (Noori & Asadpoor, 2016), (Abdollahi, et al., 2013)	تمایل به معاشرت با همسایه	

۵۹

شماره سی و شش

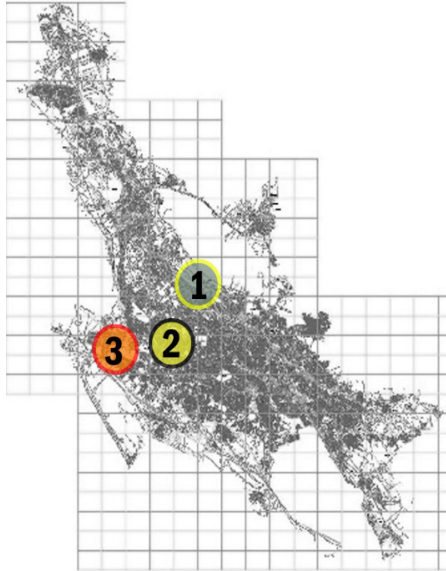
پاییز ۱۳۹۹

فصلنامه علمی-پژوهشی

مطالعات شهر

پژوهش

پروسی تأثیر ابعاد سلامت بر انتخاب مسکن استیجاری در بین شهروندان شهر شیراز



تصویرهای شماره ۲ و ۱: نمونه آپارتمان در محله مرفه شیراز



تصویرهای شماره ۳ و ۴: نمونه آپارتمان در محله متوسط شیراز



تصویرهای شماره ۵ و ۶: نمونه آپارتمان در محله ضعیف شیراز

تصویر شماره ۷: موقعیت مکانی سه منطقه مسکونی نمونه‌گیری شده با سه سطح اقتصادی-معیشتی متفاوت در شهر شیراز، به ترتیب ۱، منطقه مرفه، ۲، منطقه متوسط و ۳ منطقه ضعیف

جدول شماره ۲: تحلیل واریانس یک طرفه فرضیه ۱

سطح معناداری	F	میانگین مربع‌ها	درجه آزادی	مجموع مربع‌ها	بین گروهی	وضعیت اقتصادی و سلامت
۰,۰۰	۲۰,۰۸۱	۸۷۷,۲۲۹	۲	۱۷۵۴,۴۵۷	درون گروهی	
		۴۳,۶۸۴	۳۲۷	۱۴۲۸۴,۷۵۶		

تأثیرگذار است. اما بررسی این که تفاوت در وضعیت اقتصادی افراد چگونه در نوع ترجیحات سکونتی آنها تأثیر می‌گذارد، موضوعی است که با بررسی اختلاف میانگین پاسخ‌ها در سه محله مورد بررسی قابل حصول است که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

بر اساس نتایج حاصل از جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود که سطح معناداری در ارتباط میان وضعیت اقتصادی افراد و ترجیحات سکونتی آنها معادل ۰,۰۰ و مقدار F، ۲۰,۰۸۱ به دست آمده که این موضوع مؤید وجود رابطه معنادار میان این دو متغیر است. بنابراین می‌توان چنین ادعا کرد که با احتمال ۹۵ درصد، وضعیت اقتصادی افراد در نوع ترجیحات سکونتی آنها در حوزه مسکن

جدول شماره ۳: رتبه‌بندی اولویت مؤلفه‌های ابعاد سلامت در انتخاب مسکن آپارتمانی اساس مناطق مسکونی

سطح معناداری	کای دو	درجه آزادی	میانگین رتبه	رتبه	ابعاد سلامت	منطقه سکونتی
۰,۰۰۰	۱۸۱,۷۳۳	۲	۳	۱	سلامت روانی	منطقه سکونتی ضعیف
			۱,۷۵	۲	سلامت جسمانی	
			۱,۲۵	۳	سلامت اجتماعی	
سطح معناداری	کای دو	درجه آزادی	میانگین رتبه	رتبه	ابعاد سلامت	منطقه سکونتی متوسط
۰,۰۰۰	۱۷۴,۴۱۴	۲	۳	۱	سلامت روانی	منطقه سکونتی متوسط
			۱,۵۵	۲	سلامت اجتماعی	
			۱,۴۵	۳	سلامت جسمانی	
سطح معناداری	کای دو	درجه آزادی	میانگین رتبه	رتبه	ابعاد سلامت	منطقه سکونتی مرفه
۰,۰۰۰	۱۹۳,۱۷۴	۲	۲,۹۷	۱	سلامت روانی	منطقه سکونتی مرفه
			۱,۹۲	۲	سلامت اجتماعی	
			۱,۱۱	۳	سلامت جسمانی	

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول فوق مشاهده می شود که از بین مناطق مسکونی مورد بررسی در این پژوهش، مؤلفه های مربوط به سلامت روانی در منطقه مسکونی ضعیف در اولویت نخست انتخاب افراد و مؤلفه های مربوط به سلامت جسمانی و اجتماعی به ترتیب در مرتبه های بعد قرار دارند. این در حالی است که در مناطق مسکونی متوسط و مرفه، علی رغم این که مؤلفه های سلامت روانی در نخستین اولویت افراد قرار دارد، مؤلفه های سلامت اجتماعی و سلامت جسمانی در اولویت های بعدی قرار دارند. بنابراین می توان چنین برداشت نمود که در ارتباط با همه اقشار جامعه، آرامش روانی خانه در اولویت بالا در انتخاب مسکن قرار دارد. این در حالی است که با افزایش توان اقتصادی خانوار، توجه به شاخص های سلامت اجتماعی بر شاخص های سلامت جسمانی پیشی می گیرد. در ادامه به تحلیل علل مؤثر بر

این موضوع براساس مصاحبه های صورت گرفته از اهالی پرداخته می شود.

۴٫۲. فرضیه دوم: به نظر می رسد از میان ترجیحات افراد در هر سه بعد سلامت، «مؤلفه ایمنی» بیشترین میانگین ترجیحات را نسبت به دیگر مؤلفه ها در هر سه منطقه مسکونی داشته باشد.

به منظور اثبات یا رد فرضیه فوق لازم است اولویت افراد در انتخاب مؤلفه ایمنی در هر سه بعد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، در هر سه منطقه مورد نظر به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گیرد:

رتبه بندی اولویت مؤلفه های سلامت جسمانی براساس منطقه مسکونی (مرفه، متوسط و ضعیف)

نتایج حاصل از آزمون فریدمن در جدول شماره ۴ نشان می دهد که مؤلفه ایمنی، در بعد سلامت جسمانی، در هر سه منطقه، بالاترین میانگین را از میان دیگر مؤلفه ها به خود اختصاص داده است.

جدول شماره ۴: رتبه بندی مؤلفه های سلامت جسمانی در انتخاب مسکن آپارتمانی براساس منطقه مسکونی

شاخص	رتبه	میانگین رتبه			
		مؤلفه	مرفه	متوسط	ضعیف
سلامت جسمانی	۱	ایمنی	۳٫۰۱	۳٫۲۹	۳٫۲۷
	۳	فضای باز	۲٫۹۶	۲٫۷۵	۲٫۹۲
	۲	بهداشت	۲٫۱۶	۲٫۰۲	۲٫۲۳
	۴	اقلیم	۱٫۸۷	۱٫۹۴	۱٫۵۸
کای دو					
سطح معناداری					
درجه آزادی					
۳					

رتبه بندی مؤلفه های مربوط به حوزه سلامت روانی براساس منطقه مسکونی (مرفه، متوسط و ضعیف)

نتایج حاصل از آزمون فریدمن در جدول شماره ۵ نشان می دهد که از میان شاخص های مربوط به سلامت روانی، در منطقه مرفه مؤلفه «چشم انداز» دارای بالاترین میانگین بوده و در دو منطقه متوسط و ضعیف مؤلفه «امنیت» بالاترین میانگین را به خود اختصاص داده است.

رتبه بندی اولویت مؤلفه های سلامت اجتماعی براساس منطقه (مرفه، متوسط و ضعیف).

نتایج حاصل از آزمون فریدمن در جدول شماره ۶ نشان می دهد که از میان ترجیحات افراد در بعد سلامت اجتماعی، مؤلفه امنیت اجتماعی در هر سه منطقه، بالاترین میانگین را به خود اختصاص داده است.

جدول شماره ۵: رتبه بندی اولویت مؤلفه های سلامت روانی در انتخاب مسکن آپارتمانی براساس منطقه مسکونی

شاخص	رتبه	میانگین رتبه			
		مؤلفه	مرفه	متوسط	ضعیف
سلامت روانی	۱	امنیت	۸٫۷۱	۹٫۵۷	۹٫۲۴
	۲	چشم انداز	۸٫۹۹	۸٫۷۱	۸٫۰۴
	۳	ابعاد	۷٫۹۲	۷٫۶۲	۶٫۴۴
	۴	نور	۶٫۸۵	۶٫۳۶	۵٫۲۸
	۵	حریم بصری	۶٫۰۵	۵٫۹۱	۵٫۱۴
	۶	فضای سبز	۶٫۸۳	۵٫۸۷	۴٫۵۰
	۷	آلودگی صوتی، نوری، بصری	۵٫۰۲	۵٫۵۱	۴٫۴۴
	۸	حریم صوتی	۳٫۵۹	۴٫۴۱	۷٫۳۰
	۹	تفکیک فضای عمومی از خصوصی	۳٫۳۳	۴٫۴۰	۵٫۷۹
	۱۰	وجود فضای آرامش بخش	۳٫۹۲	۴٫۱۶	۵٫۳۰
	۱۱	انعطاف پذیری	۴٫۸۰	۳٫۴۷	۴٫۵۴
کای دو					
سطح معناداری					
درجه آزادی					
۱۰					

جدول شماره ۶: رتبه بندی اولویت مؤلفه های سلامت اجتماعی در انتخاب مسکن آپارتمانی بر اساس منطقه مسکونی

شاخص	رتبه	میانگین رتبه			
		مؤلفه	مرفه	متوسط	ضعیف
سلامت اجتماعی	۱	امنیت اجتماعی	۴,۳۳	۴,۲۱	۴,۰۸
	۲	مشابهنیت با همسایگان	۳,۵۷	۳,۰۱	۲,۲۵
	۳	فضایی برای ارتباط افراد خانواده	۳,۰۷	۳,۳۶	۳,۶۹
	۴	فضایی برای تعامل با همسایه	۲,۲۸	۲,۲۵	۲,۵۴
	۵	تمایل به معاشرت با همسایه	۱,۷۴	۲,۱۷	۲,۴۵
		کای دو	۲۰۸,۹۲۶	۱۵۱,۶۹۴	۱۴۶,۹۰۲
		سطح معناداری	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰
		درجه آزادی	۴	۴	۴

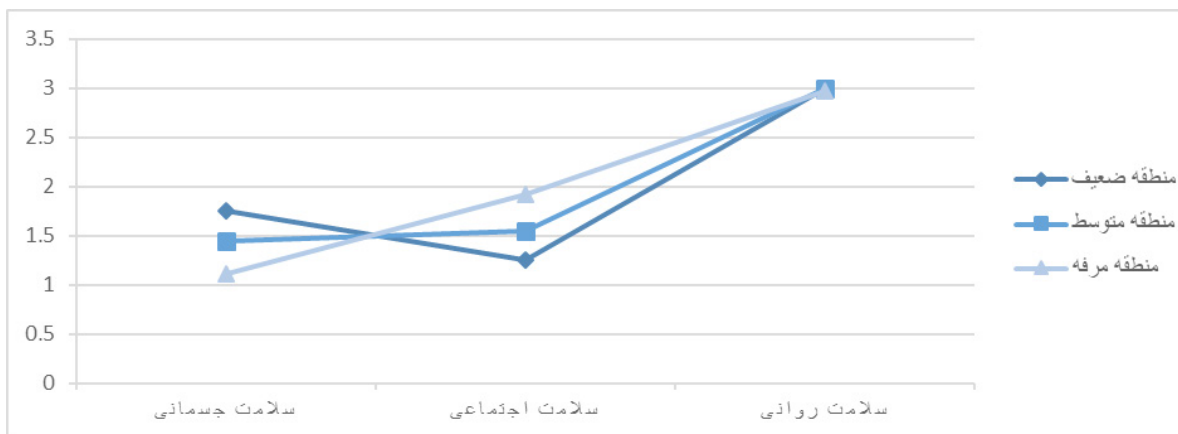
تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد است که تحت تأثیر شرایط مختلفی به وجود می آید. وجود نور کافی در خانه، داشتن چشم انداز مناسب به بیرون، داشتن امنیت در خانه (هم از بعد فیزیکی و هم از بعد بصری) و مواردی از این قبیل، مهمترین شاخص هایی هستند که می توانند در خانه باعث ایجاد آرامش شده و افراد با هر سطح درآمدی در انتخاب مسکن مورد نظر خود، سعی در ارزیابی این موارد (در برخورد نخست با خانه) می نمایند. بنابراین تأمین سلامت روانی برای افراد با سطوح اقتصادی مختلف، مهمترین انتظاری است که از یک خانه دارند.

بر اساس جدول شماره ۴ در بعد "سلامت جسمانی"، مؤلفه امنیت فیزیکی ساختمان، مهمترین مؤلفه ای است که در انتخاب افراد مد نظر قرار دارد. منظور از این مؤلفه توجه به مواردی چون استحکام سازه و مقاومت آن در مقابل زلزله و آتش سوزی، ایمنی در مقابل افتادن از پله، جان پناه و مواردی از این قبیل است. با این حال به نظر می رسد این موضوع ریشه در نیازهای فیزیولوژیکی انسان از جمله ایمنی در مقابل خطرات دارد و به همین منظور این امر در انتخاب مسکن به عنوان یک اولویت مهم مد نظر قرار دارد. همچنین نتایج این جدول نشان می دهد که در هر سه منطقه مسکونی، اولویت افراد به "وجود فضای باز (تراس، حیاط یا پشت بام)" به منظور بالا بردن فعالیت بدنی و جلوگیری از بروز بیماری های تنفسی، نسبت به دیگر مؤلفه های سلامت جسمانی، در دومین رتبه قرار دارد. این موضوع بر ضرورت طراحی و ساخت فضاهای نیمه باز و باز در مجموعه های مسکونی و جایگاه آن در

با بررسی تطبیقی نتایج حاصله در جدول های شماره ۴، ۵ و ۶ مشاهده می شود که ترجیحات افراد نسبت به انتخاب مؤلفه امنیت در دو بعد سلامت جسمانی و سلامت اجتماعی، در هر سه منطقه مسکونی، در بالاترین رتبه قرار دارد و در بعد سلامت روانی نیز این مؤلفه در منطقه مرفه در سطح دوم و در منطقه متوسط و ضعیف در بالاترین سطح قرار دارد. همچنین مقدار به دست آمده در سطح معناداری این آزمون ها و کوچکتر بودن آن از مقدار ۰,۰۵، نشان از صحت معناداری این رتبه بندی در میان مناطق مورد نظر دارد. بنابراین فرضیه دوم مبنی بر اختصاص بیشترین رتبه میانگین اکتسابی به "مؤلفه امنیت" در ترجیحات افراد انتخاب مسکن از بعد سلامت مورد تأیید قرار می گیرد که این موضوع نشان از اهمیت این مؤلفه در ترجیحات افراد در انتخاب خانه است.

۴,۳ بحث

با توجه به نتایج به دست آمده در ارتباط با فرضیه نخست، به نظر می رسد که موضوع تأمین سلامت روانی و مؤلفه های مرتبط با آن از جمله امنیت، چشم انداز، نور، فضای سبز، وجود فضای آرامش بخش، انعطاف پذیری و... مهمترین مسئله ای است که متقاضیان مسکن از خانه ای که می خواهند در آن ساکن شوند، انتظار دارند. شاید علت این امر احساس نیاز افراد به "آرامش" در خانه است که امروزه به ویژه در زندگی شهری معاصر، به مهمترین دغدغه و انتظار افراد از خانه هایشان تبدیل شده است. موضوع آرامش در خانه هم در بعد روحی و هم در بعد روانی، موضوعی



تصویر شماره ۸: رتبه بندی میانگین سه بعد سلامت در انتخاب مسکن آپارتمانی بر اساس مناطق مسکونی

ترجیحات سکونتی افراد تأکید دارد.

در ارتباط با بعد سلامت روانی و نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۵، مشاهده می‌شود که در دو منطقه مسکونی متوسط و ضعیف، افراد به هنگام انتخاب مسکن، مؤلفه‌هایی چون امنیت ساختمان به لحاظ جرم‌خیزی (دزدی، نبود حصار، وجود فضاهای تاریک و ...)، تراکم واحدها در ساختمان، محدوده قلمرو، عدم اشرافیت، افزایش قابلیت رؤیت پذیری و مواردی از این قبیل را مد نظر قرار داده‌اند. علت این اولویت بندی را می‌توان در میزان اهمیت مؤلفه امنیت، به عنوان دومین سطح از نیازهای انسان دانست؛ به گونه‌ای که نحوه پاسخگویی به آن، تأثیر مستقیمی بر رضای سایر نیازهای فرد دارد. طراحی مناسب و کاربری مؤثر محیط ساختمان است که می‌تواند منجر به کاهش جرم و ترس ناشی از جرم شود. به عبارت دیگر طراحی مناسب و استفاده درست از محیط می‌تواند علاوه بر بهبود کیفیت زندگی، از ترس ناشی از وقوع جرم پیشگیری نماید. با این حال و علی‌رغم موارد عنوان شده در ارتباط با سلامت روانی افراد، نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که علی‌رغم دو منطقه مسکونی متوسط و ضعیف که مؤلفه امنیت در اولویت انتخاب آنها قرار داشت، در منطقه مسکونی مرفه، عمق دید و چشم‌انداز مناسب از طریق پنجره، مؤلفه‌هایی هستند که در حوزه سلامت روانی، بیشترین میانگین را به خود اختصاص داده‌اند و مؤلفه امنیت در این محلات در اولویت دوم قرار دارد. به نظر می‌رسد علت این امر، نوع سازماندهی بافت مسکونی در این گونه محلات باشد. چراکه عموماً در شهرها، مناطق مرفه، مناطقی نوساز هستند که علاوه بر کیفیت بالای ساخت در این محلات، از منظر شهری نیز دارای ساختاری منظم و از پیش طراحی شده هستند. این امر علاوه بر این که امنیت این محلات را تا حد زیادی تأمین می‌کند، به واسطه اصرار به اعمال قوانین شهرسازی در ساخت این ابنیه، مواردی چون کنترل دید و مقوله اشراف، نور و سایه‌اندازی بناها بر روی یکدیگر (البته به صورت نسبی) و مواردی از این قبیل نیز تا حدی جلوگیری می‌نماید. بنابراین تمایل به استفاده از نور و چشم‌انداز در این خانه‌ها از منظر ساکنان آنها بیشتر از مسئله امنیت شده و همین امر در اولویت افراد در انتخاب خانه در چنین محلاتی می‌شود.

در ارتباط با موضوع سلامت اجتماعی در محلات مورد بررسی (نتایج جدول شماره ۶) مشاهده می‌شود که مؤلفه "امنیت اجتماعی" در ارتباط با وضعیت اجتماعی-فرهنگی همسایگان، مهمترین اولویت افراد در انتخاب مسکن به شمار می‌رود. تعامل اجتماعی با همسایگان از جمله ملزومات زندگی جمعی در فضاهای سکونتگاهی است و هرچه میزان این تعامل بیشتر باشد، تمایل افراد به حضورپذیری در فضا، مشارکت و سرزندگی اجتماعی در آن و در نهایت احساس تعلق مکانی در بین آنها افزایش یافته و این موضوع علاوه بر افزایش کیفیت زندگی، باعث شکل‌گیری هویت فردی و اجتماعی برای ساکنان می‌شود. تأکید بر این که همسایگان در یک مجموعه مسکونی چه افرادی هستند و از نظر اجتماعی در چه سطحی قرار دارند، یکی از مهمترین چالش‌های روبه‌روی افراد در زمان انتخاب محل سکونتشان است. علت

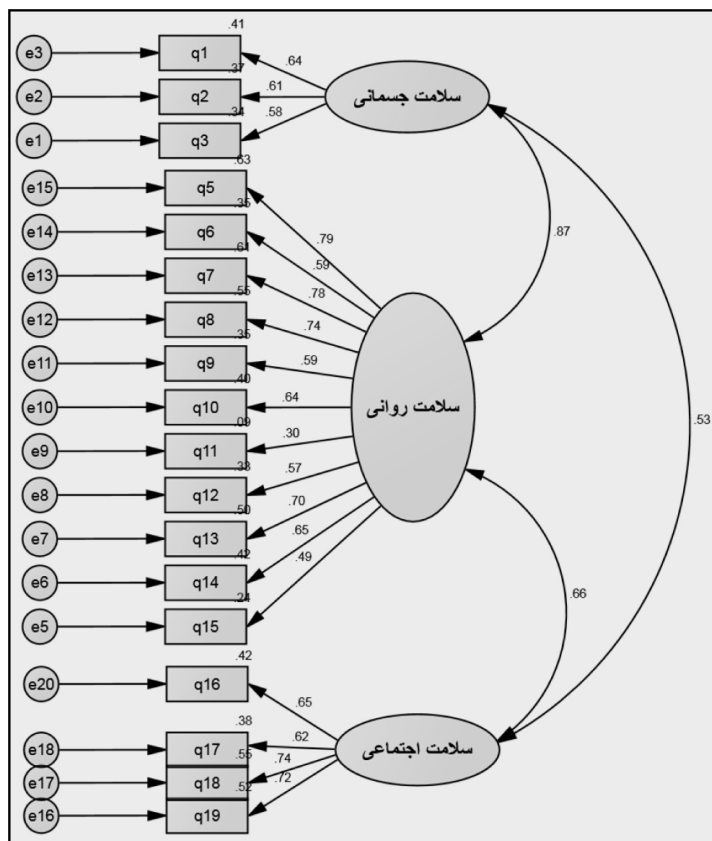
این امر از آنجا ناشی می‌شود که امنیت اجتماعی و فرهنگی افراد در محل سکونتشان، ارتباط بسیار نزدیکی با جو اجتماعی حاکم بر همسایگان داشته و تعامل سازنده با آنها از بروز بسیاری از بزهکاری‌ها و کج‌روی‌ها به ویژه در ارتباط با کودکان ممانعت به عمل می‌آورد. به همین منظور این موضوع در ارتباط با تمام اقشار اقتصادی جامعه به عنوان یک اولویت در باب سلامت اجتماعی محل سکونتشان مد نظر قرار دارد. تصویر شماره ۸، رتبه‌بندی میانگین سه بعد سلامت در انتخاب مسکن آپارتمانی براساس مناطق مسکونی را نشان می‌دهد.

۴.۴. تدوین مدل نهایی

به منظور جمع‌بندی و تدوین مدل نهایی از مجموع تحلیل‌های صورت گرفته در میان ۳۳۶ نفر افراد ساکن در سه منطقه مسکونی، از روش تحلیل عاملی استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای تحلیل عاملی تأییدی، با کمک نرم‌افزار ایموس^۱ (تصویر شماره ۹) و معیارهای برازش مدل مفهومی پرسشنامه پژوهش، در جدول شماره ۷ آورده شده است.

طبق جدول شماره ۷، مقادیر معیارهای برازندگی شامل نسبت کای اسکور بر درجه آزادی ($X^2/df=1/71$) با سطح معناداری ($P=0/08$)، شاخص نیکویی برازش ($GFI=0/96$)، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد ($RMSEA=0/04$)، برازش مقایسه‌ای یا تطبیقی ($CFI=0/98$)، شاخص برازش هنجار شده ($NFI=0/95$) و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده ($AGFI=0/94$) به دست آمدند که همگی قابل قبول هستند.

مندرجات تصویر شماره ۹ نشان می‌دهد که در بخش سلامت جسمانی، بیشترین ضریب بار عاملی مربوط به گویه ۱ (مؤلفه ایمنی) ($0/64$) است و همچنین گویه ۴ (مؤلفه فضای باز)، به دلیل داشتن بار عاملی کمتر از $0/30$ با مؤلفه «سلامت جسمانی» از تحلیل حذف شد. اما بقیه بارهای عاملی در سطح $P < 0/001$ ، بار مثبت و معنی‌دار نسبت به این مؤلفه داشتند. در بخش «سلامت روانی»، بیشترین ضریب بار عاملی مربوط به گویه ۵ (مؤلفه امنیت) ($0/79$) است و در بخش «سلامت اجتماعی»، بیشترین ضریب بار عاملی مربوط به گویه ۱۸ (مؤلفه امنیت اجتماعی) ($0/74$) است؛ این در حالی است که گویه ۲۰ (مؤلفه وجود فضایی برای تعامل با همسایه)، به دلیل داشتن بار عاملی کمتر از $0/30$ با مؤلفه سلامت اجتماعی حذف شد. اما بقیه بارهای عاملی در سطح $P < 0/001$ ، بار مثبت و معنی‌دار با این مؤلفه داشتند. همچنین براساس مدل نهایی می‌توان بیان کرد که از بین مؤلفه‌های سلامت، «سلامت روان» در رتبه نخست، «سلامت اجتماعی» در رتبه دوم و «سلامت جسمانی» در رتبه سوم در انتخاب مسکن آپارتمانی در شهر شیراز نقش داشته است. همچنین می‌توان دریافت که مؤلفه «امنیت» در هر سه بعد سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی) بیشترین ضریب بار عاملی را به خود اختصاص داده است. این امر مبین میزان اهمیت این مؤلفه در ترجیحات افراد در انتخاب واحد آپارتمانی مطلوب است. تأمین نیاز به ایمنی و محافظت انسان



تصویر شماره ۹: نتایج حاصل از تحلیل عامل تأییدی گویه‌های خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه محقق ساخته مؤلفه‌های سلامت در انتخاب آปรتمان در شهر شیراز

جدول شماره ۷: معیارهای برازش محاسبه شده برای پرسشنامه محقق ساخته مؤلفه‌های سلامت

ردیف	معیار	حدود قابل قبول	مقدار معیار	نتیجه اجرا
۱	نسبت کای اسکور بر درجه آزادی (DF/X^2)	کمتر از ۳	۱/۷۱	
۲	سطح معناداری (P)	بیشتر از ۰/۰۵	۰/۰۸	
۳	شاخص نیکویی برازش (GFI)	بالای ۰/۹۵	۰/۹۶	
۴	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۴	
۵	برازش مقایسه‌ای یا تطبیقی (CFI)	بالای ۰/۹۰	۰/۹۸	
۶	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	بالای ۰/۹۰	۰/۹۵	
۷	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	بالای ۰/۹۰	۰/۹۴	

۵. نتیجه‌گیری

افزایش روزافزون جمعیت و به دنبال آن، تبدیل آپرتمان نشینی به فرم غالب مسکن شهری، پیامدها و چالش‌های جدیدی را در حوزه سلامت انسان‌ها به وجود آورده است. کاهش سلامت جسمانی همچون اضافه وزن و کمبود ویتامین D، کاهش سلامت اجتماعی و انواع آسیب‌های اجتماعی، جداسازی اجتماعی و کاهش فضاهای شخصی افراد و نیز کاهش سطح سلامت روانی، برخی از پیامدهای یادشده و تهدید کننده سلامت ساکنان به شمار می‌رود. این در حالی است که از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، تأمین همزمان سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی، سلامت نام دارد. با توجه به نتایج به دست آمده از این نوشتار، به نظر می‌رسد از میان سه بعد سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی، افراد به بعد "سلامت روانی" شامل مؤلفه‌هایی چون امنیت، چشم‌انداز، نور، فضای سبز، وجود

از خطرات احتمالی در ساختمان در حوزه «سلامت جسمی»، تضمین کیفیت زندگی با وجود امنیت روانی در مسکن در حوزه «سلامت روانی» و تأمین امنیت در مسکن به عنوان نخستین ضامن شکل‌گیری رابطه اجتماعی در حوزه «سلامت اجتماعی»، از جمله مهمترین مؤلفه‌های ترجیحات مردم به شمار می‌روند؛ به گونه‌ای که نحوه پاسخگویی به آنها، تأثیر مستقیمی در ارضای نیازهای دیگر فرد و کیفیت زندگی وی دارد. گفتنی است نتایج فوق می‌تواند براساس الگوی زندگی، فرهنگ و مهم‌تر از همه، وضعیت اقتصادی و معیشتی افراد متغیر باشد. به عبارت دیگر، شاخص اقتصادی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد می‌تواند بر ترجیحات و میزان توجه آنها به تأثیر مسکن، بر سلامت فردی و اجتماعی، تأثیر مستقیم و بی‌واسطه بگذارد.

فضای آرامش بخش، انعطاف پذیری و... در انتخاب خانه، توجه بیشتری داشته و این بعد از سلامت، در اولویت نخست ترجیحات آنان قرار دارد.

همچنین نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که میان وضعیت اقتصادی و معیشتی افراد و نوع ترجیحات آنها نسبت به ابعاد سلامت ارتباط معناداری وجود دارد و وضعیت اقتصادی افراد می‌تواند بر میزان توجه آنها به مؤلفه‌های مولد سلامت در بعد مسکن تأثیرگذار بوده و سلامت آنان را تأمین یا تهدید نماید. گفتنی است امروزه وضعیت اقتصادی به عنوان یکی از عوامل تهدید کننده سلامتی به شمار می‌رود، به طوری که در سیاست‌گذاری‌های سلامت و اقدامات پیشگیری و مداخله‌ای بیماری‌ها، وضعیت اقتصادی در مقوله بهداشت عمومی بسیار حائز اهمیت است. همچنین براساس نتایج به دست آمده از این نوشتار بر لزوم توجه به تأثیر مؤلفه‌های فیزیکی ساختمان بر سلامت ساکنان تأکید شده است؛ به گونه‌ای که یک ساختمان می‌تواند از بروز بیماری در ساکنان جلوگیری کرده و مانع صرف هزینه‌های بسیار به منظور درمان شود. نتایج این تحقیق می‌تواند در نوع خود، راهنمای مفیدی برای سیاست‌گذاران امر ساخت‌وساز مسکن و نهادهای اجتماعی اثرگذار بر ترویج الگوی زندگی مدرن شهری باشد. آنچه روشن است، الگوی زندگی و اسکان مدرن شهری و آپارتمان نشینی کنونی در ایران، الگویی وارداتی و منسوخ شده از دیگر کشورها، بدون توجه به جنبه‌های روان شناختی و جسمانی و اجتماعی افراد بوده و طبعاً جوابگوی شرایط کنونی

جامعه نیست و می‌تواند در بلندمدت آثار زیان بار جسمانی، روانی و اجتماعی را به همراه داشته باشد. اصلاح این الگوها، نیازمند همفکری متخصصان علوم پزشکی، اجتماعی، روان‌شناسان و مهندسان معمار و طراح است و تدوین ضوابط، مقررات و استانداردهای ساختمان، همکاری ارگان‌های ذی‌ربط (شهرداری و نظام مهندسی) و متخصصان حوزه علوم پزشکی، انسانی و اجتماعی را می‌طلبد. سازمان‌های کلان در امر سیاست‌گذاری سلامت می‌توانند با استناد به نتایج مطالعاتی از این دست، با ایجاد تعاملات مفید و سازنده با مؤسسات و نهادهای دولتی، از ایجاد توسعه و ترویج مخاطرات الگوهای زندگی شهری پیشگیری کنند. سازمان‌های متولی ساخت‌وساز نیز با اتکا به نتایج مطالعاتی که با نگاهی نقادانه، جزئیات زندگی آپارتمان نشینی را زیر ذره‌بین سلامت می‌برند، می‌توانند در وضع قوانین و مقرراتی که در نوع خود بر سلامت ساکنان اثر گذارند، اقداماتی مهم به منظور بالا بردن کیفیت زندگی ساکنان انجام دهند. امید است در آینده‌ای نه چندان دور، شاهد دستاوردهای نوینی در صنعت ساختمان و طراحی واحدهای مسکونی، بر مبنای ابعاد همه جانبه سلامت باشیم به گونه‌ای که نه تنها ساختمان‌ها سلامت افراد را تهدید نکرده، بلکه خود خاصیت درمانگری را نیز برای انسان‌ها به ارمغان بیاورند. جدول شماره ۸ بخشی از راهکارهای پیشنهادی حاصل از پژوهش حاضر را برای بهبود کیفیت مسکن استیجاری در سه حوزه سلامت معرفی می‌نماید.

جدول شماره ۸: راهکارهای پیشنهادی برای بهبود کیفیت مسکن استیجاری در سه حوزه سلامت

ابعاد سلامت	مؤلفه‌های فیزیکی مسکن استیجاری
سلامت جسمانی	<p>۱. توجه به امنیت فیزیکی (ایمنی) ساختمان شامل سازه و زلزله، ایمنی در افتادن از پله، آتش سوزی و اطفای حریق</p> <p>۲. توجه به مسائل اقلیمی از قبیل نور طبیعی، جهت گیری خانه، امکان تهویه طبیعی در ساختمان</p> <p>۳. بهداشت و نظافت ساختمان، عدم وجود بوی نامطبوع</p> <p>۴. فضای باز (تراس یا حیاط یا پشت بام) به منظور بالا بردن فعالیت بدنی و جلوگیری از بیماری‌های تنفسی</p>
سلامت روانی	<p>۱. توجه به امنیت ساختمان به لحاظ جرم خیزی (دزدی و...) و (نبود حصار، وجود فضاهای تاریک و...)</p> <p>۲. نبود آلودگی صوتی، نوری یا بصری از منظر ایجاد آرامش روانی</p> <p>۳. توجه به عمق دید و چشم‌انداز مناسب</p> <p>۴. توجه به ابعاد خانه و تک تک فضاها (خواب، نشیمن، آشپزخانه و...) از منظر ایجاد آرامش روانی</p> <p>۵. حفظ حریم صوتی (فضاهای هر واحد نسبت به هم و واحد نسبت به واحد همسایه) و حریم بصری (دید از بیرون به درون و اشرف واحد‌ها به هم (محرمیت) در واحد مسکونی</p> <p>۶. تفکیک فضاهای خصوصی از عمومی در ساختمان و انعطاف پذیری در فضا (تغییر مبلمان، رنگ، نور، کاربری و نوع استفاده از فضا)</p> <p>۷. وجود فضاهای آرامش بخش برای تأمل و تفکر (خلوت) در طراحی خانه</p> <p>۸. میزان نور طبیعی و مصنوعی به منظور تولید آرامش روانی و وجود فضای باز و فضای سبز (حیاط یا تراس) از منظر تولید آرامش</p>
سلامت اجتماعی	<p>۱. وجود فضایی به منظور ارتباط کلیه افراد خانواده و تعامل آنها با یکدیگر</p> <p>۲. وجود فضایی برای ارتباط و معاشرت با همسایگان و تعامل با آنها</p>

Page(s) 105 To 132. [in Persian]

- Ahmadi, H., Eslam, A., (2009). A Survey on Socio-Economic Factors in Relation to Quality of Life, Jamee Shenasi Karbord Journal, No. 35, Page(s) 111 To 134. [in Persian]

References:

- Abdollahi, D., Rabani, R., Varesi, H. (2013). THE Relationship Between Apartment Complexes Architecture And Residents' Social Capital, Cultural Studies & Communication, Number 31;

- just cities? Urban planning and the contradictions of sustainable development, *Journal of American Planning Association*, 62, pp. 296- 312.
- Carp, F; Zawadski, R & Shokron, H (1976), Dimensions of urban environmental quality, *Environment and Behavior*, 8(2), 239-264.
 - Clare Cooper, M.(2003). The house as symbol of self, Translated by: Aalighian, Khial Journal, Number 36; Page(s) 84 To 119. [in Persian]
 - Cozens, P. & Hiller, D. & Prescott G., (2001). Crime and the Design residential Property– Exploring the Theoretical Background, *Journal of Property Management*, Vol. 19, Issue 2, PP. 136-164.
 - Craig Zimring, Anjali J, Gayle L, Nicoll M, Sharon T, March M, Influences of building design and site design on physical activity: Research and intervention opportunities, *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 2: 186–193.
 - Davidson, J. (2001). Fear and trembling in the mall: women, Agoraphobia, and body boundaries, In I. Dyck, N. D. Lewis, S. Mc Lafferty, *Geographies of women's health*, 213-230. London: Rutledge.
 - Ebrahimzadeh, I., Sargazi, Z. (2010). Cultural problems of residents apartments in Islamic cities Case study: city of Zahedan, 4th international congress of the Islamic world geographers 14-16 April, Zahedan-Iran. [in Persian]
 - Eriksson, Jan, (1994). Dwelling Values Aspects of Housing Quality, ENHR Conference in Glasgow.
 - Evans, G. W. (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4), 536-555.
 - Galster, George. Hesser, Garry (1981), «Residential satisfaction: Compositional and Contextual Correlates, *J. Environment and Behavior*», Vol.13, No.6.735-58.
 - Garousi, S., Shamsedini ,M.,(2014). Residents' Access Level To Municipal Services And Their Sense Of Social Justice (Case of Study: City of Kerman, IRAN), *URBAN STUDIES Journal*, Volume 4 , Number 12; Page(s) 51 To 74. [in Persian]
 - Ghaffari, A., Banaei,M., (2011). What Is Healthy House?, *Housing And Rural Environment*,
 - Ahmadi ,A.M., Ghaffari, H.M., Emadi, S.J. (2011). Relationship Between Macro economic Variables With Health In IRAN (1981-2007), *Social Welfare Journal* , Number 39; Page(s) 7 To 32. [in Persian]
 - Ajilian,S.,Rafeian,M., Ahgasafari,A.(2016).Principles, dimensions and variables concerning the residential satisfaction in Mehr housing project (the case study of Mehregan town). *Motaleat e Shahri Journal*, No19, Page(s) 27 To 35. [in Persian]
 - Ali Alhesabi M., Daneshmand, S.,(2008). Evaluating The Adjacency Capacity Of The Spatial Territories In Residential Unit, *International Journal Of Industrial Engineering And Production Management (IJIE)*, , Volume 19 , Number 6; Page(s) 23 To 33[in Persian]
 - Amerigo, M & Aragones, J(1997), A theoretical and methodological approach to the study of residential satisfaction, *Journal of Psychology*, 17, 47-57.
 - Amole, dolapo (2009), Residential satisfaction in student's housing, *Journal of environmental psychology* 29, pp.76-85.
 - Amini,S.,Hoseini,B.,Nouroozian,S.(2013). A comparative study of residents' satisfaction between two samples of mid-level and high-rise residential complexes, *Arman Shahr Journal*, No. 11. [in Persian]
 - Asefi,M., Imani,I. (2016).Redefining Design Patterns of Islamic Desirable Contemporary Housing through Qualitative Evaluation of Traditional Homes, *Journal of Research in Islamic Architecture*, No.11, summer. [in Persian]
 - Bahrapour,A.,Modiri,A. (2015).Study of Relationship Between Residents Satisfaction from Living Environment and their Attachment Sense In Kowsar High-Rise Residential Complex, , *Honar haye Ziba Journal*, No. 20, Page(s) 85To 94. [in Persian]
 - Bardo, J.W. (1984). Sociospatial Predictors of Community Satisfaction, *Journal of Social Psychology*, 122, 189-198.
 - Baum, A., Singer, J. E. (1982). Advances in environmental psychology, 4, *Environment and health*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
 - Campbell, S (1996), Green cities, growing cities,

Deprived and Affluent Neighborhoods in Sweden, *Journal of Health & Place* 17, PP.132-139.

- Kearns, A.R., Collins, C.A. (2000). Newzealand Children`s Health Camps: Therapeutic Landscape Meet the Contract State, *Social Science& Medicine*, 51, 1047-1059.
- Keyes, C.L.M. (1998). "Social well-being". *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Kinsey, J & Lane, S (1983), Race, housing attributes and satisfaction with housing, *Housing and Society*, 10, pp. 98-116.
- Kuo, F., Fable, V., Taylor, A. (2009). Children with attention deficits concentrate better after walk in the park, *Journal Attention Disorders*, 12, 402-409.
- Lang, J. (2002). *Creating architectural theory: the role of behavioral, sciences in environmental design*, Translated by: Eynifar, Tehran university.
- Lansing. J.B. and G. Hendricks (1967), *Living Patterns and Attitudes in the Detroit Region. k*, Detroit regional Transportation and Land Use Study.
- Masoudinejad, S., (2013). Sky As Landscape: Sky In Landscape Preferences, *SOFFEH Journal*, Number 62; Page(s) 27 To 44. [in Persian]
- Masoudinejad, S., (2016). Viewing right; Role of window view in the health of citizens and its position in the creation of residential environments, *Haft Shahr Journal*, Number 53-45. [in Persian]
- Mehregan, N., Ghasemifar, S., Sohrabi, H, Rashid, K. (2016) . The Impact Of Economic And Social Conditions On Mental Health Across Provinces Of Iran (1378-1391)
- Majles & Rahbord , Spring, Volume 23 , Number 85; Page(s) 85 To 106. [in Persian]
- Miller. F. D., S. Tseraberis, G. P. Malia. & D. Greg (1980). Neighbourhood satisfaction among urban dwellers. *Journal of Social Issues* 363. 101-117.
- Mohit, Ma. M. Ibrahim and YR. Rashid (2010). Assessment of residential satisfaction in newly designed public low-cost housing in Kuala Lumpur, Malaysia. *Habitat Int.*, 34: 18-27.
- Noori, M., Asadpoor , K., (2016). Investigating the Factors Affecting the Level of satisfaction among Residents in "MEHR" Housing Project in Dehaqan, Iran. *Motaleate Shahri Journal*, Number18;

Number 133; Page(s) 15 To 28. [in Persian]

- Ghiasi, M., Azimi, S., Shahabian, P., (2013) . Evaluating The Degree Of Relation Of Residential Satisfaction With House, Neighbor Unit And Neighborhood Variables (Case Study: Farabi Physicians' Residential Complex), *HOVIATESHAHR Journal*. Number 15; Page(s) 47 To 58. [in Persian]
- Gifford, R., (1999). Perception and cognition of the environment, Translate by: Dehbashi, N., Memari va Farhang Journal, , Number 3; Page(s) 5 To 23. [in Persian]
- Hashempour, P., KeyNejad, M. (2012). Improvment Of Home Quality With Altruistic Element Housing And Rural Enviroinment, Number 140; Page(s) 28 To 13. [in Persian]
- HashemNejad, H., Masoudinejad, M., Ahadi, A. (2015). The Effect of Openings on Privacy Satisfaction in Residential Complexes, Case Study: New Shooshtar., *Armanshahr Journal*, Number 15; Page(s) 157 To 168. [in Persian]
- Hakimian, P., (2012). The dimension of urban design health, *Soffeh Jurnal*, No. 56., Page(s) 88 To 100. [in Persian]
- Haghdoost, A., Bagheri, P., Dortaj Rabori, E. (2013). The Comparison of Quality of Life in Over 15 Years People in Down Apartment Residents Versus Non-Down Apartment Residents in Shiraz City in 2010 -2011, *Iranian Journal of Epidemiology*; 9(3): 61-74. [in Persian]
- Hazrati , S. (2004). Social harms of apartment families and its solutions, *Congress of Family Pathology in Iran*, Bhshti University, Tehran. [in Persian]
- Jelinkova, Z & Picek, M (1984), Physical and Psychological Factors Determining Population Responses to Environment, *Activ. Nerv. Sup.*, No.26, pp.144-146.
- Jomepour M, Ebrahimi A., (2015) . The Measurment And Evaluation of the Component of Social SUSTAINABILITY sustaibility in Apartment Complexes, *Urban Studies*, Fall, Volume 5 , Number 16; Page(s) 1 To 30. [in Persian]
- Kawakami N, & Winkleby, M & Skog, L & Szulkin, R, & Sundquist K., (2011). Differences in Neighborhood Accessibility to Healthrelated Resources: A Nationwide Comparison between

- Social Problems of Iran Journal, Number 8; Page(s) 31 To 53. [in Persian]
- Shaw, M. (2004). Housing and public health, Annual Review of Public Health, 1(25), pp397-418.
 - Shokri, P., (2014). The Study Components of Effective on Citizen Satisfaction The Quality Of Residential Environment (Case Study: Regions 1 and 8 of Tabriz), Geographic Space, Fall, Volume 14, Number 47; Page(s) 67 To 82. [in Persian]
 - Shulz, C., (2010). The concept of dwelling: on the way to figurative architecture, translated by: Yar Ahmadi, M., Nashr Agah, Tehran. [in Persian]
 - Thomson, H. & Petticrew, M. (2005) Is Housing Improvement a Potential Health Improvement Strategy? Geneva: WHO Health Evidence Network (Geneva: WHO).
 - Tyson, G.A., Lambert, G., Beattie, L. (2002). The Impact of Ward Design on the Behaviour, Occupational Satisfaction and Well-Being of Psychiatric Nurses. International Journal of Mental Health Nursing, 11(2), 94-102.
 - Varaday, D.P (1983). Determinants of residential mobility, Journal of the American Planning Association 49, 184-99.
 - Velarde, M. D., Fry, G. Tveit, M. (2007). Health effects of viewing Landscapes- Landscape types in environmental psychology, Urban Frosty & Urban Greening, 199-212.
 - Zabihi, H. Habib, F., Rahbarimanesh, K. (2011). Relevance Between Acquiescence of Habitations and Impacts On Relationship, Hovite shahr Journal, Spring-Summer, Volume 4, Number 8; Page(s) 103 To 118. [in Persian]
 - Zarghami, E., Sadat, A., (2016). comparative analysis of indicators of housing on the basis of today's Persian-Islamic culture with apartment housing. Naghshe Jahan Journal, 6 (2): 60-72. [in Persian].
 - Page(s) 76 To 63. [in Persian]
 - Pajuyan, J., Vaezi, V. (2011). The Relationship Between Distribution Of Income And Health Economy In Iran, Economic Research Review Sumer, Volume 11, Number 2 (41); Page(s) 137 To 158. [in Persian]
 - Perrins-Margalis, N. M., J. Rugletic, N. M. Schepis, H. R. Stepanski, and M. A. Walsh. (2000). The immediate effects of a group-based horticulture experience on the quality of life of persons with chronic mental illness. Occupational Therapy in Mental Health, 16(1), 15-31.
 - Pillow, M. (1999). Ecological psychology, Environmental health.
 - Rahimi, G., (2010). Health world organization, Faculty of Para Medicine Journal, no 5. Page(s) 53 To 56. [in Persian]
 - Ranjbaran, M., Soori, H., , Etemad, K., Khodadost, M., (2015). Relationship between Socioeconomic Status and Health Status and Application of Principal Component Analysis, Journal of Jiroft University of Medical Sciences, Volume 1, Issue 1, Page(s) 9 To 19. [in Persian]
 - Rastegar, A., Aran, A., Sadeghi, S., (2012). Investigating the social capital of the neighborhood and its main consequences, Quarterly Journal of Socio - Cultural Development Studies, no 4. Page(s) 177 To 215. [in Persian]
 - Rezayi Moghadam, A., Arezo, H., Yosouf pour, V., Ebadi, M., (2012). Urban Planning and Management Conference, Ferdosi University, Mashhad. [in Persian]
 - Saffari nia, M. (2014). Social factors of Health psychology in Iran, Health Psychology, Vol.3. No.3, autumn, Page(s) 102 To 119. [in Persian]
 - Sah Abadi, A., Torkan, R., Khodadadi, A., (2014). Assessing the attitude of women in Yazd about apartment living, Volume 11, Page(s) 61 To 90. [in Persian]
 - Sajjadi, P., Poordehimi, S., Zarghami, E., (2011). Principles of Social Sustainability In Residential Complexes, From The Perspective of Iranian, Soffeh Journal, Winter, Volume 20, Number 51; Page(s) 75 To 87. [in Persian]
 - Samie, M., Rafee, H., Amini, M., Akbarian, M. (2010). Iran's social health: from the definition of consensus-based to evidence-based index.