نشریه تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی، سال نوزدهم، شماره ۵۵، زمستان ۹۸

ارزیابی اثرات طرح‌های هادی بر سلامت روان روستاییان (مطالعه موردی: بخش مرکزی شهرستان داراب)

دریافت مقاله: ۹۶/۱۲/۱۶ **پذیرش نهایی:** ۹۷/۶/۱۸

صفحات: ۲۱۳-۱۹۳

حمید حیدری مکرر: استادیار گروه جغرافیا و برنامه ریزی روستایی دانشگاه زابل، زابل، ایران[۱].
Email: hamidheidary1341@gmail.com
حمید رضا نسیمی : دانش آموخته جغرافیا و برنامه ریزی روستایی دانشگاه زابل، زابل، ایران.
Email: hnasimee@gmail.com
زهره رمضان پور: دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران.
Email: Zohrehramezanpoor74@gmail.com

چکیده

اقدامات متنوع عمرانی طرح‌های هادی، با فراهم نمودن بستر توسعه همه‌جانبه و بهبود شرایط زندگی در روستا، زمینه‌ساز ارتقاء سلامت روان روستاییان، به‌عنوان یکی از پیش شرط‌های اصلی رفاه اجتماعی شده است. بر این اساس، تحقیق حاضر در پی ارزیابی اثرات اقدامات طرح‌های هادی بر وضعیت سلامت روان روستاییان در بخش مرکزی شهرستان داراب بود. این تحقیق از نوع توصیفی- تحلیلی که در آن از روش اسنادی برای بررسی سوابق و تبیین مسئله، از روش پیمایشی برای جمع‌آوری داده‌ها با ابزار مشاهده، مصاحبه و تکمیل پرسشنامه در بین روستاییان استفاده گردید. همچنین برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، روش‌های آمار توصیفی، استنباطی و تحلیل فضایی با کمک نرم‌افزارهای Excel، SPSS و ArcGIS انجام شد. یافته‌های پژوهش مؤید آن بود که اقدامات اجرایی طرح‌های هادی در روستاهای مورد مطالعه در سطح مناسبی بود، همچنین نتایج آزمون t، مطلوبیت وضعیت عمومی سلامت روان روستاییان را نشان داد. بر این اساس کیفیت اجرای این طرح‌ها، در سطح اطمینان ۹۹ صدم، با وضعیت سلامت روان روستاییان دارای همبستگی بوده و نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که حدود ۲۰ درصد از تغییرات وضعیت سلامت روان روستاییان ساکن در روستاهای مورد مطالعه، توسط اجرای طرح‌های هادی قابل پیش‌بینی می‌باشد. دیگر نتایج تحقیق مؤید آن بود که میان وضعیت سلامت روان در هر سه گروه سنی مردان با یکدیگر، اختلاف معناداری وجود داشت ولی در میان زنان نیز تنها بین دو گروه سنی کهن‌سالان با جوانان و میان‌سالان اختلاف معناداری برقرار بود.

کلیدواژگان: طرح هادی، سلامت روان، روستا، شهرستان داراب.

۱.نویسنده مسئول: سیستان و بلوچستان، شهر زابل، دانشگاه زابل، دانشکده ادبیات، ۰۹۱۵۳۴۲۱۴۳۸

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

مقدمه

در دهه‌های اخیر با توجه به اهمیت روستا و روستاییان در فرآیند برنامه‌ریزی‌های کلان و افزایش آسیب‌های ناشی از مخاطرات طبیعی (سجاسی‌قیداری، ۱۳۹۵: ۱۵۲)، نیاز به اجرای برنامه‌های منسجم به‌منظور تغییر در کالبد و فضای فیزیکی روستا احساس می‌شود (Winograd & Andrew, 2009: 107) تا ارتقاء کیفیت زندگی، آسایش و رضایتمندی ساکنان را از طریق برآوردن نیازهای مادی و روانی آنان پاسخ گوید (حیدری، ۱۳۹۵: ۱۸۹). بدین ترتیب جامعه‌ای که مسکن مناسب، خدمات و حمایت‌های اجتماعی، گزینه‌های حمل‌ونقل کافی، آموزش و تنوع فرهنگی را فراهم می‌آورد (AARP, 2005: 2) و به‌صورت سیستمی، به ارتقاء خوشبختی فردی، اجتماعی، فیزیکی و توسعه ساکنانش توجه دارد (Song, 2011: 3)، به‌طور روزافزون اهداف خود را به سمت ایجاد جامعه‌ای سالم ارتقاء می‌دهد. زیرا که بنا بر نظر بسیاری از محققان، نامساعد بودن فضای کالبدی- فیزیکی در نواحی روستایی می‌تواند بر بسیاری از مؤلفه‌های زندگی سالم در این نواحی تأثیر گذارد. به‌عنوان نمونه، می‌تواند زمینه‌ساز بروز مهاجرت‌های روستایی (Herrmann & Svarin, 2009: 4)، افزایش نابرابری‌های اجتماعی (WHO, 2010: 5)، کاهش ضریب سلامت افراد ساکن در این روستاها (Howell et al, 2005: 8) و حتی افزایش خطر ابتلا به بیماری‌ها (Ruel et al, 2010: 54) نیز به‌حساب آید. بر این اساس، در طی سال‌های اخیر دولت‌ها در کشورهای مختلف جهان به علت آسیب‌پذیر بودن و ضعف نواحی روستایی نسبت به مخاطرات طبیعی و همچنین ناتوانی مالی خانوارهای روستایی جهت ارتقاء کیفیت مکان زندگی، برنامه‌های مختلفی برای توسعه و بهبود شرایط مناطق روستایی انجام داده‌اند (World Bank, 2008: 12) که از آثار و نتایج آن، فراهم آمدن فضای زندگی مناسب برای همه‌ی گروه‌ها، جهت کار و زندگی در کنار یکدیگر و با یک توازن مطلوب، جذاب، پویا، سالم و امن (Harman Shah et al, 2008: 25)، همراه با برخورداری از رفاه اجتماعی و روانی، احترام به طبیعت و عدم اتلاف منابع طبیعی است (Miller et al, 2013: 16)؛ بنابراین چنین توسعه‌ای پایدار و همه‌جانبه خواهد بود و می‌تواند نیازهای اساسی ساکنانش را تأمین نماید (Ruth & Franklin, 2014: 32) و منجر به حصول استانداردهایی بهتر برای انسان، بدون به خطر انداختن پایداری محیط‌زیست در طول زمان شود (Zanella et al, 2015: 696).

در این راستا، طرح‌ها و برنامه‌های متعددی در قالب مصوبات طرح‌های ساماندهی سکونتگاه‌های روستایی، طراحی و اجرا شده است (غفاری و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۲) که بی‌تردید یکی از مهم‌ترین طرح‌هایی که پس از پیروزی انقلاب اسلامی، در ایران مورد توجه قرار گرفت، طرح جامع توسعه روستایی یا به عبارتی طرح هادی روستایی بوده است (شهبازی، ۱۳۸۹: ۲۲۵). این طرح‌ها از راهبردهای غالب توسعه کالبدی- فیزیکی روستایی محسوب می‌شود (یعقوبی‌فرانی و معتمد، ۱۳۹۵: ۱۱۴) تا ارتقاء کیفیت زندگی، آسایش و رضایتمندی ساکنان را از طریق برآوردن نیازهای مادی و روانی آنان (حیدری، ۱۳۹۵: ۱۸۹)، در قالب اقداماتی در بخش‌های زیرساختی و خدمات‌رسانی عمومی، شبکه معابر و راه‌های ارتباطی، کاربری اراضی، مسکن و ساخت‌وساز، بهداشت و زیست‌محیطی، پاسخ گوید (بنیاد مسکن انقلاب اسلامی، ۱۳۹۶). بنابراین تردیدی نیست که عوامل کالبدی- فیزیکی مربوط به محیط زندگی به‌طور مستقیم و با ایجاد تحولات روانی مثبت بر سلامت روانی افراد تأثیرگذار خواهند بود. به‌طوری‌که مساعد بودن شرایط محیط زندگی، منجر به ایجاد حالات روانی مثبتی

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

همچون اعتماد به نفس، هدفمندی، تعلق، امنیت، پایداری و... می‌گردد و بر سلامت روان افراد اثرگذار می‌باشد (شارع‌پور و همکاران، ۱۳۹۳: ۸۵). لذا کارشناسان سلامت جهانی بر این باورند که سلامت روانی نیازی اساسی و حیاتی برای بهبود کیفیت محیط زندگی، قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح فضا و حل تضادها و تمایلات به شکل منطقی، عادلانه و مناسب است. سلامت روان صرفاً نداشتن بیماری نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع تجربیات زندگی به‌صورت انعطاف‌پذیر و معنی‌دار است (همان، ۸۰). لذا در این زمینه، برخی آن را معیاری برای میزان جذابیت، رفاه عمومی، بهزیستی اجتماعی، شادکامی و... دانسته‌اند و برخی نیز بخشی از کیفیت کلی زندگی (Mccrea & Walters, 2012: 192).

درگذشته بی‌توجهی به رونق زندگی روستایی اثرات منفی بسیاری بر سلامت روانی روستاییان داشته است؛ اما طی سه دهه‌ی اخیر، اجرای طرح هادی در نواحی روستایی کشورمان یکی از محورهای اصلی توسعه و پیشرفت این جوامع می‌باشد که به‌عنوان یکی از موضوعات مهم در مناطق روستایی به‌حساب می‌آید (Gallent, 2009: 207). از این حیث، به نظر می‌رسد روستاهای بخش مرکزی شهرستان داراب که از طرح‌های هادی برخوردارند، دارای بهبود نسبی در زمینه‌های شبکه معابر، زیست‌محیطی، بهداشتی، خدمات رفاهی و زیرساختی، کاربری اراضی، مسکن، تسهیلات و امکانات هستند و این شرایط بر ارتقاء سطح سلامت روان عمومی روستاییان تأثیرات مثبت قابل توجهی داشته است. بنابراین پرداختن به این موضوع بی‌شک اثرات مفید طرح‌های هادی بر سلامت روان روستاییان را شفاف‌تر نشان می‌دهد و می‌توان در جهت ارتقاء هر چه بیشتر سلامت روانی افراد ساکن در این سکونتگاه‌ها گام بردارد. بدین ترتیب بررسی مطالعات پیشین مؤید آن است که تاکنون در ارتباط با تأثیر اقدامات طرح‌های هادی بر وضعیت سلامت روان جوامع روستایی در ایران تحقیقی صورت نگرفته است. لذا این تحقیق به‌عنوان یک اقدام نو در پژوهش‌های روستایی، با هدف بررسی اثرات اقدامات طرح هادی بر سطح سلامت روان روستاییان حائز اهمیت خواهد بود. بر این اساس، پژوهش حاضر ضمن بررسی سطح کیفی اقدامات مختلف طرح هادی و ارزیابی وضعیت عمومی سلامت روان فعلی افراد ساکن در روستاهای دارای طرح، به دنبال پاسخ به این سؤال اساسی می‌باشد که اثرات اقدامات طرح هادی بر سطح سلامت روان ساکنان روستاهای مورد مطالعه چگونه است؟

مبانی نظری

برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران همواره اقدامات بسیار متنوعی را در راستای بهبود شرایط زندگی در مناطق روستایی طراحی و اجرا نموده‌اند (Mahon et al, 2012: 226) تا از طریق آن‌ها امکان هدایت روستاها به‌سوی پایداری و بهبود شرایط آن‌ها مهیا گردد (Huang et al, 2010: 1). بر این اساس، در دهه‌های اخیر، چارچوب شرایط برای توسعه روستایی تغییری بنیادی کرده است (Namdar and Sadighi, 2013: 2). زیرا متخصصان امر دریافتند که توسعه کالبدی- فضایی روستاها از جمله فراهم ساختن امکانات و زیرساخت‌های فیزیکی مختلف (Yansui, 2007: 564) و پیرو آن اصلاح و حفظ این زیرساخت‌ها در مناطق روستایی، نقش بسیار مهمی در دستیابی به توسعه هماهنگ و متوازن خواهد داشت (Shijie et al, 2011: 1113) که با در نظر گرفتن نیازهای نسل‌های آتی، نیازهای نسل حاضر را برآورده می‌سازد (Tanguay et al, 2010: 407). زیرا نبود امکانات و عدم برخورداری از خدمات توسعه زیربنایی و روبنایی، روز بروز از سهم جمعیت روستاها به نفع شهرها خواهد

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

کاست(سجادی و همکاران، ۱۳۹۰: ۷۸). بنابراین اهداف و اصول کلیدی همچون، قدرت انتخاب برای حمل‌ونقل، مسکن مناسب، ارتقاء رقابت اقتصادی، حمایت از اجتماعات محلی موجود، انطباق با سیاست‌ها، سرمایه‌گذاری‌ها و اجتماعات محلی در نظر گرفته می‌شود (Miller, 2010: 1).

به‌هرحال، در ایران هم طرح‌ها و اقداماتی پس از انقلاب، با هدف رفع محرومیت و بهبود وضعیت کالبدی - فیزیکی محیط روستاها صورت پذیرفته است (شمس‌الدینی و شکور، ۱۳۹۴: ۱۰۳) که یکی از مهم‌ترین این برنامه‌ها، طرح هادی روستایی می‌باشد (برزو و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۵۴) و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین برنامه‌های توسعه ملی مبدل گردیده است (مطیعی‌لنگرودی و همکاران، ۱۳۸۹: ۴۷). طرح‌های هادی برای روستاهای واجد شرایط، از سال ۱۳۶۶ با مسئولیت بنیاد مسکن انقلاب اسلامی و زیر نظر معاونت عمران روستایی عملیاتی شد (آسایش، ۱۳۹۵: ۷۸). این طرح در قالب یک متغیر بیرونی، به‌منظور هدایت و توسعه روستا برای سال‌های آتی و دستیابی به شرایط مطلوب زیستی، در راستای ابعاد توسعه روستایی طراحی و اجرا گشت (عنابستانی، ۱۳۸۸: ۱) و با اقداماتی در زمینه‌های زیرساختی و خدمات‌رسانی عمومی، شبکه معابر و راه‌های ارتباطی، کاربری اراضی، مسکن و ساخت‌وساز، بهداشت و زیست‌محیطی (بنیاد مسکن انقلاب اسلامی، ۱۳۹۶) موجب بهبود شرایط محیطی و توسعه روستاها، همچنین رفع چهره محرومیت از سیمای این‌گونه کانون‌های جمعیتی شد (شکور و شمس‌الدینی، ۱۳۹۳: ۴۰). بر این اساس، طرح هادی از جمله طرح‌های کاربردی در زمینه‌ی برنامه‌ریزی توسعه روستا به‌حساب می‌آید که در مقایسه با سایر برنامه‌های توسعه فیزیکی، از ویژگی‌ها و جایگاه خاصی برخوردار می‌باشد. لذا توجه به تأثیر دستاوردها و نتایج این طرح بر بهبود شرایط و کیفیت زندگی مردم روستایی و به‌تبع آن ارتقای زندگی آن‌ها حائز اهمیت می‌باشد (بنیاد مسکن انقلاب اسلامی، ۱۳۹۶).

بی‌تردید در دهه‌های اخیر، یکی از تحولاتی که روستاهای دارای طرح هادی با آن روبرو بوده‌اند، دگرگونی در وضعیت زیست‌پذیری و کیفیت زندگی بوده است (افراخته و همکاران، ۱۳۹۵: ۴۱۵). در این راستا، موضوع سلامت -سلامت جسمانی و روانی- که از ارکان توسعه پایدار و بخش جدایی ناپذیر آن برای شکوفایی و ارتقای وضعیت زندگی قلمداد می‌شود (علی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲: ۶۲۰)، به‌عنوان یکی از پیش شرط‌های اصلی نظام‌های رفاه اجتماعی به‌حساب می‌آید (رضایی و زیدآبادی، ۱۳۹۳: ۷۷). از این حیث، شناخت نیازهای اساسی افراد یک جامعه و فراهم آوردن شرایط و امکاناتی جهت رفع آن می‌تواند موجب پیشگیری بسیاری از مشکلات، اختلافات، نابسامانی‌های جسمانی و روانی و از سویی دیگر، سبب رشد و شکوفایی استعدادهای هرچه بیشتر افراد گردد (رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد، ۱۳۹۳: ۱۰۰). لذا بر اساس نظر متخصصان سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی، خودکارآمدی ادراک شده، خود پیروی، صلاحیت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی در سطح توانش‌های عقلی و هیجانی در میان دیگران و نه تنها فقدان بیماری یا ناتوانی را شامل می‌شود که می‌تواند چگونگی نگرش افراد به خود، زندگی‌شان و دیگران در نظر گرفته شود. اینکه افراد چگونه چالش‌ها و مشکلات زندگی خود را ارزیابی کرده، در ارتباط با آن‌ها تصمیم می‌گیرند. همچنین انجمن بین‌المللی سلامت روانی نیز، داشتن احساس خوشایند درباره خود و دیگران و توان رویارویی با تقاضاهای زندگی را از جمله ویژگی‌های برخورداری از سلامت روانی می‌داند (سبزه‌آرای‌لنگرودی، ۱۳۹۳: ۲؛ به نقل از سریویدهیا[1]، ۲۰۰۷) در این

[1]- Srividhya

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

زمینه، بررسی‌ها نشان می‌دهند که نقش کیفیت عوامل کالبدی مربوط به محیط زندگی در حوزه‌ی سلامت روانی و سازش یافتگی‌های هیجانی و اجتماعی حائز اهمیت است. به‌طوری‌که عوامل و شرایط محیطی مناسب می‌تواند بخشی از نیازهای زیستی روانی انسان را برطرف نماید (رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد، ۱۳۹۳: ۱۰۱). بنابراین در دسترس بودن مشاغل با دستمزد مناسب، دسترسی به خدمات مهمی چون آموزش، بهداشت، سلامت، محیط طبیعی، امنیت و ایجاد هرچه بیشتر خدمات و امکانات متنوع در محل زندگی (جمعه‌پور و طهماسبی-تهرانی، ۱۳۹۲: ۵۰) می‌تواند سلامت روان شهروندان را تا حد زیادی بهبود بخشد.

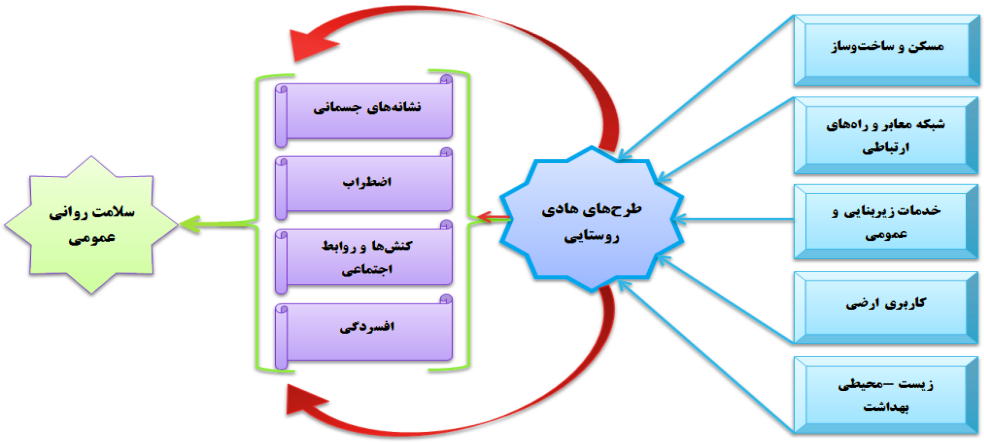
با توجه به اهمیت طرح هادی روستایی و اثرات چندگانه آن‌ها در ابعاد مختلف زندگی روستاییان، تحقیقات متعددی پیرامون بررسی و ارزیابی اثرات این طرح‌ها بر زندگی روستاییان صورت گرفته است. همچنین اکثر پژوهش‌های انجام شده درزمینه سلامت روان، عموماً با نگاهی روان‌شناختی یا پزشکی بوده است و قدر مسلم پرداختن به این مقوله از نگاه سایر علوم یقیناً مفید خواهد بود. در این راستا، مرتبط با موضوع حاضر به‌اختصار موارد قابل توجهی از پژوهش‌های گذشته در قالب پیشینه تحقیق ارائه می‌گردد. عظیمی و جمشیدیان‌مجاور (۱۳۸۴) در مطالعه خود نشان دادند که اجرای طرح هادی روستایی باعث پیشرفت نسبی زندگی مردم و افزایش امیدواری آن‌ها نسبت به سکونت در روستاهای برخوردار از این طرح شده است. بخشی‌پوررودسری و همکاران (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای، رابطه میان رضایت از زندگی با سلامت روان در دانشجویان ورودی ۸۲-۱۳۸۱ دانشگاه تهران را مورد بررسی و سنجش قراردادند. یافته‌ها حاکی از رابطه مثبت و معنی‌دار رضایت از زندگی با سلامت روانی دانشجویان می‌باشد، اما بین جنسیت دانشجویان و سلامت روانی آن‌ها رابطه معنی‌دار وجود نداشت. لطفی‌مهروئیه (۱۳۹۳) در پژوهشی که در ارتباط با تحقیق حاضر در دهستان مهروئیه، کرمان انجام داد، دریافت که مقاوم‌سازی مسکن با افزایش تمایل به ماندگاری در روستا و جلوگیری از مهاجرت، باعث ایجاد آرامش روحی روانی، بهبود امنیت خاطر و ارتقای سطح اجتماعی می‌گردد. شارع‌پور و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود سلامت روانی عمومی شهروندان ساکن در شهر تهران را مورد مطالعه قراردادند و در راستای تحقق اهداف پژوهش خود از ابزار پرسشنامه (GHQ) گلدبرگ و هیلر[1] بهره جستند. نتایج تحلیل رگرسیونی نشان داد متغیرهای اعتماد اجتماعی و احساس تعلق تأثیر معناداری بر سلامت روانی شهروندان داشته‌اند. ربیعی‌فر و همکاران (۱۳۹۴) در تحلیل و ارزیابی اثرات اجرای طرح هادی در تحولات اقتصادی - اجتماعی روستاهای استان زنجان دریافتند، روستاهایی که در آن‌ها طرح هادی روستایی انجام‌شده است، علاوه بر تغییرات کالبدی، به‌تدریج نوع نگرش مردم نسبت به زندگی در روستا، شیوه رفتار روستائیان با یکدیگر، حفظ محیط‌زیست و ... نیز تغییر یافته است و مردم نسبت به گذشته، تلاش و اعتماد به نفس بیشتری پیدا کرده‌اند. استافورد[2] و همکارانش (۲۰۰۸) در پژوهشی که در انگلستان و اسکاتلند در راستای سلامت روانی مورد بررسی قرار دادند، دریافتند که در بین افراد محروم سرمایه اجتماعی محله و اختلالات روانی همبستگی دیده می‌شود. همچنین بر اساس دیگر یافته‌های این پژوهش، عناصر پیوندی سرمایه اجتماعی (وابستگی به محله) با سطوح بالاتر از اختلالات روانی دارای همبستگی است. لئو[3] و همکاران (۲۰۰۹) در ارزیابی مدل‌های متعارف توسعه

[1]- Goldberg & Hiller
[2]- Stafford
[3]- Liu

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

روستایی در فرآیند شهری شدن مناطق روستایی در چین دریافتند که ابعاد کالبدی فیزیکی، مهم‌ترین جنبه پروژه‌های مختلف توسعه روستایی به شمار می‌روند که می‌توانند تا حدود زیادی سایر ابعاد توسعه روستایی را تحت تأثیر قرار دهند و کیفیت زندگی را برای افراد بهبود بخشند. تامپابلون[1] (۲۰۰۹) در مطالعه‌ی خود پیرامون سرمایه اجتماعی و سلامت روانی نشان دادند که زندگی در محله‌ی قابل اعتماد در مقابل محله کمتر قابل اعتماد، سلامت روانی را ارتقاء می‌بخشد. بروکس[2] و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی که در ارتباط با تسهیل حمل‌ونقل و کیفیت زندگی در مناطق روستایی آمریکا انجام دادند دریافتند که کیفیت حمل‌ونقل یکی از اجزای یک جامعه زیست‌پذیر و مناسب است و توسعه حمل‌ونقل روستایی بی‌تردید در افزایش سطح زندگی روستاییان مؤثر است. همچنین گدوارتحی و ماتسون[3] (۲۰۱۶) در مطالعات خویش در والی‌سیتی و دیکینسون نشان دادند که مسکن ارزان قیمت، پایین آمدن جرم و جنایت، کیفیت بهداشت و درمان، هزینه کلی زندگی، کیفیت مدارس دولتی و حمل‌ونقل نیز از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر کیفیت شرایط زندگی برای یک جامعه به‌حساب می‌آیند که در سلامت جامعه بسیار مؤثر می‌تواند عمل کند.

با توجه به چارچوب نظری ارائه شده، در خصوص مفاهیم طرح‌های هادی و سلامت روان جهت ایجاد ذهنیتی شفاف‌تر و افزایش عمق اندیشه لازم بین دو مفهوم یاد شده، می‌باشد. شکل(۱) نقش طرح‌های هادی در بهبود وضعیت سلامت روان روستاییان را نشان می‌دهد.



شکل (۱) مدل مفهومی پژوهش

روش تحقیق

پژوهش حاضر از جنبه هدف، کاربردی؛ از نظر شناسایی اقدامات تأثیرگذار طرح‌های هادی بر بخش‌های سلامت روان، اکتشافی؛ به لحاظ توصیف ویژگی‌های جامعه مورد مطالعه در زمره تحقیقات توصیفی و از نظر برقراری ارتباط بین اجرای طرح‌های هادی روستایی با وضعیت سلامت روان روستاییان از نوع تحلیلی می‌باشد. روش

[1]- Tampubolon
[1]- Brooks
[2]- Godavarthy & Mattson

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

جمع‌آوری اطلاعات، ترکیبی از روش‌های اسنادی و میدانی است. بدین ترتیب که پس از مطالعه مبانی نظری و سایر آثار مرتبط با موضوع پژوهش، داده‌های لازم با استفاده از دو نوع پرسشنامه (به عنوان ابزار گردآوری داده)، تهیه شد. بر این اساس، ابتدا جهت سنجش سطح کیفیت اقدامات اجرایی طرح‌های هادی، فهرست جامعی از شاخص‌ها و نشانگرهای منطبق با اقدامات طرح، متناسب با جامعه‌ی روستایی مورد نظر تدوین گردید. سپس به‌منظور عملیاتی کردن متغیرها با یک طیف لیکرت ۵ سطحی (۱=خیلی کم تا ۵=خیلی زیاد) در ۳۸ شاخص و ۵ مؤلفه، به‌صورت غربال‌زنی طبقه‌بندی گردید و نهایتاً مطالعات میدانی مربوط به سنجش کیفیت طرح‌های هادی روستاهای مورد مطالعه نیز بر اساس پرسشنامه محقق ساخته، به صورت مشاهدات میدانی و مصاحبه با روستاییان انجام پذیرفت جدول(۱).

جدول (۱) متغیرهای مورد توجه در بررسی کیفیت اجرای طرح‌های هادی روستاهای مورد مطالعه

اقدامات طرح هادی	شاخص‌ها
مسکن و ساخت‌وساز	بهسازی و مقاوم‌سازی مسکن، رعایت ضوابط فنی در ساخت‌وساز، زمینه‌سازی برای صدور سند مالکیت، اخذ پروانه ساخت، تجهیز امکانات مسکن نظیر حمام و دستشویی بهداشتی، توجه به نوسازی ساختمان‌های اداری، استفاده از مصالح ساختمانی استاندارد.
شبکه معابر و راه‌های ارتباطی	احداث معابر جدید، سهولت در رفت‌وآمد، تجهیز و بهسازی معابر موجود، کیفیت شبکه معابر، سهولت دسترسی به معابر اصلی، زیباسازی معابر، در نظرگیری تابلوهای اطلاع‌رسان و راهنما در روستا، اجرای جدول‌گذاری در سطح روستا، میزان توجه به پیاده‌روسازی، وضعیت نور و روشنایی در سطح روستا.
خدمات زیربنایی و عمومی	جذب امکانات و خدمات رفاهی، نحوه توزیع خدمات، وضعیت آب شرب در روستا، برق‌رسانی، گازرسانی، آنتن دهی تلویزیون، آنتن دهی موبایل، آنتن دهی اینترنت در روستا.
کاربری ارضی	ایجاد تناسب منطقی بین جمعیت و کاربری، کیفیت دسترسی به خدمات، انتخاب مناسب مسیر رشد آتی روستا، شناسایی و نگهداری از بافت‌های باارزش تاریخی- فرهنگی، حفظ و حراست از اراضی باغی و زراعی، طراحی کالبدی سازگار با شرایط زیست‌محیطی و اقلیمی، وضعیت تنوع کاربری در روستا.
زیست- محیطی بهداشت	جمع‌آوری و هدایت آب‌های سطحی از معابر، جمع‌آوری و دفع زباله، تعیین حدود کلی مکان دفع زباله، مکان‌یابی و توسعه حدود گورستان، ایجاد و احیای فضای سبز و پارک در سطح روستا، رعایت نظافت و پاکیزگی محیط روستا.

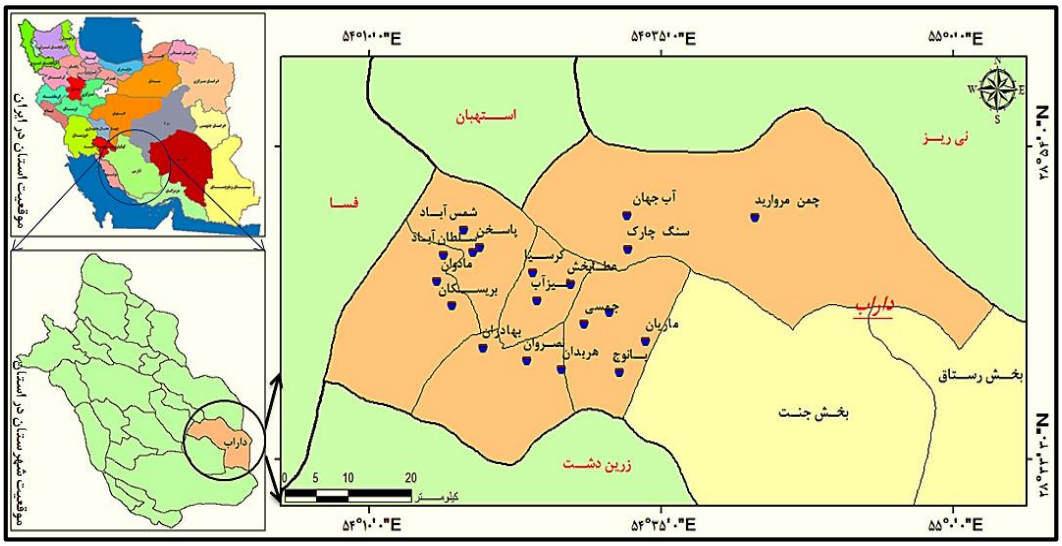
منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۶

از طرف دیگر، برای بررسی متغیر وابسته که در این تحقیق وضعیت سلامت روان روستاییان به‌منزله یکی از ملاک‌های لازم جهت سنجش سلامت روانی عمومی می‌باشد، از پرسشنامه معتبر جهانی و استاندارد (GHQ)[1] استفاده شده است. این مقیاس که بارها در ایران مورد استفاده قرار گرفته است را گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ در قالب طیف لیکرت (با دامنه نمرات یک تا چهار) طراحی کرده‌اند (شارع‌پور و همکاران، ۱۳۹۳: ۸۹) و دارای این مزیت است که تمام افراد جامعه را شامل می‌شود(کریم‌زاده، ۱۳۹۳: ۱۳۷). این فرم ۲۸ ماده‌ای شامل ۴ زیر مقیاس؛ نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کنش‌ها و روابط اجتماعی و افسردگی است و از مجموع این نمرات نیز یک نمره کلی به‌عنوان سلامت روان عمومی از جامعه مورد نظر به دست می‌آید. هرچه نمره بیشتر باشد به‌تناسب، سلامت روانی پایین‌تر خواهد بود (رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد، ۱۳۹۳: ۱۰۵).

1- General health questionnaire

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

همچنین برای آزمون روایی پرسشنامه‌ها از روایی صوری و محتوایی استفاده شد، به‌طوری‌که مطابق با تکنیک دلفی پرسشنامه‌ها در اختیار، افراد صاحب‌نظر و کارشناسان مربوطه قرار گرفت و پس از چند بار بازبینی به تأیید نهایی رسید. پایایی پرسشنامه‌های تحقیق نیز به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد. این ضریب از عمومی‌ترین ضرایبی است که توسط پژوهشگران علوم اجتماعی برای سنجش پایایی ابزارهای مختلف جمع‌آوری داده‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد (عنابستانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۷۵). بنابراین مقدار ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای مربوط به اقدامات طرح هادی ۰/۸۷۲ و سلامت روان ۰/۸۴۳ حاصل شد، در نتیجه اجزای درونی مقیاس دارای همبستگی قوی با یکدیگر هستند و پایایی پرسشنامه تأیید می‌شود. به‌منظور تعیین روستاهای نمونه ابتدا از بین روستاهای واقع در بخش مرکزی شهرستان داراب، لیستی از روستاهایی که حداقل ۲ سال از اتمام دوره ده‌ساله اجرای طرح هادی در آن‌ها طی شده بود (شامل ۴۱ روستا) تهیه گردید. سپس بر اساس فرمول کوکران و تصحیح ۱۹ روستا به‌عنوان نمونه محاسبه شد که با روش تصادفی سیستماتیک، روستاهای نمونه مشخص گردیدند. شکل(۲).



شکل (۲) موقعیت محدوده مورد مطالعه در سطح شهرستان، استان فارس و ایران

برای نمونه‌گیری در محدوده مورد مطالعه، بر اساس گزارش جمعیتی مرکز آمار ایران برای سال ۱۳۹۵، روستاهای نمونه شامل ۲۴۸۶۶ نفر بوده‌اند. به‌منظور بررسی وضعیت سلامت روان کلیه زنان و مردان ساکن در این روستاها، تعیین حجم نمونه روستاییان در سه گروه سنی جوانان (۲۰-۳۴ سال)، میان‌سالان (۳۵-۴۹ سال) و کهن‌سالان (بالای ۵۰ سال) از طریق فرمول کوکران در سطح اطمینان ۹۵ درصد محاسبه شد و تعداد ۳۷۸ نفر از روستاییان به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده مورد پرسشگری قرار گرفتند. لازم به ذکر است که توزیع تعداد نمونه‌ها در سطح روستاهای نمونه نیز متناسب با تعداد جمعیت ساکن در آن‌ها بوده است. جدول(۲).

جدول (۲). ویژگی‌های کلی روستاهای نمونه.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

ردیف	روستا	خانوار	جمعیت	سال شروع طرح	ردیف	روستا	خانوار	جمعیت	سال شروع طرح
۱	عطابخش	۳۰۵	۱۱۳۱	۱۳۸۴	۱۱	نصروان	۳۳۱	۱۰۶۱	۱۳۷۸
۲	کرسیا	۲۵۱	۸۶۹	۱۳۸۴	۱۲	تیزآب	۴۸۱	۱۶۰۹	۱۳۷۵
۳	مادوان	۴۶۷	۱۴۸۸	۱۳۷۳	۱۳	هیربدان	۴۱۱	۱۳۰۱	۱۳۸۳
۴	مروارید	۷۵۳	۲۶۷۸	۱۳۸۳	۱۴	آب جهان	۵۳۸	۱۹۴۷	۱۳۸۲
۵	سنگ چارک	۳۴۰	۱۱۰۶	۱۳۸۲	۱۵	سلطان‌آباد	۲۰۳	۶۹۴	۱۳۸۲
۶	جمسی	۴۰۴	۱۳۷۲	۱۳۷۲	۱۶	بانوج	۷۹۴	۲۶۷۶	۱۳۷۵
۷	شمس‌آباد	۱۴۳	۴۶۰	۱۳۸۴	۱۷	پاسخن	۴۷۶	۱۵۴۵	۱۳۸۴
۸	کوه‌جرد	۱۵۱	۵۳۸	۱۳۸۴	۱۸	بهادران	۱۸۴	۶۲۳	۱۳۸۴
۹	بریسکان	۲۷۳	۸۴۸	۱۳۸۴	۱۹	شهنان	۵۵۸	۱۸۸۳	۱۳۷۳
۱۰	ماریان	۳۲۷	۱۰۸۲	۱۳۸۴					

منبع: مرکز آمار ایران و بنیاد مسکن شهرستان داراب، ۱۳۹۶

در راستای تجزیه تحلیل داده‌ها و بررسی روابط بین متغیرها، از قابلیت‌های نرم‌افزار SPSS و ArcGIS استفاده گردید. بدین ترتیب که پس از استانداردسازی داده‌ها، جهت تعیین سطح کیفیت اجرای طرح‌های هادی روستایی و رتبه‌بندی روستاهای مورد مطالعه از روش ترکیب وزنی[1] استفاده گردید که در این زمینه نیز از نتایج مقایسات زوجی و وزن‌دهی حاصل از نرم‌افزار Expert Choice بنا به نظرات گروه تصمیم‌ساز (اساتید دانشگاه، کارشناسان و مسئولین مربوطه)، استفاده شد. رابطه (۱) مورد استفاده در این روش به‌صورت زیر می‌باشد:

$$Z_i = \sum_j W_j X_{ij}$$ رابطه (۱)

z_i= ارزش ارزیابی شده برای روستای i (m،... و ۳، ۲، ۱=i).

w_j= وزن و درجه اهمیت شاخص j.

[1]- Additive Weighting Method

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

x_{ij}= نمره استاندارد شده شاخص **j** مربوط به روستای **i**.

در قسمت بعد جهت بررسی وضعیت کلی سطح سلامت روان روستاییان ساکن در روستاهای مورد مطالعه، از آزمون t تک نمونه‌ای، برای تحلیل ارتباط بین سلامت روان با هر یک از بخش‌های طرح‌های هادی در جامعه مورد مطالعه، از آزمون همبستگی پیرسون، همچنین به‌منظور سنجش میزان تأثیرگذاری اقدامات طرح‌های هادی بر وضعیت سلامت روان روستاییان ساکن در روستاهای مورد مطالعه، از رگرسیون چند متغیره و برای مقایسه‌ی میانگین وضعیت سلامت روان هر یک از سه گروه سنی در بین زنان و مردان جامعه مورد مطالعه، از آزمون آماری آنوا استفاده شد. سپس بعد از تلخیص و طبقه‌بندی اطلاعات با روش‌های آماری تحلیل فضایی و نمایش وضعیت روستاهای مورد مطالعه از نظر سطح کیفیت اجرای طرح‌های هادی و وضعیت سلامت روان روستاییان با طراحی نقشه از طریق نرم‌افزار ArcGIS انجام گردید.

نتایج

ویژگی‌های توصیفی پاسخگویان نشان می‌دهد که ۵۴/۲ درصد از آن‌ها را مردان و ۴۵/۸ درصد آن‌ها را زنان تشکیل می‌دهند. از نظر سِنّی نیز بیشتر افراد (با ۳۷ درصد)، در گروه سنی ۲۰ تا ۳۴ سال و کمترین درصد از افراد (با ۲۸/۶ درصد)، بالای ۵۰ سال قرار داشته‌اند و ۳۴/۴ درصد افراد جامعه هم در رنج سنی ۳۵ تا ۴۹سال بوده‌اند. همچنین از نظر سطح تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات دیپلم (با ۳۴/۴ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات کارشناسی ارشد (با ۴/۸ درصد) بوده است.

با توجه به اهداف اجرایی طرح هادی مبنی بر بهبود وضعیت زندگی در روستاهای، انتظار می‌رود که اجرای این طرح‌ها به توسعه‌ی همه‌جانبه آن‌ها و ایجاد فضایی مطلوب‌تر و زیست‌پذیرتر برای زندگی ساکنین مبدل گردد. این امر به آن معناست که جمعیت ساکن در روستاها به آن‌چنان سطحی از آسایش و رفاه دست یابند که انگیزه ماندن در روستا در آن‌ها افزایش یابد. در این راستا، برای ارزیابی عملکرد محورهای اجرایی طرح هادی روستایی، وضعیت متغیرهای هر بخش مورد بررسی قرار گرفت و از برآیند آن‌ها مشخص گردید که از بین بخش‌های مختلف اقدامات طرح، بخش مسکن با میانگین ۴/۵۱۸ دارای بالاترین و بخش کاربری اراضی با میانگین ۴/۴۱۱ دارای پایین‌ترین عملکرد می‌باشند. همچنین سطح کلی کیفیت طرح‌های هادی اجرایی در روستاهای مورد مطالعه، در وضعیت مناسب و مطلوبی برآورد شده است. جدول(۳).

جدول (۳) وضعیت سطح کیفیت بخش‌های مختلف اقدامات طرح‌های هادی در روستای مورد مطالعه

بخش‌های مختلف اقدامات طرح هادی	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار میانگین	ضریب تغییرات

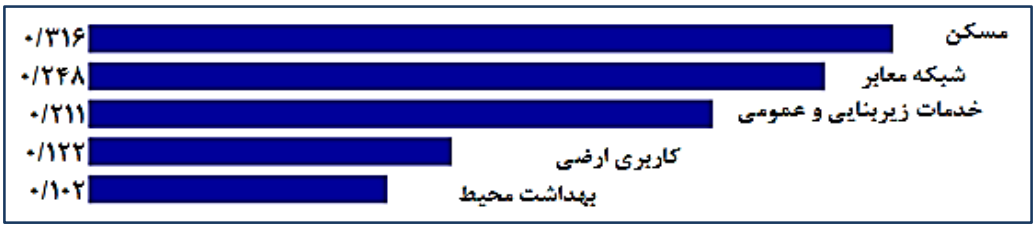
[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

خدمات زیربنایی و عمومی	۴/۳۷۶	۰/۷۸۳	۰/۰۴۰	۰/۱۷۹
شبکه معابر	۴/۴۴۵	۰/۷۴۹	۰/۰۳۸	۰/۱۶۸
مسکن	۴/۵۱۸	۰/۷۳۳	۰/۰۳۸	۰/۱۶۲
کاربری ارضی	۴/۱۱۴	۰/۹۰۱	۰/۰۴۶	۰/۲۱۹
بهداشت محیط	۴/۱۸۳	۰/۸۲۲	۰/۰۴۲	۰/۱۹۶
وضعیت کلی	**۴/۳۲۷**	**۰/۴۴۵**	**۰/۰۲۳**	**۰/۱۰۳**

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۶

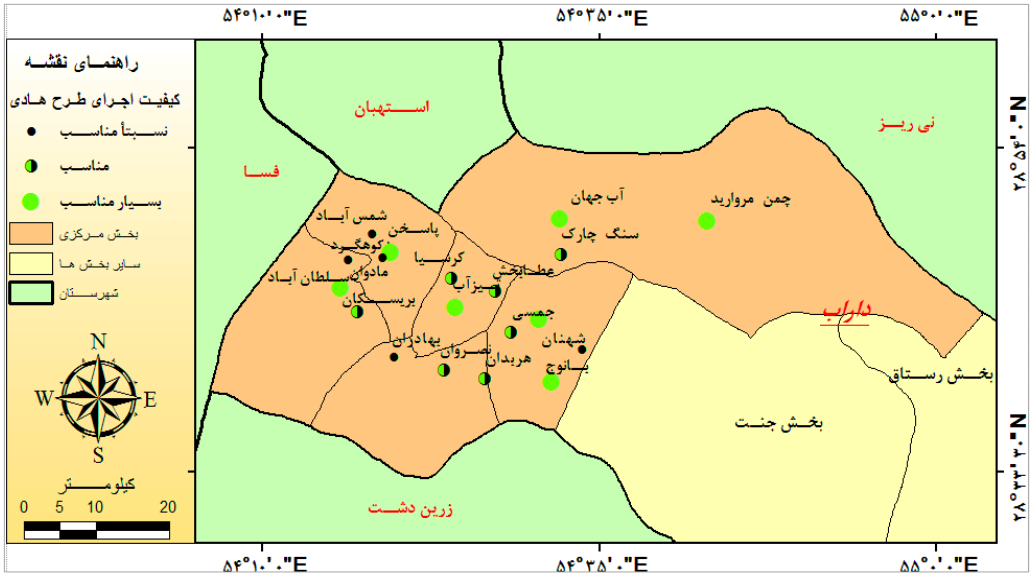
در این پژوهش جهت محاسبه وزن شاخص‌ها، علاوه بر تجربیات شخصی، از نظرات کارشناسی گروه‌های تصمیم‌ساز (اساتید دانشگاه، کارشناسان و مسئولین مربوطه) و مشاهدات میدانی استفاده گردید. در این راستا، جهت تعیین اهمیت نسبی بخش‌های مختلف اقدامات طرح هادی در روستاهای مورد مطالعه و دست‌یابی به نتایج معقول، از فرآیند ارزیابی چند شاخصه برای مقایسات زوجی متغیرهای مرتبط با اقدامات طرح بهره‌گیری به عمل آمد. به این منظور وزن‌دهی به متغیرها با نرم‌افزار Expert Choice انجام گرفت. بر این اساس، پس از محاسبه اوزان، نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بخش‌های مسکن و شبکه معابر به ترتیب با ضریب ۰/۳۱۶ و ۰/۲۴۸ دارای بیشترین درجه اهمیت و بخش‌های بهداشت محیط و کاربری اراضی با ضریب ۰/۱۰۲ و ۰/۱۲۲ کمترین درجه اهمیت را به خود اختصاص داده‌اند شکل(۳). همچنین میزان ناسازگاری (CR) محاسبه شده که باید از ۰/۱۰ کمتر باشد، نیز ۰/۰۰۶ به دست آمد بنابراین ماتریس‌های تنظیم شده، با ارجحیت‌های تعلق گرفته به آن دارای پایداری می‌باشد.

شکل (۳) مقایسه زوجی بخش‌های مختلف طرح هادی بر اساس نظرات کارشناسی گروه‌های تصمیم‌ساز



بررسی چگونگی پراکنش روستاهای مورد مطالعه بر اساس سطح کیفیت طرح‌های هادی اجرا شده، حاکی از آن است که عمدتاً طیف گسترده‌ای از روستاها دارای طرح، در سطح مناسب و بسیار مناسب قرار می‌گیرند که در سراسر محدوده مورد مطالعه و خصوصاً در کانون محدوده مورد مطالعه پراکنده شده‌اند. همچنین روستاهای باکیفیت نسبتاًمناسب نیز بیشتر در محدوده غربی بخش مرکزی شهرستان داراب قرار دارند شکل(۴).

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]



شکل (۴). پراکنش روستاهای نمونه بر اساس کیفیت طرح هادی آن‌ها

جهت بررسی وضعیت فعلی سطح سلامت روان روستاییان ساکن در روستاهای مورد مطالعه از بخش مرکزی شهرستان داراب، از آزمون t تک نمونه‌ای استفاده شد که با در نظرگیری این اصل مهم از آزمون سلامت روانی عمومی گلدبرگ مبنی بر؛ «نمره سلامت روان کمتر از ۲۳ دال بر سلامت روانی و بالاتر از این مقدار مشکوک به اختلال روانی»، معدل نظری نیز به مقدار ۲۳ در نظر گرفته شد. بر این اساس، با توجه به درجه آزادی ۳۷۷ و با قبول خطای کمتر از ۱ صدم می‌توان نتیجه گرفت که سطح سلامت روان روستاییان ساکن در این نوع روستاها، با اطمینان ۹۹ صدم در شرایط مطلوب بوده است، زیرا سطح معناداری به دست آمده از این آزمون ۰/۰۰۰، حاصل گردید. همچنین در بررسی میانگین متغیرهای حاصل از جامعه نمونه می‌توان ملاحظه نمود که سطح عمومی سلامت روان روستاییان مورد مطالعه از حد معدل نظری به میزان ۲/۱۵۳- پایین‌تر ارزیابی‌شده است جدول(۴).

جدول (۴). نتیجه آزمون t در بررسی وضعیت سطح سلامت روان روستاییان ساکن در روستاهای مورد مطالعه

بخش	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	درجه آزادی (Df)	میزان آزمون (T)	سطح معناداری (Sig)	سطح اطمینان ۹۵٪	
							بالاترین رتبه	پایین‌ترین رتبه
سلامت روان	۱۸۴۷/ ۲۰	۵۴۵ ۴/	۰/۲۳۴	۱۵۳ -۲/	۳۷۷	-۹/۲۱۲	۰/۰۰۰	-۱/۶۹۴	-۲/۶۱۳

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۶

همچنین برای تحلیل ارتباط بین سطح اقدامات بخش‌های مختلف طرح هادی و وضعیت سلامت روان روستاییان ساکن در روستاهای مورد مطالعه، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید. بر این اساس، نتایج

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

تحقیق نشان داد که کیفیت اقدامات طرح هادی در تمام بخش‌ها، با قبول خطای کمتر از یک درصد، داری رابطه معنادار و مثبتی با وضعیت سلامت روان روستاییان می‌باشد. به‌طوری‌که از بین بخش‌های مختلف اقدامات طرح، به ترتیب بیشترین درصد همبستگی با بخش خدمات زیربنایی و عمومی (r=۰/۳۳۰) و کمترین درصد همبستگی با بخش کاربری ارضی (r=۰/۱۷۲) در سطح اطمینان ۹۵ صدم با سلامت روان روستاییان داشتند. همچنین بر اساس این آزمون، در سطح خطای کمتر از ۵ صدم مشخص گردید که قدمت و سابقه اجرای طرح‌های هادی با وضعیت سلامت روان روستاییان دارای رابطه مستقیمی می‌باشد. روستاهایی که زمان طولانی‌تری از سابقه اجرای طرح‌های هادی در آن‌ها می‌گذرد نیز سلامت روانی عمومی روستاییان آن‌ها در سطح مطلوب‌تری بوده است. جدول(۵).

جدول (۵). همبستگی بین مؤلفه‌های موردبحث

رابطه	متغیرهای پژوهش			درصد همبستگی		سطح معنی‌داری	
مثبت	کیفیت طرح هادی	خدمات زیربنایی و عمومی	سلامت روان	۰/۳۳۰	۰/۴۱۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
		شبکه معابر		۰/۲۴۲		۰/۰۰۰	
		مسکن		۰/۲۶۱		۰/۰۰۰	
		کاربری ارضی		۰/۱۷۲		۰/۰۰۱	
		بهداشت محیط		۰/۱۷۷		۰/۰۰۱	
	قدمت طرح			۰/۱۳۲		۰/۰۱۰	

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۶

به‌منظور سنجش میزان تأثیرگذاری اجرای طرح‌های هادی بر هر یک از زیر بخش‌های سلامت روان، از رگرسیون چند متغیره استفاده شد. نتایج معنی‌دار بودن آزمون نشان داد در سطح خطای ۱ صدم، مدل رگرسیونی توانایی پیش‌بینی و تبیین سلامت روانی عمومی روستاییان را دارد. همچنین، مقدار ضریب تعیین تعدیل شده گویای آن است که حدود ۲۰ درصد از نوسانات وضعیت سلامت روان روستاییان ساکن در روستاهای مورد مطالعه توسط اقدامات مختلف طرح‌های هادی قابل پیش‌بینی می‌باشد. در این راستا، طبق نتایج به دست آمده، مقدار بتای استاندارد شده نشان‌دهنده‌ی این است که اجرای طرح‌های هادی تأثیر معناداری بر وضعیت سلامت روان روستاییان داشته است که در این میان، اقدامات طرح در بخش خدمات زیربنایی و عمومی بیشترین و در بخش کاربری ارضی کمترین میزان تأثیرگذاری را بر وضعیت سلامت روان روستاییان بخش مرکزی شهرستان داراب داشته است. جدول(۶).

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

جدول (۶). میزان تأثیرگذاری هر یک از ابعاد بر وضعیت زیست‌پذیری روستاها

متغیرهای مستقل	ضریب رگرسیونی استاندارد نشده		ضریب رگرسیونی استانداردشده	آمارهT	معناداری (Sig.)
	خطای استاندارد	مقدار بتا	ضریب بتای استاندارد		
مقدار ثابت	۲/۱۴۱	۳۹/۱۶۴	-	۱۸/۲۹۲	۰/۰۰۰
خدمات زیربنایی و عمومی	۱/۲۵۴	۰/۳۷۳	۰/۲۱۶	۳/۳۶۲	۰/۰۰۱
شبکه معابر	۰/۲۴۴	۰/۶۰۹	۰/۱۲۱	۲/۴۹۳	۰/۰۱۳
مسکن	۰/۳۶۱	۰/۸۳۲	۰/۱۳۴	۲/۳۰۵	۰/۰۲۲
کاربری ارضی	۰/۳۲۵	۰/۶۱۸	۰/۱۰۲	۱/۹۰۳	۰/۰۵۸
بهداشت محیط	۰/۲۷۰	۰/۹۱۳	۰/۱۶۵	۳/۳۷۷	۰/۰۰۱

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۶

از طرف دیگر، برای مقایسه‌ی میانگین سلامت روان هر یک از سه گروه سنی در بین زنان و مردان جامعه مورد مطالعه، از آزمون آماری آنوا استفاده گردید. نتایج نشان داد که میانگین واریانس بین سه گروه سنی، در هر دو گروه جنسیتی بیشتر از میانگین درون‌گروهی شده است و با قبول خطای کمتر از ۱ صدم، بین وضعیت عمومی سلامت روان سه گروه سنی مورد نظر، در میان زنان و مردان ساکن در روستاهای مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. جدول(۷).

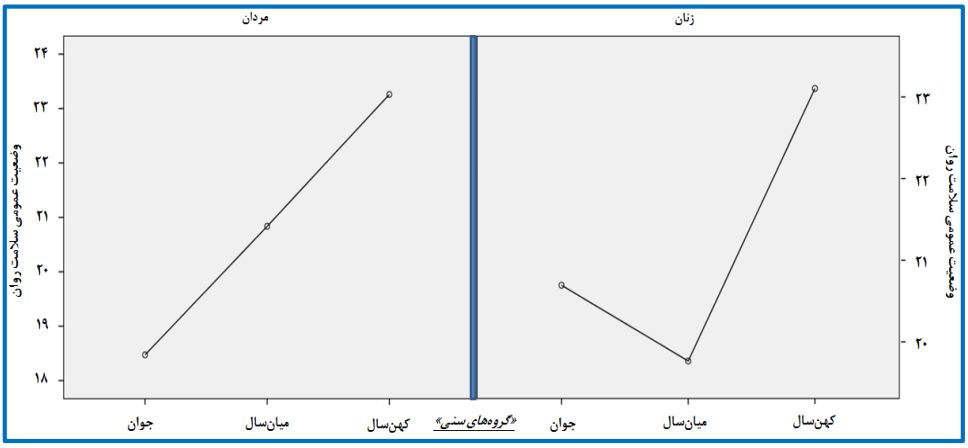
جدول (۷). نتایج آزمون آنوا برای سلامت روان گروه‌های سنی در بین زنان و مردان جامعه مورد مطالعه.

جنسیت	گروه	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	سطح معنی‌داری
مرد	بین گروه‌ها	۷۴۷/۸۵۰	۲	۳۷۳/۹۲۵	۰/۰۰۰
	درون گروه‌ها	۳۲۸۳/۵۹۴	۲۰۲	۱۶/۲۵۵	
زن	بین گروه‌ها	۳۱۴/۰۲۳	۲	۱۵۷/۰۱۱	۰/۰۰۱
	درون گروه‌ها	۳۴۲۷/۳۹۹	۱۷۰	۲۰/۱۶۱	

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۶

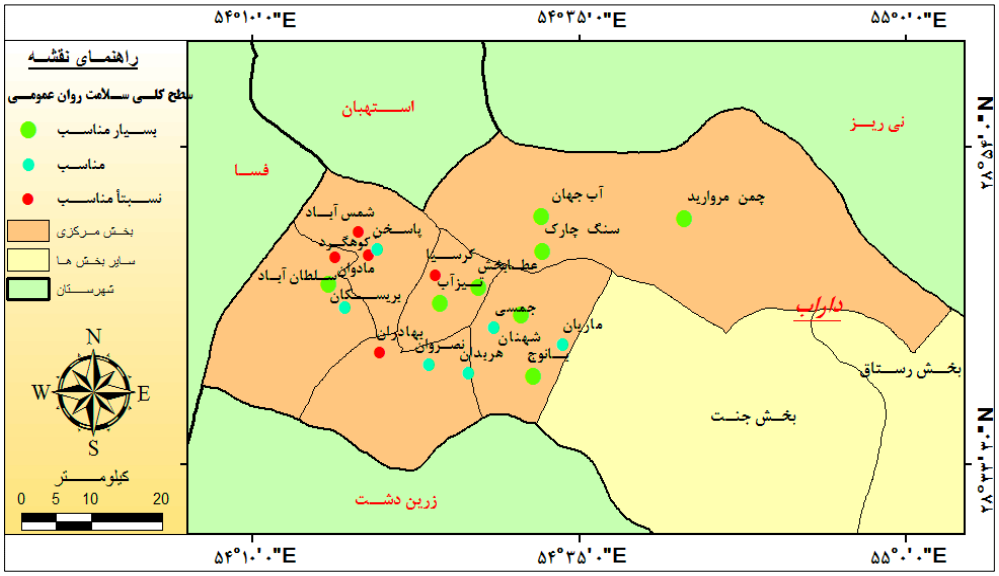
در این راستا، خروجی دیگر، حاصل از این آزمون مؤید آن است که میان وضعیت سلامت روان در هر سه گروه سنی مردان با یکدیگر، اختلاف معناداری وجود دارد و در میان زنان نیز تنها بین دو گروه سنی جوانان و میان‌سالان با کهن‌سالان اختلاف معناداری برقرار است. شکل(۵).

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]



شکل (۵) مقایسه سلامت روان گروه‌های سنی مختلف در بین زنان و مردان جامعه مورد مطالعه
منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۹۶

بنابراین با توجه به نتایج حاصل، روستاها بر اساس سطح کلی سلامت روان روستاییان ساکن، به سه گروه نسبتاً مناسب، مناسب، بسیار مناسب تقسیم‌بندی شده‌اند. نتایج حاکی از آن است که روستاهای چمن‌مروارید، بانوج، تیزآب، عطابخش و آب جهان، از وضعیت سلامت روانی عمومی بسیار مناسبی برخوردار می‌باشند. در مقابل روستاهای کوه‌گرد، بهادران، شمس‌آباد، کرسیا و سلطان‌آباد که در فواصلی دورتری از مرکز شهرستان و در محدوده غربی ناحیه مورد مطالعه واقع‌شده‌اند، وضعیت سلامت روانی عمومی روستاییان در این روستاها در سطح نسبتاً مناسب و سایر روستاهای مورد مطالعه که اکثراً در بخش جنوبی محدوده مورد نظر قرار دارند نیز از نظر وضعیت سلامت روانی در سطح مناسب می‌باشند. شکل(۶).



شکل (۶) پراکنش روستاهای نمونه بر اساس سطح کلی سلامت روانی روستاییان ساکن در آن‌ها

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

نتیجه‌گیری

طرح هادی و یا همان طرح روان‌سازی و بهسازی روستایی، یکی از مهم‌ترین طرح‌های توسعه در روستاهاست که به دنبال اصلاح نابسامانی‌های کالبدی موجود در نواحی روستایی، جهت پاسخ‌گویی به نیازهای اولیه و ثانویه، با برنامه‌ریزهای مدون به مرحله اجرا درآمده است. تهیه و اجرای این طرح‌ها، می‌تواند گامی مؤثر و اقدامی اساسی در جهت‌بخشی به زندگی در محیط‌های روستایی کشور، ارتقاء سطح سلامت روانی عمومی روستائیان، تسهیل، هدایت و توسعه ابعاد مختلف زندگی در روستا محسوب شود. لذا پژوهش حاضر که با هدف ارزیابی اثرات طرح‌های هادی بر سلامت روان روستاییان در بخش مرکزی شهرستان داراب انجام گردیده است، در نوع خود، در مقایسه با مطالعات مشابه مرتبط با اثرات طرح‌های هادی و سلامت روان افراد، اقدامی بدیع و قابل‌توجه می‌باشد. زیرا تاکنون پژوهشی توأمان به این دو مقوله به‌صورت یکجا نپرداخته است.

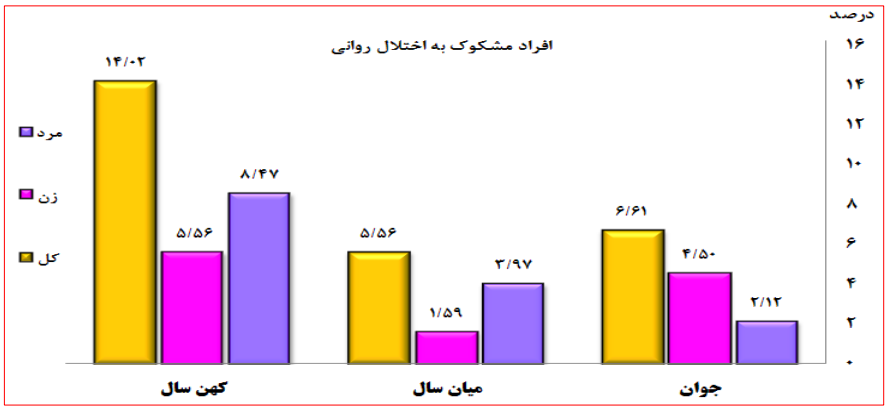
یافته‌های به‌دست‌آمده مؤید آن است که اجرای طرح هادی در سکونتگاه‌های روستایی، توانسته است موجب رفاه و بهبود نسبی در وضعیت زندگی محیط‌های روستایی را فراهم آورد و بالطبع رفاه نسبی روستائیان وضعیت سلامت روانی افراد را هم ارتقاء بخشد. بر این اساس، محققان پیشین هر یک از افق نگاه خود، اشاراتی به‌صورت جداگانه در زمینه‌های اثرات این طرح‌ها و سلامت روان داشته‌اند که از آن جمله عظیمی و جمشیدیان‌مجاور (۱۳۸۴)، لطفی (۱۳۹۳) و ربیعی‌فر و همکاران (۱۳۹۴) در بررسی اثرات اجرای طرح‌های هادی روستایی و بخشی‌پور و همکاران (۱۳۸۴)، شارع‌پور و همکاران (۱۳۹۳) و لئو و همکاران (۲۰۰۹) در بررسی وضعیت سلامت روان، به برخی از زوایا و ابعاد این مفهوم توجه داشته‌اند.

در راستای نتایج پژوهش حاضر، از برآیند ارزیابی عملکرد هر یک از محورهای اجرایی طرح‌های هادی روستایی، مشخص گردید که بخش‌های اجرایی مختلف طرح‌های هادی در وضعیت مطلوبی قرار داشته‌اند و از بین بخش‌های مختلف اقدامات طرح هادی، بخش مسکن با میانگین ۴/۵۱۸ دارای بالاترین و بخش کاربری اراضی با میانگین ۴/۴۱۱ دارای پایین‌ترین عملکرد می‌باشند. همچنین نتایج بررسی‌ها از نگاه پاسخگویان نشان داد، وضعیت سطح سلامت روان روستاییان ساکن در روستاهای مورد مطالعه در شرایط مطلوب بوده است و در بررسی میانگین جامعه نمونه ملاحظه شد که سطح عمومی سلامت روان روستاییان مورد مطالعه از حد معدل نظری پایین‌تر ارزیابی‌شده است که گویای وضعیت مناسب سلامت روان روستاییان ساکن در روستاهای دارای طرح هادی بوده است و روستاهایی که زمان طولانی‌تری از شروع و اجرای طرح در آن‌ها می‌گذرد نیز سلامت روانی عمومی روستاییان در مطلوبیت بیشتر بوده است.

نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین مؤلفه سلامت روان باکیفیت اجرای طرح‌های هادی رابطه معنادار و مثبتی حاکم است و بیشترین درصد همبستگی مربوط به بخش خدمات زیربنایی و عمومی طرح به دست آمد که با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه، مشخص گردید که اجرای هر یک از اقدامات طرح‌های هادی تأثیر معناداری بر وضعیت سلامت روان روستاییان داشته است. بیشترین میزان تأثیرگذاری بر وضعیت سلامت روان روستاییان ساکن در این روستاها، اقدامات بخش خدمات زیربنایی و عمومی بوده است و این مؤید آن است که به ازای یک واحد تغییر در سطح اقدامات این بخش، مقدار ۰/۲۱۶ تغییر در سطح سلامت روان روستاییان ایجاد می‌گردد.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

از طرفی دیگر برای مقایسه‌ی میانگین هر یک از سه گروه سنی در بین زنان و مردان بر اساس آزمون آماری آنوا مشخص گردید بین وضعیت عمومی سلامت روان سه گروه سنی مورد نظر، در میان زنان و مردان ساکن در روستاهای مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد و از میان تعداد کل افراد نمونه ۱۴/۲ درصد افراد نمره سلامت روان آن‌ها بالاتر از ۲۳ به دست آمد که مشکوک به اختلال روانی بوده‌اند شکل(۷).



شکل(۷) درصد افراد مشکوک به اختلالات روانی در گروه‌های سنی مختلف زنان و مردان جامعه مورد مطالعه

نهایتاً با توجه به اینکه در مطالعات قبلی با این نگاه به آثار طرح‌های هادی پرداخته نشده است، برای بهبود روزافزون آثار طرح‌های هادی روستایی، در راستای ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت جسمانی و روانی روستائیان، راهبردها و پیشنهادهای زیر مؤثر به نظر می‌رسد:

- تلاش جهت اجرای طرح‌های جامع توسعه ناحیه‌ای یا طرح‌های هادی برای تمامی روستاها.
- مطالعه همه‌جانبه و ایجاد شناختی مناسب از مردم و منطقه‌ای که قرار است در آن طرح اجرا گردد.
- توجه طراحان و مجریان طرح نسبت به نیازمندی‌ها و ابعاد زندگی تمام گروه‌های سنی و جنسی در روستا.
- تلاش در جهت کوتاه‌تر کردن بازه‌ی زمانی اجرای این طرح‌ها در روستاها به‌منظور برخوردار نمودن سریع‌تر روستاییان از آثار و نتایج آن.
- تلاش هر چه بیشتر و دقیق‌تر طراحان و مجریان طرح در جهت توجه به بحث سلامت روستاییان بالأخص سلامت روحی روانی آن‌ها در روستا.
- نهادینه ساختن برنامه‌ریزی ارتباطی (ارتباط مردم، مسئولین محلی و کارشناسان) در تدوین شرح خدمات و نهادینه ساختن برنامه‌ریزی‌ها.
- توجه جدی مسئولین به بحث بازنگری از طرح‌های هادی جهت جلوگیری از خسارت بیشتر یا تخریب پروژه‌ها و دوباره‌کاری مجدد آن‌ها.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

منابع

افراخته، حسن؛ جلالیان، حمید؛ انوری، آرزو؛ ایوب، منوچهری. (۱۳۹۵). **تحلیل نقش سرمایه اجتماعی در زیست‌پذیری روستاهای ادغام‌شده در شهر میاندوآب**، نشریه راهبردهای توسعه روستایی، ۳(۴): ۴۴۱-۴۱۵.

آسایش، حسین. (۱۳۹۵). **کارگاه برنامه‌ریزی روستایی (رشته جغرافیا)**، انتشارات دانشگاه پیام نور، تهران، ص ۲۹۶.

بخشی‌پوررودسری، عباس؛ پیروی، حمید؛ عابدیان احمد. (۱۳۸۴). **بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان**، نشریه اصول بهداشت روانی، ۷(۲۸): ۱۵۲-۱۴۵.

برزو، غلامرضا؛ شاه‌حسینی، ایوب؛ عباسی‌زاده قنواتی، محمدصادق؛ ولی‌زاده، اقدس؛ باقر نسب، محمد؛ بهرامی، مجید؛ عبدالملکی، سارا؛ زرافشانی، کیومرث. (۱۳۸۹). **ارزشیابی کیفی اجرای طرح هادی در روستای کرناچی شهرستان کرمانشاه - کاربرد نظریه بنیانی**، نشریه پژوهش‌های روستایی، ۱(۳): ۱۷۲-۱۵۳.

بنیاد مسکن انقلاب اسلامی. (۱۳۹۶). **وضعیت طرح‌های هادی روستایی در شهرستان داراب**، روابط عمومی بنیاد مسکن، داراب.

پایگاه اینترنتی مرکز آمار ایران. (۱۳۹۶). **نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن**.

جمعه‌پور، محمود؛ طهماسبی‌تهرانی، شهرزاد. (۱۳۹۲). **تبیین میزان زیست‌پذیری و کیفیت زندگی در روستاهای پیرامون شهری (مطالعه موردی: بخش مرکزی شهرستان شهریار)**، نشریه برنامه‌ریزی کالبدی-فضایی، ۱(۳): ۶۰-۴۹.

حیدری، تقی. (۱۳۹۵). **تحلیل زیست‌پذیری بافت‌های فرسوده شهری (مطالعه موردی: بخش مرکزی شهر زنجان)**، رساله دکتری، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خوارزمی.

ربیعی‌فر، ولی‌الله؛ صنعتی‌منفرد، سجاد؛ ساشورپور، مهدی؛ حضرتی، مجید. (۱۳۹۴). **تحلیل و ارزیابی اثرات اجرای طرح هادی در تحولات اقتصادی اجتماعی سکونتگاه‌های روستایی (مطالعه موردی: روستاهای استان زنجان)**، نشریه برنامه‌ریزی منطقه‌ای، ۵(۱۷): ۹۰ - ۷۵.

رحیمی‌نژاد، عباس؛ پاک‌نژاد، محسن. (۱۳۹۳). **رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی نوجوانان**، نشریه خانواده پژوهی، ۱۰(۳۷): ۱۱۱-۹۹.

رضایی، فاطمه؛ زیدآبادی رسول. (۱۳۹۳). **مقایسه سلامت روانی زنان و مردان ورزشکار در اماکن روباز و سرپوشیده**، نشریه مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی، ۱۰(۲۰): ۸۴-۷۷.

سبزه‌آرای‌لنگرودی، میلاد؛ محمدی، مصطفی؛ مهری، یدالله؛ طالعی، علی. (۱۳۹۳). **مؤلفه‌های سلامت روانی و اضطراب امتحان در دانش آموزان مدارس استعدادهای درخشان و عادی**، نشریه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۵(۳): ۱۷-۱.

سجادی، ژیلا؛ ابراهیم‌زاده، عیسی؛ علی شمس‌الدینی. (۱۳۹۰). **تحلیلی بر مهاجرت‌های روستایی- شهری با تأکید بر نقش مسافت و دسترسی (مطالعه موردی: شهرستان ممسنی)**، نشریه مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای، ۵(۸): ۹۴-۷۷.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

سجاسی‌قیداری، حمدالله. (۱۳۹۵). **ارزیابی اثرات اجرای طرح هادی بر کیفیت محیطی در مناطق روستایی (مطالعه موردی شهرستان رامیان- دهستان فندرسک شمالی و جنوبی)**، نشریه جغرافیا و برنامه‌ریزی، ۲۰(۵۷): ۱۷۳-۱۵۱.

شارع‌پور، محمود؛ ریاحی، محمد اسماعیل؛ آرمان، فاطمه. (۱۳۹۳). **بررسی تأثیر مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی بر سلامت روان (مطالعه موردی: شهروندان ساکن تهران)**، نشریه مسائل اجتماعی ایران، ۵(۱): ۱۰۰-۷۹.

شکور، علی؛ شمس‌الدینی، علی. (۱۳۹۳). **سنجش تحقق‌پذیری ابعاد اجتماعی- اقتصادی اجرای طرح هادی در سکونتگاه‌های روستایی (مورد شناسی: روستای کناره- شهرستان مرودشت)**، نشریه جغرافیا و آمایش شهری - منطقه‌ای، ۴(۱۳): ۵۲-۳۹.

شمس‌الدین، علی؛ شکور، علی. (۱۳۹۴). **ارزشیابی اثرات کالبدی- فضایی اجرای طرح هادی در روستای فتح‌آباد- شهرستان مرودشت**، نشریه **مسکن و محیط روستا**، ۳۴(۱۵۲): ۱۱۴-۱۰۱.

شهبازی، اسماعیل. (۱۳۸۹). **درآمدی بر آسیب‌شناسی توسعه روستایی**، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ص ۴۰۰.

عظیمی، نورالدین؛ جمشیدیان مجاور، مجید. (۱۳۸۴). **بررسی اثرات کالبدی اجرای طرح‌های هادی روستایی (مطالعه موردی: غرب گیلان)**، نشریه هنرهای زیبا، ۲۲(۲): ۳۴-۲۵.

علی‌زاده، جابر؛ برقی، حمید؛ رحیمی، حمزه؛ افشاری‌پور، علی. (۱۳۹۲). **سنجش ارزیابی کیفیت زندگی در نواحی روستایی با استفاده از تکنیک روش تشابه به گزینه ایده آل فازی**، نشریه پژوهش‌های روستایی، ۴(۳): ۶۴۰-۶۱۵.

عنابستانی، علی‌اکبر؛ شایان، حمید؛ احمدزاده، سحر. (۱۳۹۰). **برآورد میزان تأثیرپذیری مشارکت زنان از سرمایه اجتماعی در نواحی روستایی (مطالعه موردی: دهستان درزآب- شهرستان مشهد)**، نشریه تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی، ۱۱(۲۱): ۹۰-۶۹.

عنابستانی، علی‌اکبر. (۱۳۸۸). **ارزیابی اثرات کالبدی طرح‌های هادی روستایی (مطالعه موردی: روستاهای غرب خراسان رضوی)**، مجموعه مقالات اولین کنفرانس ملی مسکن و توسعه کالبدی روستا، ۸ و ۹ مهرماه، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان.

غفاری، غلامرضا؛ میرزایی، حسین؛ کریمی، علیرضا. (۱۳۹۰). **بررسی رابطه بین صنعت و کیفیت زندگی (مقایسه موردی: مناطق روستایی شهرستان قروه)**، نشریه توسعه روستایی، ۳(۱): ۲۴-۱.

کریم‌زاده؛ منصوره. (۱۳۹۳). **تأثیر آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی در بهبود سلامت روان معلمان مقطع ابتدایی**، نشریه رفاه اجتماعی، ۱۴(۵۳): ۱۴۹-۱۳۱.

لطفی‌مهروئیه؛ حبیب. (۱۳۹۳). **نقش مقاوم‌سازی مسکن روستایی در زیست‌پذیری روستاها (مورد مطالعه: دهستان مهروئیه)**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد به راهنمایی دکتر رکن‌الدین افتخاری، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده‌ی علوم انسانی.

مطیعی‌لنگرودی، سید حسن؛ یاری، ارسطو. (۱۳۸۹). **حفاظت محیط‌زیست و برنامه‌ریزی توسعه فیزیکی روستا با تأکید بر ارزیابی طرح‌های هادی روستایی**، نشریه جغرافیا و برنامه‌ریزی محیطی، ۳(۳۹): ۶۰-۴۵.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

یعقوبی‌فراهانی، احمد؛ معتمد، مهسا. (۱۳۹۵). **موانع مشارکت روستاییان در طرح‌های هادی روستایی شهرستان همدان**، نشریه مسکن و محیط روستا، ۳۵(۱۵۳): ۱۲۶-۱۱۳.

AARP Public Policy Institute. (2005). **Livable Communities: An Evaluation Guide, Tempe**, AZ: Arizona State University Herberger Center for Design Excellence. www.aarp.org /research /housing-mobility /indliving / d18311_communities.

Brooks, J., Edrington, S., Sharma, S., Vasishth, S., Cherrington, L. (2014). **Literature Review: Transit and Livability in Rural America**, Technical Memorandum 1, Texas A & M Transportation Institute, 1- 52

Gallent, N. (2009). **Housing, Rural**, Journal of International Encyclopedia of Human Geography (Vol. 7), 207- 212 .

Godavarthy, R., Mattson, J. (2016). **Exploring Transit's Contribution to Livability in Rural Communities: Case Study of Valley City**, ND, and Dickinson, ND (No. SURLC 16-004).

Harman shah, A. H., Mohamed, A. F., Shaharudin, I., Hadi, A. S. (2008). **Spatial urbanmetabolism for livable city**, blueprints for sustainable infrastructure conference, 1-11.

Herrmann, M., Svarin, D. (2009). **Environmental pressures and rural-urban migration: The case of Bangladesh**, Unpublished.

Howell, E., Harris, L. E., Popkin, S. J. (2005). **The health status of HOPE VI public housing residents**, Journal of health care for the poor and underserved, 16(2), 273-285.

Huang, G. H., Sun, W., Nie, X. H., Qin, X. S., Zhang, X. D. (2010). **Development of a decision-support system for rural eco-environmental management in Yongxin County, Jiangxi Province, China**, Environmental Modelling & Software, 25(1), 24-42.

Liu, Y., Zhang, F., Zhang, Y. (2009). **Appraisal of typical rural development models during rapid urbanization in the eastern coastal region of China**. Journal of Geographical Sciences, 19(5), 557.

Mahon, M., Fahy, F., Cinneide, M. O. (2012). **The significance of quality of life and sustainability at the urban–rural fringe in the making of place-based community**. GeoJournal, 77(2), 265-278.

McCrea, R., Walters, P. (2012). **Impacts of urban consolidation on urban liveability: Comparing an inner and outer suburb in Brisbane, Australia**, Housing, Theory and Society, 29(2), 190-206.

Miller, D. (2010). **Urban Land Institute Ernst & Young: Infraestructuras 2010: necesidades de inversion; Ed**, URBAN LAND INSTITUTE. WASHINGTON D, C.

Miller, H. J., Witlox, F., Tribby, C. P. (2013). **Developing context-sensitive livability indicators for transportation planning: a measurement framework**, Journal of Transport Geography 26, 51–64.

Namdar, R., Sadighi. H. (2013). **Investigation of major challenges of rural development in Iran utilizing Delphi technique**, Journal of Agricultural Science and Technology, 15(3), 445-455.

Ruel, E., Oakley, D., Wilson, G. E., Maddox, R. (2010). **Is public housing the cause of poor health or a safety net for the unhealthy poor,** Journal of Urban Health, 87(5), 827-838.

Ruth, M., Franklin, R. S. (2014). **Livability for all**, Conceptual limits and practical implications. Applied Geography, 49, 18-23.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]

Shijie, J., Liyin, S., Li, Z. (2011). **Empirical Study on the Contribution of Infrastructure to the Coordinated Development between Urban and Rural Areas: Case Study on Water Supply Projects**, Procedia Environmental Sciences (Vol. 11), 1113-1118.

Song, Y. (2011). **A Livable City Study in China Using Structural Equation Models**, thesis submitted in statistics, department of statistics Uppsala University.

Srividhya, V. (2007). **Mental health and adjustment problems of students of navodhaya**, central and state schools (Doctoral dissertation, UAS, Dharwad).

Stafford, M., De Silva, M., Stansfeld, S., Marmot, M. (2008). **Neighbourhood social capital and common mental disorder**, testing the link in a general population sample. Health & place, 14(3), 394-405.

Tampubolon, G. (2009). **Neighbourhood social capital improves individual health quality of life in a national sample from Wales**.

Tanguay, G. A., Rajaonson, J., Lefebvre, J. F., Lanoie, P. (2010). **Measuring the sustainability of cities: An analysis of the use of local indicators**, Ecological Indicators, 10(2), 407-418.

Winograd, M., Farrow, A. (2009). **Sustainable development indicators for decision making: concepts, methods, definition and use**, Dimensions of Sustainable Development (Vol. 1), 1-41.

World Bank, (2008). **Housing Reconstruction in Urban and Rural Areas**.

World Health Organization. Centre for Health Development. (2010). **Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings**, The WHO Centre for Health Development, Kobe and United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT).

Yansui, L. (2007). **Rural transformation development and new countryside construction in eastern coastal area of China**, Acta Geographica Sinica, 62(6): 563-570.

Zanella, A., Camanho, A. S., Dias, T. G. (2015). **The assessment of cities' livability integrating human wellbeing and environmental impact**, Annals of operations research, 226(1), 695-726.

[Downloaded from ndea10.khu.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22287736.1398.19.55.5.7]
[DOI: 10.29252/jgs.19.55.193]