

DOI: 10.30495/jss.2023.1971144.1507

Research Paper

Investigating the relationship between relative deprivation and quality of life With an emphasis on physical well-being in the era of Covid-19 (Case study: female citizens living in Tehran)

Leila Sadat Fenderesi

Ph. D. Student in Economic Sociology and Development, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Afsaneh Edrisi

Associate professor Department of Social Sciences, Islamic Azad University, North Tehran Branch, (Corresponding Author). E- mail: afsanehedrisi@yahoo.com

Meysam Mousaei

Professor of the Development and Social Policy Department of Tehran University.

Investigating justice in gender relations is one of the most complex concepts in recent decades, the importance of which has been recognized by international organizations for social, human development and quality of life. This article is looking for an answer to the question of what the feeling of relative deprivation has to do with the quality of life of women. The statistical population was made up of women aged 18 and over who lived in Tehran in 1400. The research method is survey and information has been collected by face-to-face interview technique in the form of a questionnaire. The sample size is 404 people and the samples have been selected from five regions by random urban block sampling method. To judge the hypotheses, correlation coefficient test (Pearson, Spearman), independent F, correlation T and univariate regression were used. Findings show that variables (age, level of education, number of family members, income, marital status, family forms) are not significant with quality of life. But as the feeling of relative deprivation increases, the quality of life decreases and vice versa. Also, the physical well-being of women has decreased during the outbreak of Covid-19. So it can be said that, the basic core of the feeling of relative deprivation, which is justice, strongly affects the quality of life of women. The feeling of injustice is the result of a deep gap between subjectivity and external reality. Of course, the feeling of deprivation is reduced by changing the conditions and providing information in order to correct mentalities.

Conflict of interest:

ACCORDING TO THE AUTHORS, THE ARTICLE DID NOT HAVE ANY CONFLICT OF INTEREST.

Key words: *Relative Deprivation, Physical Well-Being, Tehrani Women, Covid-19, Quality of Life.*

بررسی رابطه احساس محرومیت نسبی و کیفیت زندگی با تأکید بر بهزیستی
جسمانی در دوران کووید ۱۹ (مطالعه موردی: شهروندان زن ساکن در تهران)

لیلا السادات فندرسی^۱

افسانه ادریسی^۲

میثم موسائی^۳

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۲۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۷/۲۸

چکیده

بررسی عدالت در روابط جنسیتی یکی از پیچیده‌ترین مفاهیم در دهه‌های اخیر می‌باشد که اهمیت آن برای توسعه اجتماعی، انسانی و کیفیت زندگی، به وسیله سازمان‌های بین‌المللی شناخته شده است. این مقاله به دنبال پاسخی برای این مسأله است که، احساس محرومیت نسبی چه رابطه‌ای با کیفیت زندگی زنان دارد. جمعیت آماری را زنان ۱۸ سال به بالا که در سال ۱۴۰۰ در شهر تهران ساکن بوده تشکیل داده‌اند. روش تحقیق پیمایشی و اطلاعات با تکنیک مصاحبه رو در رو در قالب پرسشنامه، گردآوری شده است. حجم نمونه ۴۰۴ نفر و نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری احتمالی تصادفی بلوک‌بندی شهری از بین پنج منطقه انتخاب شده‌اند. برای داوری در باب فرضیات، از آزمون ضریب همبستگی (پیرسون، اسپیرمن)، مستقل، T همبسته و رگرسیون تک متغیره استفاده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد: متغیرهای (سن، میزان تحصیلات، تعداد اعضای خانواده، درآمد، وضعیت تأهل، اشکال خانواده) با کیفیت زندگی معنادار نیستند. اما با افزایش احساس محرومیت نسبی، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و بالعکس. هم‌چنین بهزیستی جسمانی زنان در دوران شیوع کووید ۱۹ کاهش یافته است. پس می‌توان گفت: هسته اساسی احساس محرومیت نسبی که عدالت است به شدت بر کیفیت زندگی زنان تأثیرگذار است. احساس بی‌عدالتی معلول شکاف عمیق بین ذهنیت و واقعیت خارجی است. بالطبع با تغییر شرایط و اطلاع‌رسانی به منظور اصلاح ذهنیت‌هاست که از احساس محرومیت کاسته می‌گردد. واژگان کلیدی: احساس محرومیت نسبی، بهزیستی جسمانی، زنان تهرانی، کووید ۱۹، کیفیت زندگی.

۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال (نویسنده مسئول).

E-mail: afsanehedrisi@yahoo.com

۳. استاد گروه توسعه و سیاست‌گذاری اجتماعی دانشگاه تهران.

مقدمه و طرح مسئله

پایانه جنوب- پایانه افشار، کهریزک- قیطریه، زندگی در این سو و آن سوی شهر، مردمانی که هر روز در سیالیت، به این سو و آن سوی شهر می‌روند و در این میان بسیار با خود می‌اندیشند؛ موقعیتی که امروز در آن قرار گرفته‌ام، ناعادلانه است و من باید در وضعیت بهتر اقتصادی، رتبه بالاتر اجتماعی، منزلت شغلی و تحصیلی فراتر و به طور کلی موقعیت و پایگاهی برتر از آن چه امروز در آن قرار گرفته‌ام، زندگی کنم. این قیاس ذهنی که هر روز در زیست اجتماعی، ما را با خود همراه کرده است، در هر موقعیتی و متناسب با شرایط، به شکلی که مجال ظهور و بروز یابد، عیان می‌شود.

قرن‌هاست که مردم به طور ذاتی به دنبال زندگی خوب بوده‌اند. ولی همواره مسأله اصلی این بود که یک زندگی مطلوب و با کیفیت چگونه زندگی است؟ (۵۰).

در دهه ۱۹۹۰ و در پی صدور بیانیه آمستردام، با تأکید سازمان ملل، کیفیت زندگی در رأس اهداف توسعه و (۴۶)، در همایش اسکاپ^۱، انسان محور توسعه قرار گرفت (۱۱). همچنین، بر اساس گزارش توسعه انسانی سازمان ملل، نابرابری جنسیتی از جمله موانع اصلی توسعه انسانی محسوب می‌شود (۴۸). کیفیت زندگی موضوعی چندبعدی است (۶۶) و (۵۵)، و اندازه‌گیری آن به عنوان یک بحث علمی در سال‌های اخیر توجه افراد را به خود معطوف کرده است (۵۶).

گروه سازمان بهداشت جهانی^۲ کیفیت زندگی را به عنوان ادراک افراد از موقعیت‌شان در زندگی در متن نظام‌های فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق‌شان تعریف می‌کند. به بیان دیگر رضایت از زندگی به عنوان مؤلفه اصلی کیفیت زندگی مورد تأکید قرار می‌گیرد (۶۱).

کیفیت زندگی، ارزیابی ذهنی از رضایت از زندگی است (۹)، و به میزان قابل توجهی بر آن تأثیرگذار است (۶۳: ۲۸۵).

در هر دوره از زندگی، معیارهای داشتن یک زندگی خوب تغییر می‌کند. با توجه به این که پژوهش حاضر، کیفیت زندگی زنان تهرانی را مورد بررسی قرار می‌دهد، آگاهی از رتبه کیفیت زندگی شهر تهران در مقایسه با کشورهای دیگر ضرورت دارد. گزارش نشاط سازمان ملل متحد^۳ (۲۰۱۶)، ایران طی سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۵ از ۱۵۷ کشور جهان در رتبه ۱۰۵ قرار دارد. بر این اساس جامعه ایران در دسته کشورهای "پایین‌تر از میانگین" قرار می‌گیرد. نکته نگران‌کننده‌تر در این گزارش این است که در بررسی روند نشاط طی دو دوره ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۷ و ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۵ نمره نشاط در ایران حدود ۰/۵۰۷ کاهش پیدا

^۱. Esckape

^۲. World Health Organization Group

^۳. Un World Happiness Report

کرده است (۱۹). همچنین در گزارش سازمان زندگی بین‌المللی^۱ (۲۰۱۰)، رتبه کیفیت زندگی ایران در میان ۱۹۴ کشور ۱۵۰ بوده است (۲۶).

احساس محرومیت نسبی محصول پروسه دوران مدرنیته است؛ زیرا که در فرآیند توسعه و نوسازی، با توجه به تغییر و تحولات سریع اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی، انجام مقایسه شدیدتر و بیشتر است.

کینگ و دیگران، کیفیت زندگی را به صورت اختلاف بین سطح انتظارات انسان‌ها و سطح واقعیت‌ها عنوان می‌کنند و معتقدند هر چه این اختلاف کمتر، کیفیت زندگی بالاتر است (۲۹).

باید میان زندگی مطلوب و زندگی مرفه تفاوت قائل شد، چرا که زندگی مطلوب بر ارزش‌های انسانی استوار است، اما زندگی مرفه صرفاً شاخص‌هایی هم‌چون ارتقای درآمد اقتصادی را در نظر دارد (۵۱: ۱۶۲).

اندازه‌گیری سلامت و بهزیستی فردی یک وظیفه چالش برانگیز است. هر چند که در ۱۵۰ سال اخیر تعاریف سلامتی از تأکید بر آزادی از بیماری به سوی تأکید بر شادی و کیفیت زندگی پیشرفته‌اند (۳۰). امروزه کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص مهم ارزیابی ابعاد مختلف سلامت افراد در جوامع انسانی مطرح می‌باشد (۲۳). سلامتی و شادابی به عنوان بخشی از کیفیت زندگی در جامعه، بزرگ‌ترین پشتوانه هر کشور برای پیشرفت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است (۳۸). هر جامعه زمانی به پویایی و نشاط لازم دست خواهد یافت که شهروندانش از سلامت جسمانی و روانی مطلوب بهره‌مند شوند (۱۶: ۹۰).

ویروس کرونا، پدیده‌ای است که با توجه به سرعت انتشار و ویژگی مهارناپذیر خود، جهان را با بحران مواجه نموده است. این بحران هر چند در ظاهر ماهیتی صرفاً پزشکی و مرتبط با نظام سلامت دارد، پدیده‌ای چندبعدی است که آثار و پیامدهای آن در حوزه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی قابل رصد و رهگیری است (۱۲: ۶۵). از جمله مهم‌ترین پیامدهای بحران پدیده پیچیده کرونا ویروس، بالا رفتن مشکلات روحی و روانی در جامعه است (۱۲: ۷۱). عدم قطعیت و پیش‌بینی‌پذیری پایین بیماری کووید ۱۹، احساسات منفی طولانی مدت، عملکرد ایمنی افراد را کاهش می‌دهد و تعادل مکانیزم‌های فیزیولوژیکی نرمال را از بین می‌برد و سلامت فیزیکی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵۳)، و در مجموع احساسات مثبت (مانند شادی) و رضایت از زندگی کاهش می‌یابد (۴۵).

در فجایع پاندمی در سراسر دنیا، اختلالات روانی حاد که با خاطرات مزاحم مشخص می‌شود، در زنان شایع‌تر از مردان است. برخی شواهد حاکی از آن است که (نوسانات در سطح هورمون‌ها) مسئول تغییر حساسیت به محرک‌های عاطفی است که این ممکن است پایه و اساس آسیب‌پذیری خاص نسبت به اختلالات روانی، در زنان را شکل دهد (۳۷). همچنین، با توجه به افزایش بار مسئولیت‌های زنان در خانواده و افزایش اختلافات و خشونت‌های خانوادگی در این دوران (۲۴: ۹۵)، دبیر کل سازمان ملل متحد

^۱. International living

(۲۰۲۰)، ضمن تقاضای صلح و آرامش در خانه‌ها در سراسر جهان، از دولت‌ها مصرانه خواسته تا امنیت زنان را در اولویت اقدامات واکنشی خود در این بحران فراگیر قرار دهند (۵۸). مشکلات روانی مثل اضطراب، افسردگی، ناامیدی، خستگی و ناتوانی باعث بروز بیماری‌های جسمانی شده و این علائم جسمانی به طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر منفی دارند (۳۵)، و اختلال در کیفیت زندگی اثر منفی بر زندگی اجتماعی، خانوادگی، کار و فعالیت تفریحی دارد (۳۶).

بهزیستی جسمانی که دارای ابعاد (سلامت، فعالیت‌های زندگی روزانه، فراغت) می‌باشد، یکی از ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی است که از ملاک‌های اصلی کیفیت زندگی به شمار می‌رود (۳۲: ۷۷). به دلیل اهمیت این بعد، به ویژه در دوران کووید ۱۹ ضرورت سنجش آن بیش از گذشته احساس می‌شود. در نهایت، مطالعه کیفیت زندگی تمامی اقشار جامعه مهم است؛ اما سلامت زنان مطمئن‌ترین راه نیل به اهداف کلی سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی برای همه انسان‌هاست. زنان برخوردار از کیفیت زندگی بالا، پایه‌های مستحکم زندگی خانوادگی سالم و توأم با سعادت می‌باشند. بنابراین میزان مشارکت زنان در عرصه‌های مختلف از مهم‌ترین عوامل مؤثر در رشد و توسعه اقتصادی هر کشوری به شمار می‌رود.

در باب ضرورت تحقیق می‌توان بیان کرد که بیشتر حوزه‌های علوم اجتماعی، کمتر نیازمند انجام تحقیقات بیشتر هستند و در مقابل، آن‌ها بیشتر به سازماندهی تحقیقات موجود نیاز دارند. تقریباً در تمامی کشورهای توسعه یافته مرجع و سازمان مشخصی جهت سنجش، پایش و بروزرسانی شاخص‌های کیفیت زندگی وجود دارد. اما در ایران مرجع و نهاد مشخصی در رابطه با سنجش کیفیت زندگی و مسائل و مشکلات آن وجود ندارد. لذا با توجه به اهمیت موضوع در ادبیات توسعه و توجه روزافزون محافل ملی و بین‌المللی به مفهوم کیفیت زندگی در تمام سطوح، ضرورت پرداختن به این موضوع امری اجتناب‌ناپذیر است. این امر زمانی از اهمیت دوچندانی برای مطالعه برخوردار می‌شود که از یک سو توجه داشته باشیم که کشوری همانند ایران از یک زنجیره اقماری-پیرامون در ارتباط با توسعه نیافتگی تشکیل شده است و از سوی دیگر مطالعات کیفیت زندگی می‌تواند به شناسایی مناطق توسعه نیافته، علل نارضایتی مردم، اولویت‌های مردم در قالب توسعه از پایین به بالا و ارزیابی کارایی سیاست‌ها و مدل‌های توسعه‌ای کمک کند. از این رو ارائه طرحی روشن و تبیین سنجش سازه کیفیت زندگی در مناطق مختلف، از اهمیت بالایی برخوردار است و این یافته‌ها می‌تواند برای بازشناسی استراتژی‌های توسعه و طراحی برنامه‌ریزی آینده به ویژه برای زنان، که هم دریافت‌کنندگان و هم ارائه‌دهندگان اصلی مراقبت‌ها در نظام سلامت هستند مؤثر واقع شود.

مطالعات اولیه محقق نشان می‌دهد که احساس محرومیت نسبی دارای آثار و پیامدهای متفاوتی است که همگی بر میزان رضایت از زندگی تأثیر منفی دارد و احساس نارضایتی مهم‌ترین عنصر در کاهش کیفیت زندگی است. پس در مجموع این نتیجه قابل استنباط است که احساس محرومیت نسبی

منجر به پایین آمدن کیفیت زندگی می شود که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. از این رو در سدد بررسی رابطه احساس محرومیت نسبی با کیفیت زندگی زنان خواهیم بود.

پیشینه پژوهش

جهت جمع‌آوری پیشینه‌های داخلی مربوط به متغیرهای وابسته و مستقل تحقیق حاضر، تمامی پایان‌نامه‌های مرتبط با متغیرها در دانشگاه‌های (تهران، علامه طباطبائی، شهید بهشتی، الزهراء، تربیت مدرس، علوم و تحقیقات تهران) و همچنین تمامی مقالات سایت‌های معتبر داخلی (سیدا^۱، نورمگز^۲، مگیران^۳، ایران داک^۴، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی^۵ و ...) و طرح‌های پژوهشی سازمان‌های مختلف (شهرداری، مجلس و ...) رویت و بررسی گردید و سعی شد که رشته‌های جامعه‌شناسی و از نظر بازه زمانی سال‌های نزدیک‌تر به پژوهش در اولویت قرار بگیرند.

جدول شماره (۱): خلاصه پیشینه تحقیقات انجام یافته

ردیف	نگارش	سال	روش	یافته‌ها
۱	حسین رفیعی و جواد زارعی	۱۳۹۷	کمی	عدالت و رضایت با کیفیت زندگی رابطه دارد.
۲	مهدی مقیمی	۱۳۹۶	کمی	رضایت از زندگی با احساس محرومیت نسبی رابطه دارد.
۳	آمنه صدیقیان بیدگلی	۱۳۹۴	ترکیبی	رضایت از زندگی با احساس محرومیت نسبی رابطه دارد.
۴	سیده نرگس حسینی امین	۱۳۹۴	کمی	احساس محرومیت نسبی با کیفیت زندگی رابطه دارد.
۵	ولدخانی و دیگران	۱۳۹۵	کمی	سن ازدواج با کیفیت زندگی رابطه ندارد.
۶	مسعود الماسی و دیگران	۱۳۹۳	کمی	شادکامی با احساس محرومیت نسبی رابطه دارد.
۷	معصومه باقری و دیگران	۱۳۹۳	کمی	رضایت از زندگی با احساس محرومیت نسبی رابطه دارد.
۸	زیبا حاتم‌وند	۱۳۹۱	کمی	درآمد با کیفیت زندگی رابطه ندارد.
۹	جعفر هزارجریبی و رضا صفری شالی	۱۳۸۸	کمی	رضایت اجتماعی با احساس محرومیت نسبی رابطه دارد.
۱۰	غلامرضا غفاری و محمدباقر تاج‌الدین	۱۳۸۶	کمی	رضایت از زندگی با احساس محرومیت نسبی رابطه دارد.
۱۱	زولویستن و دیگران	۲۰۲۰	کمی	تبعیض و نارضایتی با احساس محرومیت نسبی رابطه دارد.
۱۲	یو ایکس آ و ژونما	۲۰۲۰	کمی	نارضایتی از زندگی با احساس محرومیت نسبی رابطه دارد.
۱۳	دماکاکس و نان	۲۰۰۶	کمی	رضایت از زندگی با احساس محرومیت نسبی رابطه دارد.

در بررسی و مقایسه میان پیشینه‌های داخلی و خارجی این پژوهش مشاهده می‌شود که: به سبب اهمیت مفهوم کیفیت زندگی در بسیاری از رشته‌ها همچون پزشکی و سلامت، روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و ... مورد بررسی قرار گرفته است. تحقیقاتی که به متغیر کیفیت زندگی به طور خاص پرداخته‌اند، چه

۱. SID

۲. Noormags

۳. Magiran

۴. Iran Doc

۵. Ihcs

آن‌هایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت و چه آن‌هایی که به دلیل عدم قرار گرفتن در بازه تاریخی انتخابی و یا مشابهت موضوعی و نتیجه، صرف‌نظر شده‌اند، در اکثر موارد از روش پیمایش و تکنیک پرسشنامه بهره برده‌اند. و پرسشنامه استاندارد جهت سنجش متغیرها در ایران طراحی نشده است. از سویی در بررسی متغیر احساس محرومیت نسبی و مسائل مرتبط با این حوزه نیز این وضعیت مشهود بود. هم‌چنین جامعه آماری تحقیقات احساس محرومیت نسبی را عموماً افراد ۱۸ سال به بالا و تحقیقات کیفیت زندگی را عموماً سالمندان و مهاجران تشکیل می‌دادند. اکثر پایان‌نامه‌های داخلی در مقطع کارشناسی ارشد و جامعه مورد مطالعه تهران و با توجه به موضوع تحقیق از نظریه‌های جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، احساس محرومیت نسبی، کیفیت زندگی، مقایسه اجتماعی، نیازهای اساسی بهره برده‌اند. در تحقیقات خارجی مربوط به احساس محرومیت نسبی، متغیر حمایت اجتماعی و در تحقیقات مربوط به کیفیت زندگی، محله و منطقه سکونت بیشترین میزان تأثیرگذاری را داشته‌اند. هم‌چنین احساس محرومیت نسبی معمولاً منجر به گرایش الگوهای بزهکارانه و جرائم می‌شود و نارضایتی از زندگی موجب کیفیت زندگی پایین می‌شود.

چارچوب نظری

کیفیت‌زندگی یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در علوم اجتماعی است (۴۲: ۱۲۰). "شالوک^۱" در مطالعه خود به سال ۲۰۰۴، به این نتیجه رسید که علی‌رغم اختلافات نظری فراوان میان محققان، توافق قابل توجهی در زمینه سنجش کیفیت زندگی میان آن‌ها در هشت بعد به وجود آمده است (۴۴: ۷۱۱-۷۱۲). این ابعاد عبارتند از: روابط بین فردی، شمولیت اجتماعی، رشد و توسعه فردی، بهزیستی جسمانی، خوداتکایی فردی، بهزیستی مادی، بهزیستی عاطفی و حقوق (۴۳: ۲۰۵). هشت حوزه‌ای که بیشتر در ادبیات بین‌المللی کیفیت زندگی گزارش شده است (۴۴: ۷۱۵). وی این نتیجه را با استفاده از شانزده مطالعه تحلیلی منتشر شده استنتاج کرده و در مجموع ۱۲۵ شاخص را برای این هشت بعد شناسایی کرده است (۴۳: ۲۰۵).

از سال ۱۹۸۷ تا سال ۲۰۰۴ میلادی، بالغ بر ۲۰۹۰۰ مقاله در سطح جهان منتشر شده که عنوان کیفیت زندگی را با خود دارند (۴۳: ۲۰۵). در تحلیلی که (۴۱)، بر اساس مطالعه ۹۷۴۹ چکیده مقاله و خوانش ۲۴۵۵ مقاله و مطالعه عمیق ۸۷۹ مقاله که حاوی مهم‌ترین معیارها در این زمینه بودند، به دست داده‌اند، به این نتیجه رسیدند که برای هر یک از ابعاد هشت‌گانه قلمروهای کیفیت زندگی، سه شاخص مهم را شناسایی و معرفی کنند. این شاخص‌های مرکزی و توصیف کننده‌های هر یک از ابعاد کیفیت زندگی، در جدول شماره (۲) به اختصار آمده است (۴۳: ۲۰۶). بر اساس نظر شالوک ابعاد کیفیت زندگی به

^۱. Schalock

مجموعه‌ای از عوامل ارجاع دارد که احساس بهزیستی شخصی را به وجود می‌آورند (۴۳: ۲۰۵). و دارای دو بعد ارزیابی شخصی و ارزیابی کارکردی است. در یک جمع‌بندی می‌توان گفت کیفیت زندگی در بعد فردی، به وسیله شاخص‌های عینی (سلامت، موقعیت اقتصادی، فعالیت‌های اجتماعی و ...) و ذهنی (شادی، امنیت، رضایت، اعتماد به نفس، خوش‌بینی، حس رفاه، حس با ارزش بودن و ...) قابل سنجش است (۴۳).

"گر"^۱ محرومیت نسبی را به عنوان برداشت بازیگران از وجود اختلاف میان انتظارات ارزشی و توانایی‌های ارزشی‌شان تعریف می‌کند. انتظارات ارزشی، کالاها و شرایط زندگی‌ای هستند که مردم خود را مستحق آن‌ها می‌دانند. توانایی‌های ارزشی کالاها و شرایطی هستند که آن‌ها فکر می‌کنند عملاً توانایی کسب و حفظ آن‌ها را دارند (۱۵: ۲۴) و (۱۴: ۴۷). محرومیت نسبی هنگامی افزایش می‌یابد که افراد وضعیت خود را با وضعیت گروه مرجعی مقایسه می‌کنند که آن چه می‌خواهند و فکر می‌کنند باید داشته باشند دارد. هر چه ما به تفاوت منفی افراد بیشتر باشد، محرومیت نسبی آن‌ها بیشتر خواهد بود (۱۵: ۱۰۵) و (۱۴: ۱۴۱). مرجع یک فرد ممکن است وضعیت گذشته خود وی، آرمانی انتزاعی یا معیارهایی باشد که توسط یک رهبر و نیز یک «گروه مرجع» طراحی شده است (۱۵: ۲۵) و (۱۴: ۴۸).

گر سه نوع محرومیت را مطرح می‌کند: در خصوص محرومیت نسبی صعودی و محرومیت نسبی مبتنی بر بلندپروازی، میزان اختلاف، فاصله‌ای است که میان موقعیت ارزشی مطلوب و پتانسیل ارزشی احساس می‌شود. در خصوص محرومیت نسبی نزولی، میزان اختلاف، فاصله‌ای است که میان موقعیت ارزشی موجود در گذشته و موقعیت ارزشی بر جای مانده احساس می‌شود (۱۵: ۶۰) و (۱۴: ۹۱-۹۰). هر چه درصد رشد یا پیشرفت در یک جامعه بیشتر باشد، احتمال آن که فقدان مشخص و بارز فرصت سهمین شدن در منافع آن شدیداً احساس شود بیشتر می‌شود (۱۵: ۱۲۹) و (۱۴: ۱۶۹).

از بررسی چارچوب‌های نظری که به این موضوع مربوط می‌شود، این نتیجه قابل استنباط است که هیچ یک از این چارچوب‌ها به تنهایی برای تأثیر نقش احساس محرومیت نسبی بر کیفیت زندگی کفایت نمی‌کند و یک تئوری ترکیبی که بتوان به کمک آن همه ابعاد کیفیت زندگی و احساس محرومیت نسبی را توضیح داد انتخاب کرد. اگر چه چارچوب نظری "شالوک" و "گر" به کار ما نزدیک‌تر است، اما به دلایل فوق نمی‌تواند تنها انتخاب ما برای چارچوب نظری باشد. بنابراین رویکرد ما روش ترکیبی و تکمیلی در چارچوب نظری است. بر این اساس می‌توان گفت که احساس محرومیت نسبی دارای آثار و پیامدهای متفاوتی است که همگی بر میزان نارضایتی تأثیر منفی دارد و مطالعات اولیه محقق نشان می‌دهد که احساس نارضایتی مهم‌ترین عنصر در کاهش کیفیت زندگی است.

^۱. Gurr

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر رویکردی اثبات‌گرایانه و کمی است و روش آن، پیمایشی و با توجه به موضوع پژوهش می‌توان گفت که نوع آن توصیفی-تبیینی است. جمع‌آوری اطلاعات از افراد خانواده‌های ساکن در شهر تهران ایران صورت گرفته است. بنابراین واحد مشاهده فرد (یکی از افراد خانواده‌های ساکن در این شهر) است. از آن جا که در مورد افراد، بررسی و تحلیل صورت می‌گیرد و تعمیم نتایج به افراد است، سطح تحلیل خرد و از نظر زمانی، پژوهش حاضر مقطعی است، زیرا در یک مقطع زمانی مشخص یعنی سال ۱۴۰۰ صورت گرفته است. همچنین از آن جا که مطالعه روی جمعیتی وسیع (شهروندان تهرانی) صورت گرفته، پژوهش از نظر میزان ژرفایی از نوع پهنانگر است. در نهایت با توجه به این که به دنبال شناخت و کمک به حل یک مسئله اجتماعی است در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش حاضر که از آن نمونه‌ای نمایا یا معرف به دست می‌آید، شامل همه خانواده‌های ساکن در شهر تهران است که در تهران سکونت دارند. انتخاب نمونه با تلفیق نمونه‌گیری احتمالی و تصادفی بلوک‌بندی شهری صورت گرفته است. بدین صورت که ابتدا شهر تهران را بر اساس نواحی جغرافیایی به پنج حوزه (شمال، جنوب، شرق، غرب، مرکز) تقسیم کرده و از هر حوزه به صورت تصادفی یک منطقه (شهرداری) انتخاب شده است. با توجه به سایت مرکز آمار، تعداد خانوارهای مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران در سال ۱۳۹۵ برابر است با ۲۹۱۱۰۶۵ خانوار (۲۶). با جای‌گذاری عدد فوق در فرمول کوکران، حجم نمونه ۳۸۴ نفر به دست آمد که به علت احتمال وجود داده‌های پرت، تعداد پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده ۱۰ درصد بیشتر از میزان نمونه در نظر گرفته شد که در مجموع ۴۲۰ پرسشنامه جمع‌آوری شد. حجم نمونه بستگی به واریانس متغیر وابسته دارد که پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص و باطل شده، ۴۰۴ نفر گزارش شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته است. برای تأمین اعتبار ابزار تحقیق، که بر این نکته تأکید دارد که آیا تعاریفی که برای مفاهیم، ارائه شده است، مفاهیم مورد نظر را می‌سنجد یا نه، از روش اعتبار صوری استفاده شد؛ به این شکل که ابزار طرح، به صاحب‌نظران و داوران ارائه و نقایص مطرح شده برطرف گردید. جهت بررسی پایایی یا قابلیت اعتماد^۱، از روش بازآزمایی^۲ استفاده شده است. نتایج آزمون آلفای کرونباخ، گویای این مطلب بود که پرسشنامه سنجش میزان کیفیت زندگی و متغیر مستقل احساس محرومیت نسبی از پایایی مطلوبی برخوردارند.

^۱. Reliability
^۲. Test- Retest

جدول شماره (۱): آلفای کرونباخ

متغیر	میزان آلفای کرونباخ
کیفیت زندگی	۰/۹۲۸
احساس محرومیت نسبی	۰/۹۲۵

منبع: (یافته‌های پژوهش)

در پایان، پرسشنامه نهایی جهت انجام پژوهش تهیه و اطلاعات از طریق مصاحبه‌های رو در رو جمع‌آوری گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه، ابتدا کُدگذاری و سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل آماری انجام شد.

جدول شماره (۲): تعریف عملیاتی مفهوم کیفیت زندگی (متغیر وابسته)

مفهوم	ابعاد	خرده ابعاد
کیفیت زندگی Quality of life	بهریستی عاطفی Emotional Well-being	خرسندی (رضایت‌مندی، حالات، خوشی و برخورداری) Contentment (satisfaction, moods, enjoyment)
		خودپنداره (شناسایی و تشخیص هویت، خود ارزش‌مندی، احترام به خود) Self-concept (identify, self-worth, Self-esteem)
		عدم استرس (پیش‌بینی‌پذیری، کنترل) Lack of stress (predictability, control)
		روابط متقابل (شبکه‌های اجتماعی، روابط اجتماعی) Interactions (social networks, social contacts)
	روابط بین فردی Interpersonal Relations	روابط (خانواده، دوستان، همسالان) Relationships (family, friends, peers)
		حمایت‌ها (عاطفی، فیزیکی، مالی، بازخوردها) Supports (emotional, physical, financial, feedback)
	بهریستی مادی Material Well-being	پایگاه مالی (درآمد، منفعت و سودها و عایدات) Financial status (income, benefits)
		استخدام (جایگاه کاری، محیط کاری) Employment (work status, work environment)
	رشد و توسعه فردی Personal Development	مسکن (نوع سکونت و ساکنین، مالکیت) Housing (type of residence, ownership)
		آموزش (دستاوردها، جایگاه و پایگاه) Education (achievements, status)
صلاحیت و شایستگی شخصی (شناختی، اجتماعی، عملی) Personal competence (cognitive, social, practical)		
بهریستی جسمانی Physical Well-being	اجرا (موفقیت، دست‌آورد، قابلیت و بهره‌وری) Performance (success, achievement, productivity)	
	سلامت (رو به راه و دایر، علائم و نشانه‌های مرض، آمادگی جسمانی، تغذیه) Health (functioning, symptoms, fitness, nutrition)	
	فعالیت‌های زندگی روزانه (مهارت‌های مراقبت از خود، تحرک) Activities of daily living (self-care skills, mobility)	
	فراغت (تفریح، سرگرمی) Leisure (recreation, hobbies)	
خودانگیزی فردی	خودمختاری و کنترل شخصی (استقلال) Autonomy/personal control (independence)	
		اهداف و ارزش‌های شخصی (امیدها و آرزوها)

Goals and personal values (desires, expectations) انتخاب‌ها (فرصت‌ها، انتخاب‌ها و ترجیحات)	Self-Determination	
Choices (opportunities, options, preferences) وحدت، انسجام اجتماعی و مشارکت		
Community integration and participation نقش‌های اجتماعی (شرکت‌کننده، داوطلبانه)	شمولیت اجتماعی	
Community roles (contributor, volunteer) حمایت‌های اجتماعی (شبکه‌های اجتماعی، خدمات)	Social Inclusion	
Social supports (support network, services) حقوق انسانی (احترام، مقام و شأنیت، برابری)		
Human (respect, dignity, equality) حقوق قانونی (شهروندی، دسترسی، رعایت فرآیندهای قانونی)	حقوق Right	
Legal (citizenship, access, due process)		

منبع: (۴۳: ۲۰۶).

جدول شماره (۳): تعریف عملیاتی مفهوم احساس محرومیت نسبی (متغیر مستقل)

مفهوم	ابعاد	خرده ابعاد	شاخص
احساس محرومیت نسبی Relative deprivation	توانایی‌های ارزشی Value Copabilities	ارزش‌های رفاهی	Economic Values (Physical well-being) ارزش‌های خود-فعلیت‌بخش (تحقق نفس)
		ارزش‌های مربوط به احترام	Self-actualization valuse ارزش‌های مربوط به قدرت (ارزش‌های امنیتی، ارزش‌های مشارکتی)
	انتظارات ارزشی Value Expectations	ارزش‌های رفاهی	Power Values (Security, Participation) ارزش‌های بین‌الاشخاصی (تعلق به جمع، منزلت، انسجام فکری)
		ارزش‌های مربوط به احترام	Interpersonal Values (Communality, Status, Ideational coherence) ارزش‌های اقتصادی (رفاه- کالاهای مادی)
	توانایی‌های ارزشی Value Copabilities	ارزش‌های رفاهی	Economic Values (Physical well-being) ارزش‌های خودفعلیت‌بخش (تحقق نفس)
		ارزش‌های مربوط به احترام	Self-actualization valuse ارزش‌های مربوط به قدرت (ارزش‌های امنیتی، ارزش‌های مشارکتی)
	انتظارات ارزشی Value Expectations	ارزش‌های رفاهی	Power Values (Security, Participation) ارزش‌های بین‌الاشخاصی (تعلق به جمع، منزلت، انسجام فکری)
		ارزش‌های مربوط به احترام	Interpersonal Values (Communality, Status, Ideational coherence)

منبع: (۱۵).

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی بررسی شده است که در زیر ارائه می‌گردد.

جدول شماره (۴): توزیع فراوانی و درصدی کیفیت زندگی

کیفیت زندگی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
خیلی کم	۳۰	۷/۴	۷/۴
کم	۸۰	۱۹/۸	۱۹/۸
متوسط	۱۷۴	۴۳/۱	۴۳/۱
زیاد	۹۲	۲۲/۸	۲۲/۸
خیلی زیاد	۲۸	۷/۹	۷/۹
مجموع	۴۰۴	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

جدول فوق نشان می‌دهد که کیفیت زندگی ۴۳/۱ درصد زنان متوسط می‌باشد که بیشترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند.

جدول شماره (۵): توزیع فراوانی و درصدی احساس محرومیت نسبی

احساس محرومیت نسبی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
خیلی کم	۱۰	۲/۵	۲/۵
کم	۶۸	۱۶/۸	۱۶/۸
متوسط	۱۸۸	۴۶/۵	۴۶/۵
زیاد	۱۱۸	۲۹/۲	۲۹/۲
خیلی زیاد	۲۰	۵/۰	۵/۰
مجموع	۴۰۴	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

جدول فوق نشان می‌دهد که احساس محرومیت نسبی ۴۶/۵ درصد زنان متوسط می‌باشد که بیشترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند.

جدول شماره (۶): آماره‌های توصیفی کیفیت زندگی و احساس محرومیت نسبی

متغیر	میانگین	میانه	نما	واریانس	چارک		
					اول	دوم	سوم
کیفیت زندگی	۱۸۴/۵۷۳۸	۱۸۳/۶۶۸۶	۱۶۶/۷۲	۶۵۵/۹۹۹	۱۶۸/۴۳۱۵	۱۸۳/۶۶۸۶	۲۰۰/۹۲۴۰
احساس محرومیت نسبی	-۳/۷۹۷۰	-۳/۰۰۰۰	-۱۰/۰۰	۱۸۷/۶۰۶	-۱۲/۰۰۰۰	-۳/۰۰۰۰	۵/۰۰۰۰

اطلاعات جدول فوق مربوط به سطح سنجش فاصله‌ای می‌باشد. میانگین کیفیت زندگی افراد ۱۸۴/۵۷۳۸ می‌باشد؛ یعنی نمونه‌ها به طور متوسط دارای کیفیت زندگی ۱۸۴/۵۷۳۸ می‌باشند. میانه ۱۸۳/۶۶۸۶ می‌باشد؛ یعنی به طور متوسط نیمی از پاسخگویان نمره کمتر از ۱۸۳/۶۶۸۶ و نیمی دیگر بیشتر از ۱۸۳/۶۶۸۶ گرفته‌اند. نما برابر است با ۱۶۶/۷۲ که بیشترین تکرار میزان کیفیت زندگی افراد می‌باشد. واریانس ۶۵۵/۹۹۹ می‌باشد. ۲۵ درصد جمعیت نمونه نمره ۱۶۸/۴۳۱۵ و کمتر داشتند. ۵۰ درصد جمعیت نمونه نمره ۱۸۳/۶۶۸۶ و کمتر داشتند. ۷۵ درصد جمعیت نمونه نمره ۲۰۰/۹۲۴۰ و کمتر داشتند. میانگین احساس محرومیت نسبی افراد -۳/۷۹۷۰ می‌باشد؛ یعنی نمونه‌ها به طور متوسط دارای احساس محرومیت نسبی -۳/۷۹۷۰ می‌باشند. میانه -۳/۰۰۰۰ می‌باشد؛ یعنی به طور متوسط نیمی از پاسخگویان نمره کمتر از -۳/۰۰۰۰ و نیمی دیگر بیشتر از -۳/۰۰۰۰ گرفته‌اند. نما برابر است با -۱۰/۰۰ که بیشترین تکرار میزان احساس محرومیت نسبی افراد می‌باشد. واریانس ۱۸۷/۶۰۶ می‌باشد. ۲۵ درصد جمعیت نمونه نمره -۱۲/۰۰۰۰ و کمتر داشتند. ۵۰ درصد جمعیت نمونه نمره -۳/۰۰۰۰ و کمتر داشتند. ۷۵ درصد جمعیت نمونه نمره -۵/۰۰۰۰ و کمتر داشتند.

جدول شماره (۷): آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین احساس محرومیت نسبی، انتظارات ارزشی، توانایی‌های ارزشی و کیفیت زندگی

کیفیت زندگی			Correlations
n	sig	r	
۴۰۴	۰/۰۰۰	-۰/۶۵۷	احساس محرومیت نسبی
۴۰۴	۰/۰۰۰	-۰/۵۲۷	انتظارات ارزشی
۴۰۴	۰/۰۰۰	۰/۷۰۴	توانایی‌های ارزشی

با توجه به جدول ماتریس ضریب همبستگی پیرسون با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، سطح معناداری $sig=۰/۰۰۰$ ؛ یعنی با اطلاعات موجود H_1 تأیید شده و H_0 رد می‌گردد؛ به بیان دیگر بین احساس محرومیت نسبی، انتظارات ارزشی، توانایی‌های ارزشی و کیفیت زندگی رابطه و همبستگی معناداری وجود دارد. با توجه به قدر مطلق ضریب همبستگی که برابر است با $r=۰/۶۵۷$ ؛ $r=۰/۵۲۷$ ؛ $r=۰/۷۰۴$ شدت رابطه خیلی قوی می‌باشد و با توجه به علامت منفی احساس محرومیت نسبی و انتظارات ارزشی، جهت رابطه غیر مستقیم می‌باشد؛ یعنی با افزایش احساس محرومیت نسبی و انتظارات ارزشی، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و بالعکس. جهت رابطه بین توانایی‌های ارزشی و کیفیت زندگی با توجه به علامت مثبت، مستقیم می‌باشد؛ یعنی با افزایش توانایی‌های ارزشی، کیفیت زندگی هم افزایش می‌یابد و بالعکس.

جدول شماره (۸): آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین سن و کیفیت زندگی

کیفیت زندگی			Correlations
n	sig	r	
۴۰۴	۰/۳۸۹	-۰/۰۴۳	سن

با توجه به جدول ماتریس ضریب همبستگی پیرسون با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، سطح معناداری $sig=۰/۳۸۹$ ؛ یعنی با اطلاعات موجود H_0 تأیید شده و H_1 رد می‌گردد؛ به بیان دیگر بین سن پاسخگو و کیفیت زندگی رابطه و همبستگی معناداری وجود ندارد.

جدول شماره (۹): آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن بین میزان تحصیلات، تعداد اعضای خانواده و کیفیت زندگی

کیفیت زندگی			Correlations
n	sig	r	
۴۰۴	۰/۶۲۴	۰/۰۲۴	میزان تحصیلات
۴۰۴	۰/۰۷۴	-۰/۰۸۹	تعداد اعضای خانواده
۴۰۴	۰/۸۵۶	۰/۰۰۹	درآمد

با توجه به جدول ماتریس ضریب همبستگی اسپیرمن با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، سطح معناداری $\text{sig} = 0/۰۷۴$; $\text{sig} = 0/۸۵۶$ ؛ یعنی با اطلاعات موجود H_1 رد و H_0 تأیید می‌گردد؛ به بیان دیگر بین میزان تحصیلات، تعداد اعضای خانواده، درآمد و کیفیت زندگی رابطه و همبستگی معناداری وجود ندارد.

جدول شماره (۱۰): آزمون F (تحلیل واریانس) متغیر کیفیت زندگی بین گروه‌های مختلف وضعیت تأهل، اشکال خانواده، قومیت

Sig	F	df	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات	کیفیت زندگی بین گروهی
۰/۳۸۹	۱/۰۳۵	۴۰۳	۲۶۴۳۶۷/۵۶۲	۲۶۴۳۶۷/۵۶۲	وضعیت تأهل
۰/۲۴۷	۱/۳۶۱	۴۰۳	۲۶۴۳۶۷/۵۶۲	۲۶۴۳۶۷/۵۶۲	اشکال خانواده

از آن جایی که متغیر کیفیت زندگی در سطح سنجش فاصله‌ای می‌باشد و محقق قصد مقایسه میانگین این متغیر را در بین پنج گروه وضعیت تأهل، شش اشکال خانواده دارد، در نتیجه از آزمون F مستقل استفاده می‌نماییم. نتایج آزمون ANOVA در فاصله اطمینان ۹۵ درصد با سطح معناداری $\text{sig} = 0/۳۸۹$ ؛ $\text{sig} = 0/۲۴۷$ ؛ حاکی از آن است که میزان کیفیت زندگی در بین گروه‌های مختلف وضعیت تأهل، اشکال خانواده، تفاوت معناداری ندارد و بنابراین با توجه به اطلاعات موجود فرضیه H_1 رد و فرضیه H_0 تأیید می‌گردد.

جدول شماره (۱۱): آزمون T همبسته متغیر بهزیستی جسمانی در دوران کووید ۱۹ و قبل از آن

Sig	df	T	فاصله اطمینان ۹۵٪		میانگین	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	کیفیت زندگی
			کرانه بالا	کرانه پایین				
۰/۰۰۰	۴۰۳	-۲۱/۶۹۶	-۴/۱۶۳۱۵	-۴/۹۹۲۷۹	۰/۲۱۱۰۱	۴/۲۴۱۲۵	-۴/۵۷۷۹۷	

با توجه به نتایج آزمون t همبسته، در فاصله اطمینان ۹۵ درصد سطح معناداری برابر است با $\text{sig} = 0/۰۰۰$ ؛ یعنی با اطلاعات موجود فرضیه H_0 رد و فرضیه H_1 تأیید می‌گردد. به بیان دیگر بهزیستی جسمانی در دوران کووید ۱۹ و قبل از آن تفاوت معناداری دارد. با توجه به میزان $t = -۲۱/۶۹۶$ و با توجه به علامت آن که منفی است یعنی بهزیستی جسمانی در دوران کووید ۱۹ کمتر از بهزیستی جسمانی قبل از کووید ۱۹ است.

- به نظر می‌رسد احساس محرومیت نسبی بر کیفیت زندگی مؤثر است.

با توجه به معناداری آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی تحقیق که پیش شرط آزمون رگرسیون می‌باشد، حال در این جا جهت تعیین میزان تأثیر متغیر مستقل احساس محرومیت نسبی بر کیفیت زندگی از رگرسیون خطی با روش Enter استفاده شده است.

جدول شماره (۱۲): مدل رگرسیون پیش‌بینی شده

مدل	مجذور ضریب تعیین (R^2)	ضریب تعدیل یافته R
۱	۰/۴۳۰	۰/۶۵۷

با توجه به نتایج جدول بالا، مقدار ضریب تبیین (R^2) به دست آمده برای تبیین کیفیت زندگی $R^2=0/430$ می‌باشد که این میزان در علوم انسانی نشان می‌دهد که متغیر وابسته به میزان بالا (قوی) توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود. در واقع کیفیت زندگی به میزان $0/430$ توسط احساس محرومیت نسبی تبیین می‌شود.

جدول شماره (۱۳): نتایج آزمون ANOVA

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان آزمون	سطح معناداری
۱	ضریب رگرسیونی	۱	۱۱۴۰۱۲/۴۳۹	۳۰۴/۸۳۲	۰/۰۰۰
	پسماند	۴۰۲	۳۷۴/۰۱۸		
	مجموع	۴۰۳	۲۶۴۳۶۷/۵۶۲		

با توجه به سطح معناداری که برابر شده است با $sig=0/000$ خط رگرسیون توانایی تبیین کیفیت زندگی را دارد و مدل معنادار است.

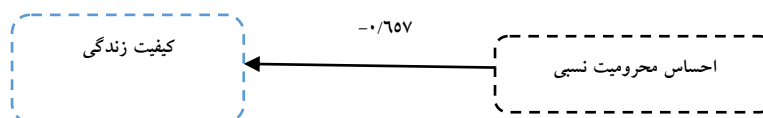
جدول شماره (۱۴): ضرایب رگرسیونی مربوط به مدل‌های پیش‌بینی شده

مدل	ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده		میزان آزمون t	سطح معناداری
	ضریب تأثیر B	خطای استاندارد از میانگین		
میزان ثابت	۱۷۹/۹۱۱	۰/۹۹۹	۱۸۰/۱۷۲	۰/۰۰۰
احساس محرومیت نسبی	-۱/۲۲۸	۰/۰۷۰	-۱۷/۴۵۹	۰/۰۰۰

با توجه به سطح معناداری که برابر شده است با $sig=0/000$ ، یعنی با اطلاعات موجود H_1 تأیید شده و H_0 رد می‌گردد؛ به بیان دیگر احساس محرومیت نسبی در کیفیت زندگی زنان مؤثر است. در این مدل با توجه به ضرایب رگرسیونی فوق، متغیر مستقل احساس محرومیت نسبی بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد که معادله خط رگرسیون به شرح ذیل می‌باشد:

$$Y=a+b_1.x_1$$

$$Y=179/911-1/228(\text{احساس محرومیت نسبی})$$



مقدار ثابت برابر است با ۱۷۹/۹۱۱، ضریب تأثیر متغیر احساس محرومیت نسبی ۱/۲۲۸-، به عبارت دیگر در ازای تغییر متغیر احساس محرومیت نسبی به میزان ضریب مربوطه، کیفیت زندگی به میزان یک انحراف معیار تغییر می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

از نیمه دوم قرن بیستم به بعد، ما شاهد پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در حوزه مطالعه و تحقیق درباره کیفیت زندگی هستیم (۴). نتایج آمار توصیفی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اکثر افراد دارای کیفیت زندگی متوسطی هستند که با نتایج تحقیقات (۵۲) و (۲۷) و (۶۴) و (۴۹) و (۳۹) همسویی دارد. نتایج پژوهش حاکی از این است که با افزایش احساس محرومیت نسبی افراد، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و بالعکس. که با یافته‌های (۶۵) و (۳۴) و (۴۷) و (۲۲) و (۳) و (۱) و (۱۷) و (۱۸) و (۱۳) و (۵۹) و (۶۲) و (۳۱) و (۸) همسویی دارد. همچنین نتایج پژوهش با نظریات ریتزر که بر احساس ناتوانی (۴۰): ۴۲۳، کروزی بر محرومیت از خواسته‌ها (۷: ۱۰۲)، کریزبرگ بر نابرابری و ناسازگاری (۲۸)، اینگلهارت بر عدم توازن در آرمان‌ها و خواسته‌ها (۲۵: ۴۵)، وینهون بر عناصری مانند عدم سلامت، عدالت، استقلال در کار و ... (۶۰)، ترنر بر عدم توازن در مرتبت و منزلت (۵۷)، سرجی بر نارضایتی در جامعه (۵۴: ۱۷۱)، براون بر نارضایتی از خویشتن و ... (۵: ۲۰)، کوب بر کاهش حمایت اجتماعی (۶)، گر فاصله بین انتظارات ارزشی و توانایی‌های ارزشی (۱۵: ۷۲ و ۱۱۱)، مک کریا و کاستا بر عدم تناسب با توانایی و پاداش (۳۳: ۵۳)، آرگایل عدم سلامت و رضایت (۲: ۴۴)، هلیز بر عدم سلامت جسمانی و روانی (۲۱)، که همگی موجب نارضایتی افراد می‌شوند تأکید دارند، همخوانی دارد. در نظریات فوق آثار و پیامد احساس محرومیت نسبی بر کیفیت زندگی تمرکز ندارد. تفاوت نظریه‌های ارائه شده با پژوهش حاضر در این است که در نظریات ارائه شده، احساس محرومیت نسبی از کانال ایجاد نارضایتی منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود. در حالی که در تحقیق حاضر اثرگذاری مستقیم احساس محرومیت نسبی بر کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار دادیم. بنابراین یافته اصلی این پژوهش، می‌تواند در جهت اکمال نظریه‌های قبلی تلقی شود.

از آن جا که دسترسی به امکانات و منابع و فرصت‌های برابر زندگی، حق همه شهروندان می‌باشد؛ توجه به زنان و نقش آنان در جامعه اجتناب‌ناپذیر است. به طوری که یکی از بزرگ‌ترین تحولات صورت گرفته طی صد سال گذشته، افزایش چشمگیر مشارکت زنان در عرصه‌های اجتماعی و اقتصادی است. زنان اولین مراقبین سلامت خانواده و جامعه هستند. وضعیت سلامت زنان تأثیر مهمی بر سلامت کودکان، خانواده، جامعه و محیط زیست و ... دارد. آموزش و فرهنگ از طریق سلامت زنان توسعه می‌یابد. بنابراین، توجه به نحوه زندگی زنان و سلامت کیفیت زندگی آنان می‌تواند بسیار بر جامعه اثرگذار باشد. لذا باید مدیران و مسئولین جامعه، فارغ از منافع سیاسی و اقتصادی و ... گروه خاصی، ابعاد کیفیت زندگی را به طور عادلانه در بین همه افراد جامعه بهبود بخشند تا در جهت برقراری عدالت اجتماعی و

نیل به توسعه پایدار قدم بردارند. زیرا هر گونه اختلال در سلامت زنان، علاوه بر اثرات فردی، عوارض اجتماعی هم به همراه دارد و به راحتی می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را مورد تهدید قرار دهد. از جمله پیشنهادهاتی که می‌توان به مراجع رسمی یادآور شد این است که تحقیقات دیگری در این زمینه در شهر مورد مطالعه و سایر مناطق و شهرهای کشور به صورت دوره‌ای در سه سطح ملی، منطقه‌ای و محلی توصیه می‌گردد تا اعتبار و روایی شاخص‌های پژوهش مورد آزمون قرار گیرد. همچنین به دلیل توجه روزافزون به مفهوم کیفیت زندگی تدوین مدلی جامع و کامل که تحت تأثیر عناصر فرهنگ ایرانی باشد ضروری به نظر می‌رسد، چرا که مدل‌های ارائه شده مبتنی بر فرهنگ مغرب زمین است. همچنین به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که از روش‌های کیفی و ترکیبی استفاده کنند. و جامعه‌های آماری دیگری را جهت مقایسه با تهران مدنظر قرار دهند.

همچنین، محدودیت‌های پژوهش، به ویژه در دوران شیوع بیماری کووید ۱۹، که قرین یکسال فرآیند تحقیق را به تأخیر انداخت می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- عدم دسترسی آسان به تحقیقات ملی اجرا شده در سازمان‌های دولتی.
- وجود محدودیت زمانی، منابع مالی و نیروی انسانی.
- دسترسی سخت به خانوار طبقات بالای اقتصادی و اجتماعی.
- در حوزه علوم اجتماعی، گویه‌های استاندارد برای سنجش متغیرهای وابسته و مستقل موجود نیست.

تعارض منافع

«بنابر اظهار نویسندگان، مقاله حاضر فاقد هر گونه تعارض منافع بوده است.»

منابع

1. Almasi, Masoud; Mahmoudiani, Serajodin; Jafari, Morteza. (2013). Factors related to the feeling of happiness of the elderly, *Iranian Nursing Journal*, year 27 (92), P.p: 23-32.
2. Argyle, Michael. (1996). *The social psychology of leisure*. London: penguin.
3. Bagheri, Masoumeh; Hosseinzadeh, Ali Hossein; Heydari, Samira; Zalizadeh, Masoud. (2013). Sociological investigation of life satisfaction among citizens (case study: Ahvaz city), *Socio-Cultural Development Studies Quarterly*, Year 3 (3), P.p: 91-108.
4. Bohnke, P. (2007). Does Society Matter? Life Satisfaction in the Enlarged Europe. *Social indicators research*. 87 (2207), P.p: 189-210.
5. Brown, J; Bowling, A; Flynn, T. (2004). Models of quality of life. A Taxonomy, Overview and Systemic Review of the literature.
6. Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress, *Psychosom, Med*. 38 (5), P.p: 300-314.doi.
7. Crosby, F, J. (1976). A model of egotistical relative deprivation, *Psychological Review*, 83, P.p: 85-113.
8. Demakakos, P; Nunn, S. (2006). *Lonelines, Relative deprivation and life satisfaction*, university: college London.
9. Donald A. (2001). What is quality of life?, Availableat: www.jr2.ox.ac.uk.
10. Ee, Y. (2006). Subjective quality of life measurement in Taipei, *Building and Environment* 43, P.p: 1205-1215.
11. Escape. (1998). Measuring well- being material progress and quality of life, Conference council of social service of NSW, Sydney.
12. Eskandrian, Gholamreza. (2019). Evaluation of the corona virus on lifestyle (with an emphasis on the cultural consumption pattern), specialized scientific quarterly for the assessment of social effects, the second issue, special issue of the consequences of the corona virus-Covid 19, P.p: 65-85.
13. Ghafari, Gholamreza; Tajudin, Bagher. (2004). Identifying the components of social deprivation, *social welfare research quarterly*, fourth year, number. P.p: 49-83.
14. Gurr, Ted Robert. (2019). *Why men rebel?*. (Translation: Ali Morshedizadeh), Tehran: Strategic Studies Research Center Publications.
15. Gurr, Ted, Robert. (1971). *Why men rebel*, Printed in the United States of America by Princeton University Press, New Jersey.
16. Harirchi, Amirmahmoud; Mirzaei, Khalil; Jahromi, Azam. (2008). How the state of the quality of life of the citizens of the new city of Pardis, *Social Research Quarterly*, second year, fourth issue, P.p: 89-110.
17. Hatam Vand, Ziba. (2010). Investigating the impact of employment on the quality of life of female heads of the household, master's thesis in the field of social science research, Islamic Azad University, North Tehran branch.
18. Hajarjaribi, Jafar; Safari Shali, Reza. (2009). Examining life satisfaction and the place of feeling of security in it, *Scientific Quarterly of Social Order*, Year 1 (3), P.p: 7-28.
19. Helliwell, J; Layard, R; Satche, J. (2016). *World happiness report*. New York: Sustainable development solution network.
20. Hills, J. (1995). *Inquiry into Income and Wealth*, Vol, 2. York: Joseph Rowntree Foundation.
21. Hills, Petter; Argyle, Michael. (2001). Happiness, introversion-extraversion and happy introverts, Volume 30, Issue 4, pages: 595-608.
22. Hosseini Amin, Narges. (2014). The influence of socio-economic factors on the quality of life from the perspective of human development; (Study case: Tehrani citizens), Ph.

- D. thesis in the field of Economic Sociology and Development, Tehran University of Research Sciences.
23. Iavarone, F; Ceci, D; Di Florio, C; Giovannini, S; De Santis, M; Ialonardi, R. (2008). Quality of life and social support for women with breast cancer: research study. *Prof Inferm*, 62 (3), P.p: 143-148.
 24. Imani Jajarmi, Hossein. (2019). The social consequences of the spread of the corona virus in the Iranian society, a specialized scientific quarterly for the assessment of social effects, the second issue, the special issue of the consequences of the spread of the corona virus-Covid 19, P.p: 87-103.
 25. Ingelhart, Ronald. (1994). Cultural transformation in an advanced industrial society, (Translation: Maryam Vatr), Tehran: Kavir Publications.
 26. Iran Statistics Center. (2016) and (2015).
 27. Jamshidi, Sedigheh. (2012). Evaluation of the quality of life in integrated villages in the city of Yazd (case study: Khairabad and Aishabad neighborhoods), Master's thesis of the Faculty of Humanities, Yazd University.
 28. Kerisberg, L. (1973). Sociology of social conflict, Printice-Hall Publication, New Jercy.
 29. King, A; Proutt, IA; Phillips, A. (2006). Comparative effects of two physical functioning and quality of life out comes in older adults. *J. Gerontol. Med Sci*, Jul; 137 (70), P.p: 825-832.
 30. Konu, A; Alanen, E; Lintonen, T; Rimpelä, M. (2002). Factor structure of the school well-being model, *Health Education Research*, 17 (6), P.p: 732-742.
 31. Leviston, Z; Dandy, J; Jetten, J; Walker, I. (2020). The role of relative deprivation in majority-culture support for multiculturalism, *Journal Of Applied Social Psychology*, Original Arthcle, DOI:org/10.1111/jasp.12652, citations: 3.
 32. Mahna, Saeed, Tale Pasand, Siavash, Rezaei, Ali Mohamad, Mohamadi Far, Mohamad Ali. (2018). The role of achievement emotions in physical well-being with the mediation of positive self-evaluation and bodily sensations, *Behavioral Science Research*, Volume 17, Number 1, P.p: 77-86.
 33. McCare, R. & Costa, P. (1999). A five factor theory of personality. In L. Pervin and O.
 34. Moghimi, Mehdi. (2016). The effect of quality of life on crime and theft, *Judicial Law Perspectives Quarterly*, No. 79, P.p: 149-170.
 35. Monjamed, Z; Razavian, F. (2007). [Barrasye tasire alaem va neshanehaye bimari bar keifiatie zendegye mobtalayan be Arthritis Rheumatoid morajeae konande be bimarestanhaye daneshgahe oloom pezeshkye Tehran dar sale 1384]. *Journal of Qom University of Medical Sciences*, 1 (1), P.p: 27-35. [Persian]
 36. Moser, DK. (2002). Psychosocial factors and their association with clinical outcomes in patients with heart failure: why clinicians do not seem to care. *Eur J Cardiovasc Nur*, 1 (3), P.p: 183-188.
 37. Nianqi, Liu, Fan Zhang, Cun Wei, Yanpu JIA, Zhilei Shang, Luna Sun, Lili Wu, Zhuoer Sun, Yaoguang Zhou, Yan Wang, Weizhi Liu. (2020). Prevalence and predictors of PTSS DURING Covid-19 Outbreak in China Hardest-hit areas: Gender differences matter, *Psychiarty Research*, dio: <https://doi.org.10.1016/j.psychres.2020.112921>.
 38. Patel, R; Kassaye, S; Gore-Felton, C; Wyshak, G; Kadzirange, G; Woelk, G. (2009). Quality of life, psychosocial health, and antiretroviral therapy among HIV-positive women in Zimbabwe, *AIDS care*, 21 (12), P.p: 1517-1527.

39. Rabani Khorasgani; Kianpur, Masoud. (2006). Proposed model for measuring the quality of life (case study: Isfahan city), *Journal of Faculty of Literature and Human Sciences*, year 15 (58), P.p: 68-107.
40. Ritzer, G. (2002) .Contemporary sociological theory, (Translation: Mohsen Thalasi), Tehran, Soroush Publications.
41. Schalock, R, L; Verdugo, M, A .(2002). Quality of life for human service practitioners, Washington, D C: American Association on Mental Retardation.
42. Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life: Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, *Journal of intellectual disability research*, Vol, 15, No. 2, P.p: 116-127.
43. Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know, *Journal of intellectual disability research*, Vol, 48, Issue 3 (March), P.p: 203-216.
44. Schalock, R. L; Verdugo, M. A; Keith, K. D; Stancliffe, R. J. (2005). Quality of Life and Its Measurement: Important Principles and Guidelines, *Journal of Intellectual Disability Research*, V. 49, part 10, P.p: 707-717.
45. Schoch-Spana, Monica. (2020). Covid-19's Psychosocial Impact the pandemic is putting enormous stress on all us but especially on health care workers and other specific groups, *Scientific American*. March 20. 2020. <https://blogs.scientificamerican.com>.
46. Schuessler, K; Fisher, G. (1985). Quality of life research and sociology, *Annual Review of Sociology*, Vol. 11, P.p: 129-49.
47. Sedighian Bidgoli, Ameneh. (2015). Students' political action and the effect of relative deprivation on it, *Scientific Quarterly of Social and Cultural Strategy*, Year 5 (18), P.p: 243-269.
48. Seyedan, Fariba. (2017). Women and quality of life; Looking at the quality of life of women in the city, Tehran: Tisa Publications.
49. Shabani Bahar, Farahani, Gholamreza, Bagherian, Abolfazl, Fazel, Fatemeh. (2011). Determining the relationship between work-family conflict and the quality of life of the presidents and vice-presidents of the sports boards of Hamedan province, research paper on sports management and movement behavior, year 8 (15), P.p: 109-122.
50. Sharbatian, Mohamad Hasan. (2015). The study of measuring the indicators of the quality of life of students (case example: higher education centers of Qain city), *Khorasan Cultural-Social Studies Quarterly*, year 11, number 2, P.p: 107-132.
51. Sharifian, Akbar; Fotovat, Hoda. (2011). Investigating the relationship between social capital and quality of life (case study: students of Islamic Azad University of Shiraz), *planning and welfare and social development quarterly*, second volume, number 8, P.p: 155-189.
52. Shelfi, Azadeh. (2012). Evaluation of urban quality of life indicators (case study: Tonekabon city), master's thesis of Gilan University Faculty of Literature and Humanities.
53. Sijia, Li; Yilin, Wang; Jia, Xue; Nan, Zhao, and Tingshao, Zhu. (2020). The Impact of Covid-19 Epidemic Declaration on Psychological consequences: A study on active weibo users. *International journal of environmental research and public health* 17, 2032 <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17062032>.
54. Sirgy, M, J. (2004). A Consumer economic environmental social and equity: an indicator system for community QOL in a world conference abstract, Philadelphia, Nov.

55. Sodagar, S; Ahadi, H; Jomehri, F; Rahgozar, M; Jahani, M. (2013). Quality of Life and Physical well-being after bone marrow transplantation in patients with acute leukaemia. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 16 (8), P.p: 610-615.
56. Theodoropoulou, S; Leotsakou, C; Baltathakis, I. (2006). Quality of life and psychopathology of 53 longterm survivors of allogeneic bone marrow transplantation. *Hippokratia*, 6 (1), P: 19.
57. Turner, Janatan H. (1994). *Constructing Sociological Theory*, (Translation: Abdul Ali Lahsaizadeh), Shiraz: Navid Shiraz Publications.
58. United Nations. (2020). available in: <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052>.
59. Valadkhani, Maryam; Mahmoudpour, Abdolbaset; Salimi Bejestani, Hossein. (2015). The effect of marriage age, spouse selection patterns and the age difference of couples on the quality of married life of Tehran women, *clinical psychology studies*, volume. 7, number. 25, P.p: 173-190.
60. Veenhoveen, R. (1995). *The Utility of happiness, social indicator research*, No, 20.
61. World Health Organization. (1995). *The world health organization quality of life assessment: Position paper from the world health organization*, *Society science & medicine*, No. 141, P.p: 1403-1409.
62. Xia, Y; Zhunma, Ma. (2020). *Relative deprivation, social exclusion, and quality of life among Chinese internal migrants*, the Royal Society for public health. Published by Elsevier Ltd, DOI: 10.1016/j.puhe.2020.05.038, PMID:32823249.
63. Yu Dong-Jin Lee; Graceg, Hee. (2008). *A Model of Quality of College Life (QCL) of Students in Korea*. *Soc Indic Res.* (2008) 87, P.p: 269–285.
64. Zare, Masoumeh. (2010). *Examining the relationship between work ethic and quality of life (case study: employees of humanities faculties of Tehran University)*, master's thesis of Allameh Tabatabai University.
65. Ziari, K; Rafiei Mehr, H; Zarei, J. (2018). *Measuring the quality of life from the perspective of social justice (case study: Tehran's 2nd and 16th urban areas)*, *human geography research*, Volume. 52, Number. 1, P.p: 1-15.
66. Zuna, NI; Turnbull, A; Summers, JA. (2009). *Family quality of life: Moving from measurement to application*. *J Intellect Disabil Offending Behav*, 6 (1), P.p: 25-31.