فصلنامه علمی اقتصاد و بانکداری اسلامی، شماره چهل ویکم، زمستان ۱۴۰۱- صفحات ۲۲۸-۱۹۹

فقر، احساس‌محرومیت نسبی و کیفیت‌زندگی
(مطالعه موردی: شهروندان تهران)

نوع مقاله: پژوهشی

لیلا السادات فندرسی[۱]
افسانه ادریسی[۲]
میثم موسائی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷

چکیده

کاهش فقر به عنوان مهمترین هدف سیاستگذاری اجتماعی، جنبه‌های فراتر از اقتصاد و بازار را دربر می‌گیرد و ناظر به سویه‌های مختلف کیفیت‌زندگی است. در این مقاله به دنبال پاسخی برای این مسأله هستیم که احساس‌محرومیت‌نسبی چه رابطه‌ای با کیفیت‌زندگی دارد. جمعیت آماری را افراد ۱۸ سال به بالا که در سال۱۴۰۰ در شهر تهران ساکن بوده تشکیل داده‌اند. روش تحقیق پیمایشی و اطّلاعات با تکنیک مصاحبه رودررو در قالب پرسش‌نامه، گردآوری شده است. حجم نمونه ۴۰۴ نفر و نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری احتمالی از نوع خوشه‌ای سیستماتیک انتخاب شده‌اند. برای داوری در باب فرضیات، از آزمون ضریب‌همبستگی(پیرسون، اسپیرمن)، رگرسیون چندمتغیره و تحلیل‌مسیر استفاده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که: با کاهش احساس‌محرومیت نسبی شهروندان، کیفیت‌زندگی افزایش می یابد و بالعکس. در صورتی که با افزایش بهزیستی مادی، ارزش‌های رفاهی، درآمد خانواده و طبقه اجتماعی شهروندان، کیفیت‌زندگی نیز افزایش می یابد. همچنین درآمد و پس‌انداز خانواده در دوران شیوع کووید ۱۹کاهش یافته است. پس می توان گفت: حق برخورداری از فرصت برابر، تأثیر مستقیم بر رفاه شهروندان دارد و این تأثیر از طریق ارائه خدمات یا درآمد است. از آنجایی که فقر و ناسلامتی دو روی یک سکه‌اند و فقر، خود محرومیت و نابرابری و ناامنی می‌آفریند، پس برابر دانستن افراد در مقابل قانون، ایجاد فرصت‌های برابر برای همه در قالب توزیع امکانات و منابع بصورت یکسان، می‌تواند زمینه مناسبی را برای تحقق عدالت و افزایش کیفیت‌زندگی در جامعه فراهم آورد.

---

۱ . دانشجوی دکتری جامعه شناسی اقتصادی و توسعه، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
Lf.research@yahoo.com

۲ . دانشیارگروه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال(نویسنده مسئول)
Afsanehedrisi@yahoo.com

۳ . استاد گروه توسعه و سیاستگذاری اجتماعی دانشگاه تهران mousaaei@ut.ac.ir

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

کلمات کلیدی: کیفیت‌زندگی، احساس محرومیت نسبی، فقر، درآمد خانواده، کووید۱۹، سیاستگذاری اجتماعی و شهروندان تهران.
طبقه بندی JEL: $F_{63}, I_3, J_7, O_1, Z_{13}$

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

مقدمه

از لحاظ تاریخی اولین تلاش‌ها برای اندازه‌گیری کیفیت‌زندگی از جنبش شاخص‌های اجتماعی دهه ۱۹۶۰ نشأت گرفته است(بایدرمن[۱]، ۱۹۷۴: ۲۷) و (کیم[۲]، ۲۰۰۲: ۴۷). و این مفهوم به یکی از موضوعات مورد علاقه حوزه علوم‌اجتماعی بدل شده است(داس[۳]، ۲۰۰۸: ۲۹۸).

بر اساس رویکرد توسعه‌ی انسانی، انسان و نیروی انسانی محور توسعه است؛ در این دیدگاه«توسعه عبارتست از فرآیند بسط انتخاب‌های انسانی در بستر فضاهای اجتماعی قابلیت‌زا برای دستیابی به زندگی بهتر»(سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۷۸: ۳۷). توجه به مقوله‌ی کیفیت‌زندگی یکی از مهمترین راههای رسیدن به توسعه‌ی پایدار در میان جوامع می‌باشد(اسچوسلر و فیشر[۴]، ۱۹۸۵). و آینده زندگی بشر متکی بر درک عواملی خواهد بود که بر کیفیت‌زندگی انسان تأثیرگذار هستند(خوش فر و دیگران، ۱۳۹۲) و (جواهری و دیگران، ۱۳۸۹: ۱۴۵).

کیفیت‌زندگی، قضاوت جهت‌دار ذهنی و مفهومی از وضعیت‌زندگی شخص یا رضایت او از زندگی‌اش است(تقوی و دیگران[۵]، ۲۰۰۵: ۹). و مفهومی چندبعدی است که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را دربر می‌گیرد و به میزان قابل توجهی نیز بر رضایت شخصی و موفقیت وی در زندگی تأثیرگذار است(بیشاپ[۶]، ۲۰۰۷). همچنین ارتقای کیفیت‌زندگی عاملی است که باعث افزایش کارایی و نیز احساس رضایت فردی می‌گردد(زیرک و دیگران، ۱۳۹۶) و (اسماعیلی و دیگران، ۱۳۹۴). تمامی ابعاد کیفیت‌زندگی وابسته به یکدیگر می‌باشند(سوداگر و دیگران[۷]، ۲۰۱۳). در واقع با سنجش کیفیت زندگی بر اساس شاخص ها و در ابعاد گوناگون، درجه توسعه یافتگی کشورها تعیین می‌شود(فاضل نیا، ۱۳۹۳: ۸۵۳). در حال حاضر کیفیت‌زندگی توجه محققان زیادی را به خود جلب کرده است(کاظم‌پور[۸]، ۲۰۰۴) و (تئودوروپولو و دیگران[۹]، ۲۰۰۶) و (جیوانی و پائلا[۱۰]، ۱۹۹۹). حیطه‌ی مربوط به کیفیت‌زندگی و سنجش و ارزیابی آن در هیچ زمانی به اندازه امروز وسیع نبوده است(بالدوین و دیگران[۱۱]، ۱۹۹۴: ۱).

1. Biderman
2. Kim
3. Das
4. Schuessler & Fisher
5. Taghvai & et al
6. Bishop
7. Sodagar & etal
8. Kazempour
9. Theodoropoulou & etal
10. Giovanni & Paola
11. Baldwin & etal

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

تغییرات سریع شهرهای ایران و مهاجرت‌های مداوم از روستا به شهر طی چند دوره مهاجرتی، شهرها به ویژه شهر تهران را در قواره‌ای نامتوازن و کالبدی چندپاره گسترش داده است. در سیمای این شهر، پردرآمدترین افراد در کنار کم‌درآمدترین آنها دیده می‌شوند. در حقیقت، فاصله‌های اجتماعی روزافزون پرناشدنی و ژرف میان ساکنان آن، سبب شده است که محرومیت از ضروریات اولیه زندگی شهری وجه غالب زندگی بخش وسیعی از ساکنان این شهر را تشکیل دهد. از آنجایی که عدم برخورداری و محرومیت در شهر معنا می‌یابد، این پدیده قطعاً منجر به ایجاد پدیده ذهنی احساس محرومیت‌نسبی به عنوان یک واقعیت اجتماعی می‌گردد. احساس‌محرومیت ناشی از فاصله موجود بین آنچه هست(وضع‌موجود) و آنچه باید باشد(وضع‌مطلوب) در مقایسه ای که افراد از خود و دیگری(اغلب دیگری برتر) انجام می‌دهند. اگر در نتیجه مقایسه برای فرد چنین پنداشتی بروز نماید که بر اساس میزان سرمایه‌گذاری و تلاش، پاداش و نتیجه‌ای که عایدش شده در مقایسه با دیگران عادلانه و منصفانه نیست دچار احساس‌محرومیت‌نسبی می‌گردد(هزارجریبی، ۱۳۸۸: ۱۳۰) و (رفیع پور، ۱۳۷۸: ۴۵).

با توجه به تعریف تندرستی توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ میلادی لازم است، علاوه بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت‌زندگی نیز توجه داشت(فایرز و مچین[1]، ۲۰۰۰). دومین رخداد مهم بعد از جنگ جهانی دوم که زمینه توجهات ویژه به کیفیت‌زندگی را فراهم آورد بحث بی‌عدالتی‌های وسیع در جوامع غربی بود(وود[2]، ۱۹۹۹).

بر اساس یافته‌های مربوط به ارزیابی جامعه از آینده در پیمایش سلامت‌اجتماعی، بالاترین سطح ارزیابی بدبینانه و ناامیدانه نسبت به آینده مربوط به محورهای اقتصادی و رفاهی است(امیدی، ۱۴۰۰).

میزان اهمیت رفاه در زندگی بشری و همچنین پیوند آن با هنجارهای اخلاقی مسلط بر اجتماع بر کسی پوشیده نیست. فقرپژوهی در سالهای اخیر از تمرکز بر فقر درآمدی به بررسی فقر قابلیتی(مسائل غیرمادی همچون فرصت‌ها، امنیت و مشارکت) و سپس تحلیل طرد اجتماعی، تغییر رویکرد داده است. کاهش فقر به عنوان مهمترین هدف سیاستگذاری اجتماعی، جنبه‌هایی فراتر از اقتصاد و بازار را دربر می‌گیرد و ناظر به سویه‌های مختلف کیفیت‌زندگی است(ابراهیمی، ۱۳۹۳: ۲۳).

1. Fayers & machin
2. Wood

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

فقر، تمرکز ثروت، نابرابری و ... از عناصری است که با افزایش آگاهی، باعث افزایش احساس‌محرومیت‌نسبی شده و هر چه این احساس بیشتر باشد رفاه ذهنی و در نتیجه کرامت انسانی روندی نزولی خواهد داشت(فندرسی و دیگران، ۱۴۰۰: ۲۴۹).

بدیهی است که فقر در صورتی که مورد غفلت واقع شود، مشکلات عدیده‌ای گریبانگیر جوامع داخلی و جامعه جهانی می‌شود. زیرا فقر خود محرومیت و نابرابری و ناامنی می‌آفریند و ارکان توسعه‌اجتماعی بدین نحو با وجود معضلاتی چون تبعیض، عدم مشارکت، ناامنی و نیز آسیب‌پذیری در برابر بحران‌ها، فرو می‌ریزد. در این میان، آنچه بر وخامت اوضاع افزوده است، تداوم تحریمهای ظالمانه و عدم گشایش در سطح بین‌المللی همراه با شیوع پاندمی‌کرونا در دو سال گذشته است که تاب‌آوری دولت و بازیگران غیردولتی و نهادهایی همچون خانواده را نیز در پاسخ به نیازها و حل مسائل اجتماعی به شدت تحت الشعاع قرار داده است(اسلامی و اجلی لاهیجی، ۱۳۹۶: ۳۱).

ویروس‌کرونا، 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 حوزه های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی قابل رصد و رهگیری است(اسکندریان، ۱۳۹۹: ۶۵). از جمله مهم‌ترین پیامدهای بحران پدیده پیچیده کرونا ویروس، بالارفتن مشکلات روحی و روانی در جامعه است(همان:۷۱). عدم قطعیت و پیش‌بینی‌پذیری پایین بیماری کووید۱۹، عملکرد ایمنی افراد را کاهش می‌دهد (سیجیا[1]، ۲۰۲۰). و احساسات مثبت(مانند شادی) و رضایت‌اززندگی کاهش می‌یابد(اسچچ-اسپانا[2]، ۲۰۲۰). مشکلات روانی مثل اضطراب، افسردگی، ناامیدی، خستگی و ناتوانی باعث بروز بیماری‌های جسمانی شده و این علائم جسمانی به طور مستقیم بر کیفیت‌زندگی تأثیر منفی دارند(منجمد و رضویان[3]، ۲۰۰۷). و اختلال در کیفیت‌زندگی اثر منفی بر زندگی اجتماعی، خانوادگی، کار و فعالیت تفریحی دارد(موسر[4]، ۲۰۰۲). جامعه‌ای که از سلامت جسمی و روانی بالاتری برخوردار باشد، در حوزه اقتصاد، دارای بهره‌وری بالاتر و همچنین منجر به تولید و درآمد و رفاه بیشتر می شود(فاطمی ابهری و موسایی، ۱۳۹۵: ۲۳۵).

طبقه پایین و تهیدست جامعه، امکان درخانه ماندن ندارد و تاب آوری اقتصادی اندکی دارد. از سوی دیگر طبقات‌اجتماعی مختلف، دسترسی متفاوتی به خدمات پزشکی و درمانی دارند. صندوق بین المللی پول در آخرین توصیه خود از دولت‌ها خواسته است تا سیاست های مؤثری برای حمایت

1. Sijia
2. Schoch-Spana
3. Monjamed & Razavian
4. Moser

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

از کارگران غیررسمی و خانواده های آنها در پیش بگیرند، تا از سقوط عمیق‌تر آنها به فقر و نَداری جلوگیری شود(صندوق بین المللی پول[1]، ۲۰۲۰). ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای نیز مانند ضعف سیستم ایمنی تابعی از وضعیت طبقاتی افراد در جامعه است. به عبارت ساده‌تر فقر و ناسلامتی دو روی یک سکه‌اند. بنابراین با آن‌که بیماری‌های واگیر ممکن است بسیاری را در جامعه مبتلا کنند اما وقتی آسیب‌پذیری از آنها با بیماری‌های غیرواگیر(که از آنها با عنوان بیماری‌های زمینه‌ای نام برده می‌شود) گِره بخورد، به گروهی از مردم جامعه که در حقیقت افراد کم‌درآمدتر هستند، بیشتر ضربه می‌زنند. بنابراین، ویروس هم می‌تواند بر پایه نابرابری و تبعیض عمل کند. باید گفت- از قضا- ، کرونا تمام مردم جهان را به یکسان درگیر نکرده است. چون عمق، وسعت و ابعاد درگیری در این گونه بحران‌ها را، توانمندی‌های اقتصادی-اجتماعی آنها تعیین می‌کند. هویت‌طبقاتی کرونا، برای آحاد مردم در جوامع مختلف، آثار و پیامدهای متفاوتی به همراه می‌آورد. بحران کروناویروس- کووید۱۹ پیش از هرچیز تهدیدی برای سلامت عمومی شناخته می‌شد، اما رفته‌رفته تبدیل به یک تهدید اقتصاد جهانی شده است.

بنابراین، نابرابری ساختاری جامعه در عرصه نگرش‌های افراد رخنه می‌کند و پنداشت آنها را از شرایط اجتماعی شکل می‌دهد. در نتیجه افراد به هر سطحی از دارایی که نائل می‌شوند در مقایسه با دیگران خود را در موقعیت نازل‌تری می‌بینند و به تبع آن احساس‌محرومیت‌نسبی در آنان پدید می‌آید. این حس در حوزه‌های مختلف(سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی) به وجود می‌آید. با توجه به این نکات و نیز توضیحات ارائه شده می‌توان چنین انتظار داشت که در میان مردم شهر تهران هر روز با ایجاد فاصله بیشتر بین آنچه هست و آنچه باید باشد(و یا بهتر است گفته شود: تصور می‌شود که باید باشد) مواجه هستیم. حاصل این شکاف‌ها شکل‌گیری انتظارات فزاینده‌ای است که گهگاه در قالب شورش‌های شهری و خیابانی نمایان می‌شود، ولی در اکثر موارد به طور مستمر منجر به افزایش مصائب اجتماعی همچون بزهکاری، اعتیاد، فحشا و یأس و سرخوردگی به ویژه در نسل جوان شده است.

از دهه۱۹۹۰، حقوق بشر و عدالت‌اجتماعی در عرصه سیاست‌اجتماعی وارد شده است. در گذشته بیشتر بر وجوه اقتصادی و سیاسی حقوق بشر تأکید می‌شد. اما امروز بر حق برخورداری از فرصت برابر برای مشارکت در جامعه صحبت به‌میان آمده است(میجلی و هال، ۱۳۸۸: ۳۰). هدف سیاستگذاری اجتماعی کاهش نابرابری، بهبود رفاه انسانی و افزایش کیفیت‌زندگی است(دنی و هان[2]، ۲۰۰۸)،(بالدوک و دیگران[3]، ۱۹۹۹)،(وصالی و امیدی، ۱۳۹۳). سیاستگذاری اجتماعی از

1. International Monetary Fund
2. Dani & Hann
3. Baldok & etal

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

جمله مباحث تأثیرگذار در سرنوشت اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، و روانی هر جامعه‌ای است. به گفته تی.اچ. مارشال سیاست‌اجتماعی «سیاست حکومت‌هایی است که عمل آنها تأثیر مستقیم بر رفاه شهروندان دارد و این تأثیر از طریق ارائه خدمات یا درآمد است» (باتامور و آوتویت، ۱۳۹۲). با توجه به مطالب بیان شده، سیاستگذاری اجتماعی و پرداختن به مقوله محرومیت‌نسبی باید در زمره دغدغه‌ها و اولویت‌های پژوهشی قرار گیرد تا از بروز چالش‌های جدی در جامعه ممانعت به عمل آید.

پیشینه پژوهش

جهت جمع‌آوری پیشینه‌های داخلی مربوط به متغیرهای وابسته و مستقل تحقیق حاضر، تمامی پایان‌نامه‌های مرتبط با متغیرها در دانشگاه‌های(تهران، علامه‌طباطبائی، شهیدبهشتی، الزهرا، تربیت‌مدرس، علوم‌تحقیقات تهران) و همچنین تمامی مقالات سایتهای معتبر داخلی(سید[1]، نورمگز[2]، مگیران[3]، ایران داک[4]، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی[5] و ...) و طرح‌های پژوهشی سازمانهای مختلف(شهرداری، مجلس و...) رؤیت و بررسی گردید و سعی شد که رشته‌های جامعه‌شناسی و از نظر بازهٔ زمانی سال‌های نزدیک‌تر به پژوهش در اولویت قرار بگیرند.

در بررسی و مقایسه میان پیشینه‌های داخلی و خارجی این پژوهش مشاهده می‌شود که: به سبب اهمیت مفهوم کیفیت‌زندگی در بسیاری از رشته‌ها همچون پزشکی و سلامت، روانشناسی، جامعه‌شناسی و ... مورد بررسی قرار گرفته است. تحقیقاتی که به متغیر کیفیت‌زندگی به طور خاص پرداخته‌اند، چه آنهایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت و چه آنهایی که به دلیل عدم قرار گرفتن در بازه‌ی 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 احساس‌محرومیت‌نسبی و مسائل مرتبط با این حوزه نیز این وضعیت مشهود بود. همچنین جامعه آماری تحقیقات احساس‌محرومیت‌نسبی را عموماً افراد ۱۸ سال به بالا و تحقیقات کیفیت‌زندگی را عموماً سالمندان و مهاجران تشکیل می‌دادند. اکثر پایان‌نامه‌های داخلی در مقطع کارشناسی‌ارشد و جامعهٔ مورد مطالعه تهران و با توجه به موضوع تحقیق از نظریه‌های جامعه‌شناسی، روانشناسی،

1. SID
2. Noormags
3. Magiran
4. Iran Doc
5. Ihcs

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

احساس‌محرومیت‌نسبی، کیفیت‌زندگی، مقایسه اجتماعی، نیازهای‌اساسی بهره برده‌اند. در تحقیقات خارجی مربوط به احساس‌محرومیت نسبی، متغیر حمایت‌اجتماعی و در تحقیقات مربوط به کیفیت‌زندگی، محله و منطقهٔ سکونت بیشترین میزان تأثیرگذاری را داشته‌اند. همچنین احساس‌محرومیت‌نسبی معمولاً منجر به گرایش الگوهای بزهکارانه و جرائم می‌شود و کیفیت‌زندگی پایین موجب نارضایتی از زندگی می‌شود. در مجموع این نتیجه قابل استنباط است که احساس‌محرومیت‌نسبی دارای آثار و پیامدهای متفاوتی است که همگی بر میزان رضایت‌اززندگی تأثیر منفی دارد و مطالعات اولیه محقق نشان می‌دهد که احساس نارضایتی مهمترین عنصر در کاهش کیفیت‌زندگی است. پس می‌توان گفت، احساس‌محرومیت‌نسبی منجر به پایین آمدن کیفیت‌زندگی می‌شود که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

چارچوب نظری

کیفیت‌زندگی یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در علوم اجتماعی است(شالوک،۲۰۰۰: ۱۲۰). "شالوک[1]" در مطالعه خود به سال ۲۰۰۴، به این نتیجه رسید که علی‌رغم اختلافات نظری فراوان میان محققان، توافق قابل توجهی در زمینه سنجش کیفیت‌زندگی میان آنها در هشت بعد بوجود آمده است(شالوک و دیگران،۲۰۰۵: ۱۲-۷۱۱). این ابعاد عبارتند از: روابط بین‌فردی، شمولیت‌اجتماعی، رشد و توسعه‌فردی، بهزیستی‌جسمانی، خوداتکایی‌فردی، بهزیستی‌مادی، بهزیستی‌عاطفی و حقوق(شالوک،۲۰۰۴: ۲۰۵). هشت حوزه‌ای که بیشتر در ادبیات بین‌المللی کیفیت‌زندگی گزارش شده است(شالوک و دیگران،۲۰۰۵: 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(شالوک،۲۰۰۴: ۲۰۵).

از سال ۱۹۸۷ تا سال ۲۰۰۴ میلادی، بالغ بر ۲۰۹۰۰ مقاله در سطح جهان منتشر شده که عنوان کیفیت‌زندگی را با خود دارند(شالوک،۲۰۰۴: ۲۰۵). در تحلیلی که (شالوک و وردوگو[2]،۲۰۰۲) بر اساس مطالعه ۹۷۴۹ چکیده مقاله و خوانش ۲۴۵۵ مقاله و مطالعه عمیق ۸۷۹ مقاله که حاوی مهمترین معیارها در این زمینه بودند، بدست داده‌اند، به این نتیجه رسیدند که برای هر یک از ابعاد هشتگانه قلمروهای کیفیت‌زندگی، سه شاخص مهم را شناسایی و معرفی کنند. این شاخص‌های مرکزی و توصیف کننده‌های هر یک از ابعاد کیفیت‌زندگی، در جدول شماره(۲) به اختصار آمده است(شالوک،۲۰۰۴: ۲۰۶). بر اساس نظر شالوک ابعاد کیفیت‌زندگی به مجموعه ای از

1. Schalock
2. Schalock & Verdugo

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

عوامل ارجاع دارد که احساس بهزیستی‌شخصی را به وجود می‌آورند(همان: ۲۰۵). و دارای دو بعد ارزیابی‌شخصی و ارزیابی‌کارکردی است. در یک جمع‌بندی می‌توان گفت کیفیت‌زندگی در بعد فردی، بوسیله شاخص‌های‌عینی(سلامت، موقعیت‌اقتصادی، فعالیت‌های‌اجتماعی و ...) و ذهنی(شادی، امنیت، رضایت، اعتماد به نفس، خوش‌بینی، حس‌رفاه، حس با ارزش‌بودن و ...) قابل سنجش است(شالوک،۲۰۰۴).

"گر[1]"محرومیت نسبی را به عنوان برداشت بازیگران از وجود اختلاف میان انتظارات‌ارزشی و توانایی‌های‌ارزشی شان تعریف می‌کند. انتظارات‌ارزشی، 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(گر،۱۹۷۱: ۲۴)،(گر،۱۳۹۹: ۴۷). محرومیت‌نسبی هنگامی افزایش می‌یابد که افراد وضعیت خود را با وضعیت گروه مرجعی مقایسه می‌کنند که آنچه می‌خواهند و فکر می‌کنند باید داشته باشند دارد. هر چه مابه‌التفاوت منفی افراد بیشتر باشد، محرومیت‌نسبی آنها بیشتر خواهد بود(گر،۱۹۷۱: ۱۰۵)،(گر،۱۳۹۹: 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(گر،۱۹۷۱: ۲۵)، (گر،۱۳۹۹: ۴۸).

گر سه نوع محرومیت را مطرح می‌کند: در خصوص محرومیت‌نسبی صعودی و محرومیت‌نسبی مبتنی بر بلندپروازی، میزان اختلاف، فاصله‌ای است که میان موقعیت‌ارزشی مطلوب و پتانسیل‌ارزشی احساس می‌شود. در خصوص محرومیت‌نسبی نزولی، میزان اختلاف، فاصله‌ای است که میان موقعیت‌ارزشی موجود در گذشته و موقعیت‌ارزشی بر جای مانده احساس می‌شود(گر،۱۹۷۱: ۶۰)،(گر،۱۳۹۹: ۱-۹۰). هر چه درصد رشد یا پیشرفت در یک جامعه بیشتر باشد، احتمال آنکه فقدان مشخص و بارز فرصت سهیم‌شدن در منافع آن شدیداً احساس شود بیشتر می‌شود(گر،۱۹۷۱: ۱۲۹)،(گر،۱۳۹۹: ۱۶۹).

کیفیت‌زندگی، ارزیابی ذهنی از رضایت‌اززندگی است(دونالد[2]،۲۰۰۱) و به میزان قابل توجهی بر آن تأثیرگذار است(سازمان جهانی بهداشت[3]، ۱۹۹۵: ۲۸۵). رضایت‌اززندگی به عنوان مؤلفه اصلی کیفیت‌زندگی مورد تأکید قرار می‌گیرد(دونگ و دیگران[4]، ۲۰۰۸). هر چه جنبه های مثبت کیفیت زندگی بیشتر باشد، سطح رضایت‌اززندگی بیشتر می‌گردد(پاسیون[5]، ۲۰۰۵: ۹۲).

1. Gurr
2. Donald
3. World Health Organization
4. Dong & etal
5. Pacione

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

از بررسی چارچوب‌های نظری که به این موضوع مربوط می‌شود، این نتیجه قابل استنباط است که هیچیک از این چارچوب‌ها به تنهایی برای تأثیر نقش احساس‌محرومیت‌نسبی بر کیفیت‌زندگی کفایت نمی‌کند و یک تئوری ترکیبی که بتوان به کمک آن همه ابعاد کیفیت‌زندگی و احساس محرومیت نسبی را توضیح داد انتخاب کرد. اگرچه 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 احساس‌محرومیت‌نسبی 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 کیفیت‌زندگی است.

روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر رویکردی اثبات گرایانه و کمی است و روش آن، پیمایشی و با توجه به موضوع پژوهش می‌توان گفت که نوع آن توصیفی- تبیینی است. جمع‌آوری اطّلاعات 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 آنجا که در مورد افراد، بررسی و تحلیل صورت می‌گیرد و تعمیم نتایج به افراد است، سطح تحلیل خُرد و از نظر زمانی، پژوهش حاضر مقطعی است، زیرا در یک مقطع زمانی مشخص یعنی سال۱۴۰۰صورت گرفته است. همچنین از آنجا که مطالعه روی جمعیتی وسیع(شهروندان‌تهرانی) صورت گرفته، پژوهش از نظر میزان ژرفایی از نوع پهنانگر است. در نهایت با توجه به اینکه به دنبال شناخت و کمک به حل یک مسئله اجتماعی است در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش حاضر که از آن نمونه ای نمایا یا معرف به دست می‌آید، شامل همه خانواده‌های ساکن در شهر تهران است که در تهران سکونت دارند. انتخاب نمونه با روش نمونه گیری احتمالی از نوع خوشه ای سیستماتیک 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 مناطق۲۲گانه شهرداری تهران در سال ۱۳۹۵ برابر است با ۲۹۱۱۰۶۵ خانوار(مرکزآمار ایران[1]، ۱۳۹۵). 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 مجموع۴۲۰ پرسشنامه جمع‌آوری

1. www.Nlai.ir

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

شد. حجم نمونه بستگی به واریانس متغیر وابسته دارد که پس از کنارگذاشتن پرسشنامه‌های ناقص و باطل‌شده، ۴۰۴ نفرگزارش شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقّق 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 صاحب نظران و داوران ارائه و نقایص مطرح شده برطرف گردید. جهت بررسی پایایی یا قابلیت اعتماد[1]، از روش بازآزمایی[2] استفاده شده است. نتایج آزمون آلفای‌کرونباخ، گویای این مطلب بود که پرسشنامه سنجش میزان کیفیت‌زندگی و متغیر مستقل احساس‌محرومیت‌نسبی از پایایی مطلوبی برخوردارند.

جدول شماره(۱):آلفای‌کرونباخ

متغیر	میزان آلفای کرونباخ
کیفیت‌زندگی	**۰/۹۲۸**
احساس‌محرومیت‌نسبی	**۰/۹۲۵**

منبع: (یافته های پژوهش)

در پایان، پرسشنامه نهایی جهت انجام پژوهش تهیه و اطّلاعات از طریق مصاحبه‌های رودررو جمع‌آوری گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه، ابتدا کُدگذاری و سپس با استفاده از نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس[3] نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل آماری انجام شد.

جدول شماره(۲): تعریف عملیاتی مفهوم کیفیت‌زندگی (متغیر وابسته)

مفهوم	ابعاد	خرده ابعاد
کیفیت‌زندگی Quality of life	بهزیستی 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(پیش بینی پذیری، کنترل)

1. Reliability
2. Test- Retest
3. Spss26

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

Lack of stress(predictability,control)		
روابط متقابل(شبکه‌های اجتماعی، روابط اجتماعی) Interactions(social networks,social contacts) روابط(خانواده، دوستان، همسالان) Relationships(family,friends,peers) حمایت‌ها(عاطفی، فیزیکی، مالی، بازخوردها) Supports(emotional,physical,financial,feedback)	روابط بین فردی Interpersonal Relations	
پایگاه مالی(درآمد، منفعت و سودها و عایدات) Financial status(income,benefits) استخدام(جایگاه کاری، محیط کاری) Employment(work status,work environment) مسکن(نوع سکونت و ساکنین، مالکیت) Housing(type of residence,ownership)	بهزیستی مادی Material Well-being	
آموزش(دستآوردها، جایگاه و پایگاه) Education(achievemets,status) صلاحیت و شایستگی شخصی(شناختی، اجتماعی، عملی) Personal competence(cognitive,social,practical) اجرا(موفقیت، دستآورد، قابلیت و بهره وری) Performance(success,achievement,productivity)	رشد و توسعه فردی Personal Development	
سلامت(روبه راه و دایر، علائم و نشانه های مرض، آمادگی جسمانی، تغذیه) Health(functioning,symptoms,fitness,nutrition) فعالیت های زندگی روزانه(مهارت‌های مراقبت از خود، تحرک) Activities of daily living(self-care skills,mobility) فراغت(تفریح، سرگرمی) Leisure(recreation,hobbies)	بهزیستی جسمانی Physical Well-being	
خودمختاری و کنترل شخصی(استقلال) Autonomy/personal control(independence) اهداف و ارزش های شخصی(امیدها و آرزوها) Goals and personal values(desires,expectations) انتخاب ها(فرصت‌ها، انتخاب‌ها و ترجیحات) Choices(opportunities,options,preferences)	خوداتکایی فردی Self-Determination	

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

	شمولیت اجتماعی Social Inclusion	وحدت، انسجام اجتماعی و مشارکت Community integration and participation نقش‌های اجتماعی(شرکت کننده، داوطلبانه) Community roles(contributor,volunteer) حمایت‌های اجتماعی(شبکه‌های اجتماعی، خدمات) Social supports(support network,services)
	حقوق Right	حقوق انسانی(احترام، مقام و شأنیت، برابری) Human(respect,dignity,equality) حقوق قانونی(شهروندی، دسترسی، رعایت فرآیندهای قانونی) Legal(citizenship,access,due process)

منبع: (شالوک، ۲۰۰۴: ۲۰۶)

جدول شماره(۳): تعریف عملیاتی مفهوم احساس‌محرومیت‌نسبی (متغیر مستقل)

مفهوم	ابعاد	خرده ابعاد	شاخص
احساس‌محرومیت‌نسبی Relative deprivation	توانایی‌های ارزشی Value Copabilities	ارزش‌های رفاهی Welfare Values	ارزش‌های اقتصادی(رفاه- کالاهای مادی) Economic Values (Physical well-being)
			ارزش های خود- فعلیت بخش(تحقق نفس) Self-actualization valuse
		ارزش‌های مربوط به احترام Deference Values	ارزش‌های مربوط به قدرت(ارزش‌های امنیتی، ارزش‌های مشارکتی) Power Values(Security, Participation)
			ارزش‌های بین الاشخاصی(تعلق به جمع، منزلت، انسجام فکری) Interpersonal Values(Communality, Status, Ideational coherence)
	انتظارات‌ارزشی Value Expectations	ارزش‌های رفاهی Welfare Values	ارزش‌های اقتصادی(رفاه- کالاهای مادی) Economic Values (Physical well-being)
			ارزش‌های خود- فعلیت بخش(تحقق نفس) Self-actualization valuse
		ارزش‌های مربوط به احترام Deference Values	ارزش‌های مربوط به قدرت(ارزش‌های امنیتی، ارزش‌های مشارکتی) Power Values(Security, Participation)
			ارزش‌های بین الاشخاصی(تعلق به جمع، منزلت، انسجام فکری) Interpersonal Values(Communality, Status, Ideational coherence)

منبع: (گر،۱۹۷۱)

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

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

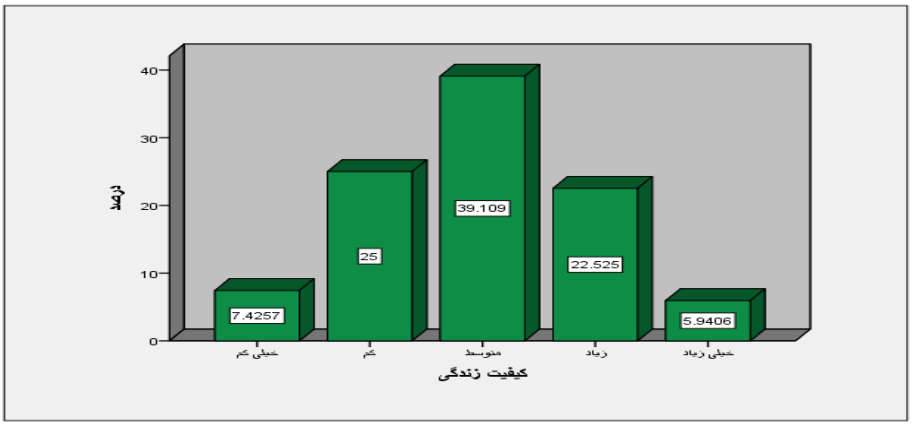
یافته‌های پژوهش

تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها

جدول شماره(۴): توزیع فراوانی و درصدی کیفیت‌زندگی

کیفیت زندگی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
خیلی‌کم	۳۰	۷/۴	۷/۴
کم	۱۰۱	۲۵/۰	۲۵/۰
متوسط	۱۵۸	۳۹/۱	۳۹/۱
زیاد	۹۱	۲۲/۵	۲۲/۵
خیلی‌زیاد	۲۴	۵/۹	۵/۹
مجموع	۴۰۴	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

جدول فوق نشان می‌دهد که کیفیت‌زندگی ۳۹/۱ درصد افراد متوسط می‌باشد که بیشترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند.



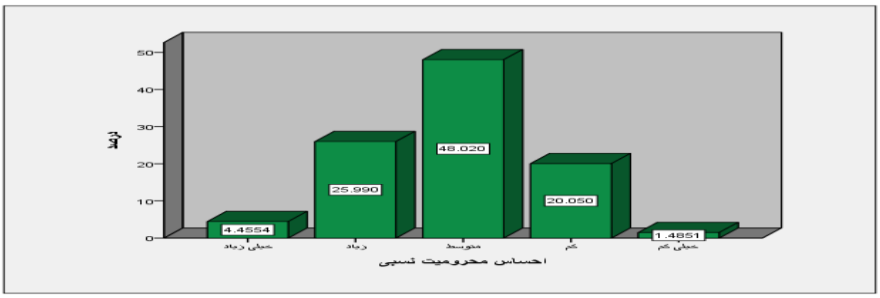
نمودار شماره(۱): نمودار ستونی توزیع درصدی کیفیت‌زندگی

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

جدول شماره(۵): توزیع فراوانی و درصدی احساس‌محرومیت‌نسبی

احساس‌محرومیت‌نسبی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
خیلی‌کم	۶	۱/۵	۱/۵
کم	۸۱	۲۰/۰	۲۰/۰
متوسط	۱۹۴	۴۸/۰	۴۸/۰
زیاد	۱۰۵	۲۶/۰	۲۶/۰
خیلی‌زیاد	۱۸	۴/۵	۴/۵
مجموع	۴۰۴	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

جدول فوق نشان می‌دهد که احساس‌محرومیت‌نسبی ۴۸/۰ درصد افراد متوسط می‌باشد که بیشترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند.



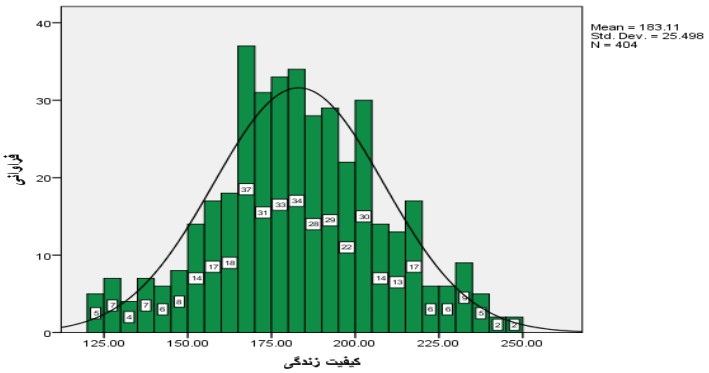
نمودار شماره(۲): نمودار ستونی توزیع درصدی احساس‌محرومیت‌نسبی

جدول شماره(۶): آماره های توصیفی کیفیت‌زندگی

متغیر	میانگین	میانه	نما	واریانس	چارک		
					اول	دوم	سوم
کیفیت‌زندگی	۱۸۳/۱۱۱۳	۱۸۲/۵۶۱۱	۱۶۶/۷۲	۶۵۰/۱۲۴	۲۵/۴۹۷۵۲	۱۶۶/۷۳۹۵	۱۸۲/۵۶۱۱

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

اطّلاعات جدول فوق مربوط به سطح سنجش فاصله‌ای می‌باشد. میانگین کیفیت‌زندگی افراد۱۸۳/۱۱۱۳می‌باشد؛ یعنی نمونه ها به طور متوسط دارای کیفیت‌زندگی۱۸۳/۱۱۱۳می‌باشند. میانه۱۸۲/۵۶۱۱می‌باشد؛ یعنی به طور متوسط نیمی از پاسخگویان نمره کمتر از۱۸۲/۵۶۱۱و نیمی دیگر بیشتر از۱۸۲/۵۶۱۱گرفته‌اند. نما برابر است با۱۶۶/۷۲که بیشترین تکرار میزان کیفیت‌زندگی افراد می‌باشد. واریانس۶۵۰/۱۲۴ می‌باشد.۲۵درصد جمعیت نمونه نمره ۲۵/۴۹۷۵۲ وکمتر داشتند.۵۰ درصد جمعیت نمونه نمره۱۶۶/۷۳۹۵وکمتر داشتند. ۷۵ درصد جمعیت نمونه نمره۱۸۲/۵۶۱۱ وکمترداشتند.



نمودار شماره(۳): نمودار هیستوگرام توزیع فراوانی کیفیت‌زندگی

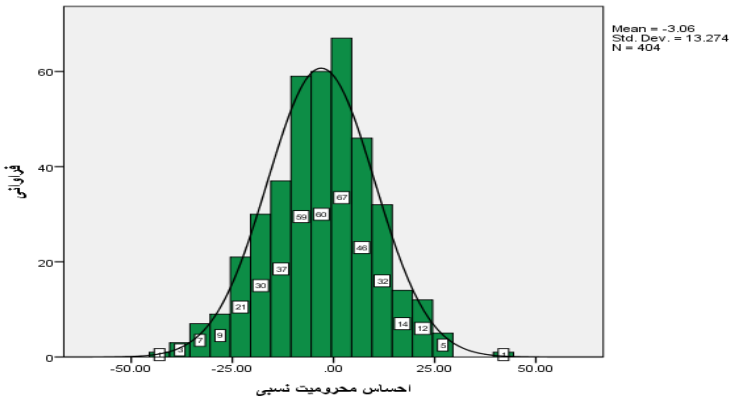
جدول شماره(۷): آماره های توصیفی احساس محرومیت نسبی

متغیر	میانگین	میانه	نما	واریانس	چارک		
					اول	دوم	سوم
احساس‌محرومیت‌نسبی	-۳/۰۶۱۹	-۲/۰۰۰۰	۰/۰۰	۱۷۶/۱۹۲	۱۳/۲۷۳۷۴	-۱۲/۰۰۰۰	-۲/۰۰۰۰

اطّلاعات جدول فوق مربوط به سطح سنجش فاصله ای می‌باشد. میانگین احساس‌محرومیت‌نسبی افراد ۳/۰۶۱۹- می‌باشد؛ یعنی نمونه ها به طور متوسط دارای احساس‌محرومیت‌نسبی ۳/۰۶۱۹- می‌باشند. میانه ۲/۰۰۰۰- می‌باشد؛ یعنی به طور متوسط نیمی از پاسخگویان نمره کمتر از ۲/۰۰۰۰- و نیمی دیگر بیشتر از۲/۰۰۰۰- گرفته‌اند. نما برابر است با ۰/۰۰ که بیشترین تکرار میزان احساس‌محرومیت‌نسبی افراد می‌باشد. واریانس۱۷۶/۱۹۲ می‌باشد.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

۲۵ درصد جمعیت نمونه نمره ۱۳/۲۷۳۷۴ وکمتر داشتند.۵۰ درصد جمعیت نمونه نمره ۱۲/۰۰۰۰- وکمتر داشتند. ۷۵ درصد جمعیت نمونه نمره ۲/۰۰۰۰- وکمترداشتند.



نمودار شماره(۴): نمودار هیستوگرام توزیع فراوانی احساس‌محرومیت‌نسبی

تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها

جدول شماره(۸): آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین احساس محرومیت نسبی، بهزیستی مادی، ارزش های رفاهی و کیفیت‌زندگی

Correlations	کیفیت‌زندگی		
	r	sig	n
احساس‌محرومیت‌نسبی	-۰/۶۴۰	۰/۰۰۰	۴۰۴
بهزیستی‌مادی	۰/۴۹۰	۰/۰۰۰	۴۰۴
ارزش های‌رفاهی	۰/۵۲۶	۰/۰۰۰	۴۰۴
درآمدخانواده قبل از کووید ۱۹	۰/۱۱۰	۰/۰۲۷	۴۰۴
درآمدخانواده در دوران کووید ۱۹	۰/۱۴۷	۰/۰۰۳	۴۰۴

با توجه به جدول ماتریس ضریب همبستگی پیرسون با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، سطح معناداری sig=۰/۰۰۰ ؛ یعنی با اطّلاعات موجود H1 تأیید شده و H0 ابطال می‌گردد؛ به بیان دیگر

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

بین احساس‌محرومیت‌نسبی، بهزیستی‌مادی، ارزش‌های رفاهی، درآمدخانواده قبل از کووید ۱۹، درآمدخانواده در دوران کووید ۱۹ و کیفیت‌زندگی رابطه و همبستگی معناداری وجود دارد. با توجه به قدر مطلق ضریب‌همبستگی که برابر است با r=۰/۶۴۰ ؛ r=۰/۴۹۰ ؛ r=۰/۵۲۶ شدت رابطه قوی و r=۰/۱۱۰ ؛ r=۰/۱۴۷ شدت رابطه متوسط می‌باشد و با توجه به علامت منفی احساس‌محرومیت‌نسبی جهت رابطه غیرمستقیم می‌باشد؛ یعنی با افزایش احساس‌محرومیت‌نسبی، کیفیت‌زندگی کاهش می‌یابد و بالعکس. با توجه به علامت مثبت، جهت رابطه بین بهزیستی‌مادی، ارزش‌های‌رفاهی، درآمدخانواده قبل از کووید ۱۹، درآمدخانواده در دوران کووید ۱۹ و کیفیت‌زندگی مستقیم می‌باشد؛ یعنی با افزایش آنها، کیفیت‌زندگی هم افزایش می‌یابد و بالعکس.

جدول شماره(۹): آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن بین طبقه اجتماعی، کیفیت‌زندگی و احساس‌محرومیت‌نسبی

Correlations	طبقه اجتماعی		
	r	sig	n
کیفیت‌زندگی	۰/۳۵۳	۰/۰۰۰	۴۰۴
احساس‌محرومیت‌نسبی	-۰/۴۵۲	۰/۰۰۰	۴۰۴

با توجه به جدول ماتریس ضریب‌همبستگی اسپیرمن با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، سطح معناداری sig=۰/۰۰۰ ؛ یعنی با اطّلاعات موجود H1 تأیید و H0 ابطال می‌گردد؛ به بیان دیگر بین طبقه اجتماعی، کیفیت‌زندگی و احساس‌محرومیت‌نسبی رابطه و همبستگی معناداری وجود دارد. با توجه به قدر مطلق ضریب‌همبستگی که برابر است با r=۰/۳۵۳ ؛ شدت رابطه متوسط می‌باشد و با توجه به علامت مثبت، جهت رابطه مستقیم می‌باشد؛ یعنی با افزایش طبقه‌اجتماعی، کیفیت‌زندگی هم افزایش می‌یابد و بالعکس. همچنین، با توجه به قدر مطلق ضریب‌همبستگی که برابر است با r=۰/۴۵۲ ؛ شدت رابطه قوی می‌باشد و با توجه به علامت منفی، جهت رابطه غیرمستقیم می‌باشد؛ یعنی با افزایش طبقه اجتماعی، احساس‌محرومیت‌نسبی کاهش می‌یابد و بالعکس.

جدول شماره(۱۰):آزمون T همبسته متغیر درآمد خانواده در دوران کووید ۱۹ و قبل از آن

	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵٪		T	df	Sig
				کرانه پایین	کرانه بالا			
کیفیت‌زندگی	/۲۳۸ ۱۰۱۲۳۷ ۶	/۲۱۶ ۱۴۴۷۹۷۱	/۲۶۰۵۱ ۷۲۰۳۹	/۵۶۵۶ ۸۷۰۷۵۶	/۹۱۰ ۱۱۵۳۹۹۵	/۰۵۳ ۱۴	۴۰۳	/۰۰۰ ۰

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

اطّلاعات جدول فوق مربوط به سطح سنجش فاصله‌ای می باشد، که از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون t همبسته، در فاصله اطمینان ۹۵ درصد سطح معناداری برابر است با sig=۰/۰۰۰؛ یعنی با اطّلاعات موجود فرضیه H0 ابطال و فرضیه H1 تأیید می‌گردد. به بیان دیگر درآمدخانواده در دوران‌کووید۱۹ و قبل از آن تفاوت معناداری دارد. با توجه به میزان t= ۱۴/۰۵۳ و با توجه به علامت آن که مثبت است یعنی درآمدخانواده در دوران قبل از کووید۱۹ بیشتر از درآمدخانواده در دوران کووید۱۹ است.

جدول شماره(۱۱): آزمون کروسکال والیس متغیر پس اندازخانواده در دوران کووید ۱۹ و قبل از آن

کیفیت‌زندگی	z	Sig
	-۷/۲۳۵	۰/۰۰۰

اطّلاعات جدول فوق مربوط به سطح سنجش ترتیبی می‌باشد، که از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون کروسکال‌والیس، در فاصله اطمینان ۹۵ درصد سطح‌معناداری برابر است با sig=۰/۰۰۰؛ یعنی با اطّلاعات موجود فرضیه H0 ابطال و فرضیه H1 تأیید می‌گردد. به بیان دیگر پس اندازخانواده در دوران کووید۱۹ و قبل از آن تفاوت معناداری دارد. با توجه به میزان z =۷/۲۳۵ (آزمون ویلکاکسون) و با توجه به علامت آن که منفی است، یعنی پس اندازخانواده در دوران قبل از کووید۱۹ بیشتر از پس اندازخانواده در دوران کووید۱۹ است.

رگرسیون تک‌متغیره

به نظر می رسد احساس‌محرومیت‌نسبی بر کیفیت‌زندگی مؤثر است.

با توجه به معناداری آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی تحقیق که پیش شرط آزمون رگرسیون می‌باشد، حال در اینجا جهت تعیین میزان تأثیر متغیر مستقل احساس‌محرومیت‌نسبی بر کیفیت‌زندگی از رگرسیون خطی با روش Enter استفاده شده است.

جدول شماره(۱۲): مدل رگرسیون پیش بینی شده

مدل	مجذور ضریب تعیین(R^2)	ضریب تعدیل یافته R
۱	۰/۴۰۹	۰/۶۴۰

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

با توجه به نتایج جدول بالا، مقدار ضریب تبیین(R2) به دست‌آمده برای تبیین کیفیت زندگیR^2 =۰/۴۰۹ می‌باشد که این میزان در علوم انسانی نشان می‌دهد که متغیر وابسته به میزان بالا(قوی) توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود. در واقع کیفیت‌زندگی به میزان ۰/۴۰۹ توسط احساس‌محرومیت‌نسبی تبیین می‌شود.

جدول شماره(۱۳): نتایج آزمون ANOVA

مدل		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان آزمون	سطح معناداری
۱	ضریب رگرسیونی	۱۰۷۴۶۸/۰۶۸	۱	۱۰۷۴۶۸/۰۶۸	۲۷۹/۵۶۸	۰/۰۰۰
	پسماند	۱۵۴۵۳۱/۸۱۳	۴۰۲	۳۸۴/۴۰۷		
	مجموع	۲۶۱۹۹۹/۸۸۱	۴۰۳			

با توجه به سطح معناداری که برابر شده است با ۰/۰۰۰ = sig ، خط رگرسیون توانایی تبیین کیفیت‌زندگی را دارد و مدل معنادار است.

جدول شماره(۱۴): ضرایب رگرسیونی مربوط به مدل های پیش بینی شده

مدل		ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده		ضرایب رگرسیونی استاندارد شده	میزان آزمون t	سطح معناداری
		ضریب تأثیر B	خطای استاندارد از میانگین	Beta		
۱	میزان ثابت	۱۷۹/۳۴۴	۱/۰۰۱		۱۷۹/۱۴۲	۰/۰۰۰
	احساس‌محرومیت‌نسبی	-۱/۲۳۰	۰/۰۷۴	-۰/۶۴۰	-۱۶/۷۲۰	۰/۰۰۰

با توجه به سطح معناداری که برابر شده است با ۰/۰۰۰ = sig ، یعنی با اطّلاعات موجودH1 تأیید شده و H0 ابطال می گردد؛ به بیان دیگر احساس‌محرومیت‌نسبی در کیفیت‌زندگی مؤثر است.

در این مدل با توجه به ضرایب رگرسیونی فوق، متغیر مستقل احساس‌محرومیت‌نسبی بر کیفیت‌زندگی تأثیر می‌گذارد که معادله خط رگرسیون به شرح ذیل می‌باشد:

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

$$Y = a + b_1 .x_1$$

$$Y = ۱۷۹/۳۴۴ - ۱/۲۳۰ (\text{احساس‌محرومیت‌نسبی})$$

مقدار ثابت برابر است با ۱۷۹/۳۴۴، ضریب تأثیر متغیر احساس‌محرومیت‌نسبی۱/۲۳۰- ، به عبارت دیگر در ازای تغییر متغیر احساس‌محرومیت‌نسبی به میزان ضریب مربوطه، کیفیت‌زندگی به میزان یک انحراف معیار تغییر می‌یابد.

بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهادها

از نیمه دوم قرن بیستم به بعد، ما شاهد پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در حوزه مطالعه و تحقیق درباره کیفیت‌زندگی هستیم(بونک[1]،۲۰۰۷). نتایج آمار توصیفی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اکثر افراد دارای کیفیت‌زندگی متوسطی هستند که با نتایج تحقیقات شلفی(۱۳۹۲)، جمشیدی(۱۳۹۲)، زارع(۱۳۸۹)، شعبانی بهار و دیگران(۱۳۹۱)، ربانی خوراسگانی و کیانپور(۱۳۸۶) همسویی دارد.

نتایج پژوهش حاکی از این است که با افزایش احساس محرومیت نسبی افراد، کیفیت‌زندگی کاهش می‌یابد و بالعکس. که این یافته با نظریات(ریتزر[2]، ۱۳۹۱: ۴۲۳)، (کروزبی[3]، ۱۹۷۶: ۱۰۲)، (کریزبرگ[4]، ۱۹۷۳)، (اینگلهارت[5]، ۱۳۷۳: ۴۵)، (وینهوون[6]، ۱۹۹۵)، (ترنر[7]، ۱۳۷۳)، (سرجی، ۲۰۰۴: ۱۷۱)، (براون[8] و دیگران، ۲۰۰۴: ۲۰)، (کوب، ۱۹۶۷)، (گر، ۱۹۷۱: ۷۲ و ۱۱۱)، هم خوانی دارد. همچنین نتایج پژوهش با یافته های زیاری و دیگران(۱۳۹۷)، مقیمی(۱۳۹۶)، صدیقیان بیدگلی(۱۳۹۵)، حسینی امین(۱۳۹۴)، باقری و دیگران(۱۳۹۳)، الماسی و دیگران(۱۳۹۳)، حاتم

1. Bohnke
2. Ritzer
3. Crosby
4. Kerisberg
5. Inglehart
6. Veenhoveen
7. Turner
8. Brown & etal

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

وند(۱۳۹۰)، هزارجریبی و صفری شالی(۱۳۸۸)، غفاری و تاج الدین(۱۳۸۴)، ایکس‌آ و ژونما[1](۲۰۲۰)، لویستن و دیگران[2](۲۰۲۰)، دماکاکس و نون[3] (۲۰۰۶) همسویی دارد.

ریتزر بر احساس ناتوانی، کروزبی بر محرومیت از خواسته‌ها، کریزبرگ بر نابرابری و ناسازگاری، اینگلهارت بر عدم توازن در آرمان‌ها و خواسته‌ها، وینهوون بر عناصری مانند عدم (سلامت، عدالت، استقلال در کار و ...)، ترنر بر عدم توازن در مرتبت و منزلت، سرجی بر نارضایتی در جامعه، براون بر نارضایتی از خویشتن و ...، کوب بر کاهش حمایت اجتماعی، گر فاصله بین انتظارات‌ارزشی و توانایی‌های ارزشی، مک کریا و کاستا بر عدم تناسب با توانایی و پاداش، آرگایل عدم سلامت و رضایت، هلیز بر عدم سلامت جسمانی و روانی تأکید 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 کیفیت‌زندگی می شود. در حالی که در تحقیق حاضر اثرگذاری مستقیم احساس محرومیت نسبی بر کیفیت‌زندگی را مورد بررسی قرار دادیم. بنابراین یافته اصلی این پژوهش، می‌تواند در جهت اکمال نظریه های قبلی تلقی شود.

از آنجا که دسترسی به امکانات و منابع و فرصت‌های برابر زندگی، حق همه شهروندان می‌باشد؛ لذا باید مدیران و مسئولین جامعه، فارغ از منافع سیاسی و اقتصادی و ... گروه خاصی، ابعاد کیفیت‌زندگی 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 افراد، علاوه بر اثرات فردی، عوارض اجتماعی هم به همراه دارد و به راحتی می تواند کیفیت‌زندگی آنها را مورد تهدید قرار دهد.

بر مبنای تحلیل نتایج، توصیه‌های سیاستی شامل بازسازی اجتماع از طریق احیاء و تقویت سرمایه اجتماعی، بهبود شرایط عینی زندگی در قالب راهبردهایی مانند اشتغال‌زایی و سرزنده‌سازی محیط، توجه بیشتر به مسئله عدالت و برابری توزیعی در سیاست‌گذاری‌های کلان و فراهم کردن شرایط دسترسی برابر به امکانات و فرصت‌های موجود در راستای تحقق قابلیت‌های فردی و بازاندیشی در محتوای برنامه‌های نهادهای رسمی آموزش و جامعه‌پذیری با محوریت تقویت اخلاق شهروندی، هویت‌های جمعی و ارزش‌های غایی تدوین گردیده است. بدین ترتیب برابر دانستن افراد در مقابل قانون، ایجاد فرصت های برابر برای همه در قالب توزیع امکانات و منابع بصورت یکسان می تواند زمینه مناسبی را برای تحقق عدالت در جامعه فراهم سازد.

1. Xia & Zhunma
2. Leviston & etal
3. Demakakos & nunn

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

از جمله پیشنهاداتی که می توان به مراجع رسمی یادآور شد این است که تحقیقات دیگری در این زمینه در شهر مورد مطالعه و سایر مناطق و شهرهای کشور بصورت دوره‌ای در سه سطح ملّی، منطقه‌ای و محلّی 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 روش های کیفی و ترکیبی استفاده کنند. و جامعه‌های آماری دیگری را جهت مقایسه با تهران مَدِنظر 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 ملّی 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.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

منابع

۱. ابراهیمی، مهدی(۱۳۹۳)، فقر درآمدی، فقر قابلیتی و طرد اجتماعی: روند شناسی تحول مفاهیم در بررسی فقر و محرومیت، فصلنامه تأمین اجتماعی، دوره ۱۳، شماره ۴، پیاپی ۴۵، صص ۶۰-۳۷.

۲. اسکندریان، غلامرضا(۱۳۹۹)، ارزیابی ویروس کرونا بر سبک زندگی(با تأکید بر الگوی مصرف فرهنگی)، فصلنامه علمی تخصصی ارزیابی تأثیرات اجتماعی، شماره دوم، ویژه نامه پیامدهای ویروس کرونا-کووید ۱۹، صص ۶۵-۸۵.

۳. اسلامی، رضا، اجلی لاهیجی، مهشید(۱۳۹۶)، کاهش فقر؛ دستورالعملی برای توسعه اجتماعی در نظام بین المللی حقوق بشر، پژوهشهای حقوقی، شماره ۳۱، صص ۷۷-۴۷.

۴. اسماعیلی، منیژه، حسین زادگان، فریبا، جاسمی، مدینه، دباغی قلعه، اسماعیل، سواری، غلامرضا، محبوبی، محمدرضا، مظلوم پرست، زهرا، احمدی زاده، آمنه، جمشیدی، الهام، خشنود، مریم، نصرالله پور، خلیل(۱۳۹۴)، ارتباط بین رضایت شغلی و کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان فاطمیه شبستر، فصلنامه آموزش و اخلاق در پرستاری، دوره چهارم، شماره دو.

۵. امیدی، رضا(۱۴۰۰)، سیاستگذاری اجتماعی و مسئله امید؛ مطالعه ارزیابی جامعه از آینده در پیمایش های ملی دهه ۱۳۹۰، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، دوره هشتم، شماره ۲۷،صص ۲۹-۶۴، doi: 10.22054/RJSW.2022.65952.559

۶. اینگلهارت، رونالد(۱۳۷۳)، تحول فرهنگی در جامعه پیشرفته صنعتی، (ترجمه: مریم وتر)، تهران، انتشارات کویر.

۷. باتومور، تام، آوتویت، ویلیام(۱۳۹۲)، فرهنگ علوم اجتماعی قرن بیستم، ترجمه: حسن چاوشیان، تهران، انتشارات نی.

۸. باقری، معصومه، حسین زاده، علی حسین، حیدری، سمیرا، زالی زاده، مسعود(۱۳۹۳)، بررسی جامعه شناختی رضایت از زندگی در میان شهروندان(مورد مطالعه: شهر اهواز)، فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی- فرهنگی، سال ۳(۳): ۹۱ تا ۱۰۸.

۹. ترنر، جاناتان اچ(۱۳۷۳)، ساخت نظریه جامعه شناختی، (ترجمه: عبدالعلی لهسائی زاده)، شیراز، انتشارات نوید شیراز.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

۱۰. جمشیدی، صدیقه(۱۳۹۲)، ارزیابی کیفیت زندگی در روستاهای ادغام شده در شهر یزد(مطالعه موردی: محله های خیرآباد و عیش آباد) ، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم انسانی دانشگاه یزد.

۱۱. جواهری، فاطمه، سراج زاده، سید حسن، رحمانی، ریتا(۱۳۸۹)، تحلیل اثرات اشتغال زنان بر کیفیت زندگی آنان(مطالعه موردی: زنان شاغل در وزارت جهاد کشاورزی)، زن در توسعه و سیاست(پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۲، صص ۱۶۲-۱۴۳.

۱۲. حاتم وند، زیبا(۱۳۹۰)، بررسی تأثیر اشتغال بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال.

۱۳. حسینی امین، نرگس(۱۳۹۴)، تأثیر عوامل اجتماعی اقتصادی بر کیفیت زندگی از منظر توسعه انسانی؛ مورد مطالعه: شهروندان تهرانی، پایان نامه دکتری رشته جامعه شناسی اقتصادی و توسعه دانشگاه علوم تحقیقات تهران.

۱۴. خوش فر، غلامرضا، خواجه شاهکوهی، علیرضا، کرمی، شهاب، بارگاهی، رضا(۱۳۹۲)، بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در نواحی شهری(مطالعه موردی: نواحی شهری گرگان)، مجله آمایش جغرافیایی فضا، فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه گلستان، سال سوم، شماره مسلسل نهم، صص ۱۷۸-۱۵۱.

۱۵. ربانی خوراسگانی، کیانپور، مسعود(۱۳۸۶)، مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی(مطالعه موردی: شهر اصفهان)، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، سال ۱۵(۵۸): ۶۷ تا ۱۰۸.

۱۶. رفیع پور، فرامرز(۱۳۷۸)، آنومی یا آشفتگی اجتماعی: پژوهشی در زمینه پتانسیل آنومی در شهر تهران، تهران، انتشارات سروش.

۱۷. ریتزر، جورج(۱۳۹۱)، نظریه جامعه شناسی در دوران معاصر، تهران، انتشارات علمی.

۱۸. زارع، معصومه(۱۳۸۹)، بررسی رابطه بین اخلاق کار و کیفیت زندگی(مطالعه موردی: کارکنان دانشکده های علوم انسانی دانشگاه تهران)، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

۱۹. زیاری، کرامت الله، رفیعی مهر، حسین، زارعی، جواد(۱۳۹۹)، سنجش کیفیت زندگی از دیدگاه عدالت اجتماعی(مطالعه موردی: مناطق ۲ و ۱۶ شهری تهران)، پژوهش های جغرافیای انسانی، دوره ۵۲، شماره ۱، پیاپی ۱۱۱، صص ۱۵-۱، 10.22059/jhgr.2014.51267.

۲۰. زیرک، مهدی، پورشافعی، هادی، غریبی، ملیحه، ثناگوی محرر، غلامرضا(۱۳۹۶)، پیش بینی کیفیت زندگی معلمان زن بر اساس متغیرهای هوش سازمانی و هوش معنوی، فصلنامه علمی- پژوهشی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، سال یازدهم، شماره چهارم، پیاپی۳۹، صص ۱۰۶-۸۹.

۲۱. سازمان برنامه و بودجه(۱۳۷۸)، اولین گزارش ملّی توسعه انسانی جمهوری اسلامی ایران، تهران، سازمان برنامه و بودجه.

۲۲. شعبانی بهار، فراهانی، غلامرضا، باقریان، ابوالفضل، فاضل، فاطمه(۱۳۹۱)، تعیین رابطه بین تعارض کار- خانواده و کیفیت زندگی رؤسا و نائب رؤسای هیأت های ورزشی استان همدان، پژوهش نامه مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی، سال ۸(۱۵): ۱۰۹ تا ۱۲۲.

۲۳. شلفی، آزاده(۱۳۹۲)، ارزیابی شاخص های کیفیت زندگی شهری(مطالعه موردی: شهر تنکابن)، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه گیلان.

۲۴. صدیقیان بیدگلی، آمنه(۱۳۹۵)، کنش سیاسی دانشجویان و تأثیر محرومیت نسبی بر آن، فصلنامه علمی راهبرد اجتماعی فرهنگی، سال ۵(۱۸): ۲۴۳ تا ۲۶۹.

۲۵. صندوق بین المللی پول، ۲۰۲۰.

۲۶. غفاری، غلامرضا، تاج الدین، باقر(۱۳۸۴)، "شناسایی مؤلفه های محرومیت اجتماعی"، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره : ۴۹ تا۸۳.

۲۷. فاضل نیا، غریب(۱۳۹۳)، سنجش و مقایسه تطبیقی شاخص های کیفیت زندگی در خانواده های گسترده و هسته ای، مطالعه موردی: مناطق روستایی بخش پشت آب زابل، پژوهش های روستایی، دوره ۵، شماره ۴، صص ۸۵۳-۸۴۹.

۲۸. فاطمی ابهری، سیده مرضیه، موسایی، میثم(۱۳۹۵)، ارزیابی اقتصاد سلامت و سلامت اجتماعی در ایران؛ گذشته، حال و آینده، فصلنامه علمی اقتصاد و بانکداری اسلامی، شماره شانزدهم، صص ۲۵۶-۲۳۱.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

۲۹. فندرسی، لیلا السادات، ادریسی، افسانه، موسایی، میثم(۱۴۰۰)، مطالعه رابطه احساس محرومیت نسبی و کیفیت زندگی با رویکرد اسلامی(مطالعه موردی: شهروندان تهرانی)، فصلنامه علمی اقتصاد و بانکداری اسلامی، شماره سی و ششم، صص ۲۹۴-۲۴۷.

۳۰. گر، تد رابرت(۱۳۹۹)، چرا انسانها شورش می کنند؟، (ترجمه: علی مرشدی زاده)، تهران، انتشارات پژوهشکده مطالعات راهبردی.

۳۱. الماسی، مسعود، محمودیانی، سراج الدین، جعفری، مرتضی(۱۳۹۳)، عوامل مرتبط با احساس شادکامی سالمندان، نشریه پرستاری ایران، سال ۲۷(۹۲): صص ۳۲-۲۳.

۳۲. مرکز آمار ایران، (۱۳۹۵).

۳۳. مقیمی، مهدی(۱۳۹۶)، تأثیر کیفیت زندگی بر جرم و سرقت، فصلنامه دیدگاه های حقوق قضایی، شماره ۷۹: ۱۴۹ تا ۱۷۰.

۳۴. میجلی، جیمز، هال، آنتونی(۱۳۸۸)، سیاست اجتماعی و توسعه، مترجمان: ابراهیمی، مهدی، صادقی، ابراهیمی، مهدی، تهران، انتشارات جامعه شناسان.

۳۵. وصالی، سعید، امیدی، رضا(۱۳۹۳)، سیاست گذاری اجتماعی: زمینه ها و رویکردها، فصلنامه برنامه ریزی و بودجه، سال نوزدهم، شماره ۱، پیاپی ۱۲۴، صص ۲۰۶-۱۷۹.

۳۶. هزارجریبی، جعفر، صفری شالی، رضا(۱۳۸۸)، بررسی رضایت از زندگی و جایگاه احساس امنیت در آن، فصلنامه علمی – پژوهشی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره ۳، صص ۷-۲۸.

37. 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, pp: 707–717.
38. Baldok, J., Mitton, L., Manning, N., & Vickerstaff, S. (1999), Social policy . Oxford: Oxford University press.
39. Baldwin, Sally, Christine, Godfrey, Carol, Propper(1994), Quality of Life: Perspectives and Policies, London, New York: Routledge Press.
40. Biderman, A. D (1974), Social Indicators, in Robert L. Clewett & Jerry C. Olson, Whence and Whither in Social Indicators and Marketing: 27-44.
41. Bishop ,M (2007), Psychological Adaptation and Quality of Life in Multiplescelerosis: Assessment of the Disability centerality model. Journal of rehabilitation, 1(73):25-36. http://journals.sbmu.ac.ir/ch/article/view/18745/1490.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

42. Bohnke, P.(2007), Does Society Matter? Life Satisfaction in the Enlarged Europe. Social indicators research. 87(2207): 189-210.
43. Brown, J, Bowling, A, Flynn, T. (2004),Models of quality of life. A Taxonomy, Overview and Systemic Review of the literature.
44. Cobb, S. (1976), Social support as a moderator of life stress, Psychosom, Med. 38(5): 300-14.doi.
45. Crosby, F, J. (1976), A model of egotistical relative deprivation, Psychological Review, 83, 85-113.
46. Dani, A. A., & Hann, A. (2008), Inclusive state: Social policy and structural inequalities.Washington DC: The World Bank.
47. Das, D (2008), Urban Quality of Life: A case study of Guwahati, Social Indicators Research, 88.
48. Demakakos, P ,Nunn ,S. (2006), Lonelines ,"Relative deprivation and life satisfaction", university: college London.
49. Donald ,A. (2001), What is quality of life?, Availableat: www.jr2.ox.ac.uk.
50. Dong, Yu, Lee, Jin, Graceg, Hee .(2008), A Model of Quality of College Life (QCL) of Students in Korea. Soc Indic Res. (2008) 87:269–285.
51. Fayers P M, machin D (2000), quality of Lif assessment, Analysis and interpretation, jhon willy, new York.
52. Giovanni, A, Paola, M (1999), Review of the concept of quality of Life assessment and discussion of the present trend in clinical researd, Journal of Neph, dial, transplant, 14: 65-69.
53. Gurr, Ted, Robert .(1971), Why men rebel, Printed in the United States of America by Princeton University Press, New Jersey.
54. Kazempour, R (2004), Evaluation of quality of life in students of Islamic Azad University of Marand, Abstracts of first congress of quality of life , [persian].
55. Kerisberg, L. (1973),Sociology of social conflict, Printice-Hall Publication, New Jercy.
56. Kim, K (2002), The Effects of Tourism Impacts upon Quality of Life of Residents in the Community, Dissertation submitted to the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University In partial fulfillment of the requirements for the degree of Ph.D.
57. Leviston, Z, Dandy, J, Jetten, J, Walker, I. (2020), The role of relative deprivation in majority-culture support for multiculturalism, Journal Of

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

Applied Social Psychology, Original Arthcle, DOI:org/10.1111/jasp.12652,citations:3.

58. Monjamed Z, Razavian F.(2007), [Barrasye tasire alaem va neshanehaye bimari bar keifiate 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): 27-35. [Persian]
59. 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): 183-8.
60. Pacione, M. 2005. Urban geography : global perspective, London:Routledge , Second edition.
61. Schalock, R,L, Verdugo, M,A .(2002), Quality of life for human service practitioners, Washington, DC,: American Association on Mental Retardation.
62. 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: 116-127.
63. 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): 203-216.
64. 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.
65. Schuessler, K. and Fisher, G (1985), Quality of life research and sociology, Annual Review of Sociology, Vol. 11, pp. 129-49.
66. Sijia Li, Yilin Wang, Jia, Xue, Nan Zhao, and Tingshao Zhu.(2020),The Impact of Covid-19 Epidemic Declaration on Psychological consequences: A study onactive weibo users. International journal of environmental research and public health 17, 2032 http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17062032.
67. Sirgy,M,J. (2004), A Consumer economic environmental social and equity: an indicator system for community QOL in a world conference abstract Philadelphia,Nov.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]

68. 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):610-615.
69. Taghvai, A.A, Purjafar, M.R. & Kocabi, A (2005), Planning the Quality of Urban Life in Urban Centers, Definitions and Indicators, Tehran: Urban Queries, (12).
70. Theodoropoulou S, Leotsakou C, Baltathakis I (2006), Quality of life and psychopathology of 53 longterm survivors of allogeneic bone marrow transplantation, Hippokratia, 6(1): 19.
71. Veenhoveen, R. (1995), The Utility of happiness, social indicator research, No, 20.
72. Wood, D.S (1999), Assessing quality of life in clinical research from where have we come and where are we going. Journal of clinical epidemiology. 52 , 355-363.
73. World Health Organization. (1995), The world health organization quality of life assessment: Position paper from the world health organization, Society science & medicine, No. 141: 1403-1409.
74. 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.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-18]