

فقر، احساس محرومیت نسبی و کیفیت زندگی (مطالعه موردی: شهروندان تهران)

نوع مقاله: پژوهشی

لیلا السادات فندرسی^۱

افسانه ادیسی^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 کیفیت زندگی است. در این مقاله به دنبال پاسخی برای این مسأله هستیم که احساس محرومیت نسبی چه رابطه‌ای با کیفیت زندگی دارد. جمعیت آماری را افراد ۱۸ سال به بالا که در سال ۱۴۰۰ در شهر تهران ساکن بوده تشکیل داده‌اند. روش تحقیق پیمایشی و اطلاعات 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 ضریب همبستگی (پیرسون، اسپیرمن)، رگرسیون چندمتغیره و تحلیل مسیر استفاده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که: با کاهش احساس محرومیت نسبی شهروندان، کیفیت زندگی افزایش می‌یابد و بالعکس. در صورتی که با افزایش بهزیستی مادی، ارزش‌های رفاهی، درآمد خانواده و طبقه اجتماعی شهروندان، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. همچنین درآمد و پس‌انداز خانواده در دوران شیوع کووید ۱۹ کاهش یافته است. پس می‌توان 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 کیفیت زندگی در جامعه فراهم آورد.

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

۲. دانشیار گروه 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

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، احساس محرومیت نسبی، فقر، درآمد خانواده، کووید ۱۹، سیاستگذاری اجتماعی و شهروندان تهران.
طبقه بندی JEL: F₆₃, I₃, J₇, O₁, Z₁₃

مقدمه

از لحاظ تاریخی اولین تلاش‌ها برای اندازه‌گیری کیفیت‌زندگی از جنبش شاخص‌های اجتماعی دهه ۱۹۶۰ نشأت گرفته است (بایدرومن^۱، ۱۹۷۴: ۲۷) و (کیم^۲، ۲۰۰۲: ۴۷). و این مفهوم به یکی از موضوعات مورد علاقه حوزه علوم اجتماعی 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 آینده‌ی زندگی بشر متکی بر درک عواملی خواهد بود که بر کیفیت‌زندگی انسان تأثیرگذار هستند (خوش‌فر و دیگران^۵، ۱۳۹۲) و (جواهری و دیگران^۶، ۱۳۸۹: ۱۴۵).

کیفیت‌زندگی، قضاوت جهت‌دار ذهنی و مفهومی از وضعیت‌زندگی شخص یا رضایت او از زندگی‌اش است (تقوی و دیگران^۷، 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^۸، ۲۰۰۷). همچنین ارتقای کیفیت‌زندگی عاملی است که باعث افزایش کارایی و نیز احساس رضایت فردی می‌گردد (زیرک و دیگران^۹، ۱۳۹۶) و (اسماعیلی و دیگران^{۱۰}، ۱۳۹۴). تمامی ابعاد کیفیت‌زندگی وابسته به یکدیگر می‌باشند (سوداگر و دیگران^{۱۱}، ۲۰۱۳). در واقع با سنجش کیفیت‌زندگی بر اساس شاخص‌ها و در ابعاد گوناگون، درجه توسعه یافتگی کشورها تعیین می‌شود (فاضل‌نیا، ۱۳۹۳: ۸۵۳). در حال حاضر کیفیت‌زندگی توجه محققان زیادی را به خود جلب کرده است (کاظم‌پور^{۱۲}، ۲۰۰۴) و (تئودوروپولو و دیگران^{۱۳}، ۲۰۰۶) و (جیوانی و پائولا^{۱۴}، ۱۹۹۹). حیطه‌ی مربوط به کیفیت‌زندگی و سنجش و ارزیابی آن در هیچ زمانی به اندازه امروز وسیع نبوده است (بالدوین و دیگران^{۱۵}، 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

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 پرنشدنی 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 محرومیت نسبی به عنوان یک واقعیت اجتماعی می‌گردد. احساس محرومیت ناشی از فاصله موجود بین آنچه هست (وضع موجود) و آنچه باید باشد (وضع مطلوب) 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 احساس محرومیت نسبی 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 کیفیت زندگی نیز توجه داشت (فایرز و مچین، ۲۰۰۰). دومین رخداد مهم بعد از جنگ جهانی دوم که زمینه توجهات ویژه به کیفیت زندگی را فراهم آورد بحث بی‌عدالتی‌های وسیع در جوامع غربی بود (وود، ۱۹۹۹). بر اساس یافته‌های مربوط به ارزیابی جامعه از آینده در پیمایش سلامت اجتماعی، 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. فقر پژوهی در سالهای اخیر از تمرکز بر فقر درآمدی به بررسی فقر قابلیت‌(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 کیفیت زندگی است (ابراهیمی، ۱۳۹۳: ۲۳).

1. Fayers & machin

2. Wood

فقر، تمرکز ثروت، نابرابری و ... از عناصری است که با افزایش آگاهی، باعث افزایش احساس محرومیت نسبی 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 توسعه اجتماعی 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 پاندمی کرونا 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).

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 (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 کووید ۱۹، عملکرد ایمنی افراد را کاهش می‌دهد (سیجیا، ۲۰۲۰). و احساسات مثبت (مانند شادی) و رضایت‌آزندگی کاهش می‌یابد (اسچچ-اسپانا، ۲۰۲۰). 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 (منجمد و رضویان، ۲۰۰۷). و اختلال در کیفیت زندگی اثر منفی بر زندگی اجتماعی، خانوادگی، کار و فعالیت تفریحی دارد (موسر، 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 می‌شود (فاطمی ابهری و موسایی، ۱۳۹۵: ۲۳۵).

طبقه پایین و تهیدست جامعه، امکان درخانه ماندن ندارد و تاب‌آوری اقتصادی اندکی دارد. از سوی دیگر طبقات اجتماعی مختلف، دسترسی متفاوتی به خدمات پزشکی و درمانی دارند. صندوق بین‌المللی پول در آخرین توصیه خود از دولت‌ها خواسته است تا سیاست‌های مؤثری برای حمایت

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

از کارگران غیررسمی و خانواده های آنها در پیش بگیرند، تا از سقوط عمیق تر آنها به فقر و نداری جلوگیری شود (صندوق بین المللی پول، ۲۰۲۰). ابتلا به بیماری های زمینه ای نیز مانند ضعف سیستم ایمنی تابعی از وضعیت طبقاتی افراد در جامعه است. به عبارت ساده تر فقر و ناسلامتی دو روی یک سکه اند. بنابراین با آن که بیماری های واگیر ممکن است بسیاری را در جامعه مبتلا کنند اما وقتی آسیب پذیری از آنها با بیماری های غیرواگیر (که از آنها با عنوان بیماری های زمینه ای نام برده می شود) گره بخورد، به گروهی از مردم جامعه که در حقیقت افراد کم درآمدتر هستند، بیشتر ضربه می زنند. بنابراین، ویروس هم می تواند 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 بحران ها را، توانمندی های اقتصادی - اجتماعی آنها تعیین می کند. هویت طبقاتی کرونا، برای آحاد مردم در جوامع مختلف، آثار و پیامدهای متفاوتی به همراه می آورد. بحران کرونا ویروس - کووید ۱۹ پیش از هر چیز تهدیدی برای سلامت عمومی شناخته می شد، اما رفته رفته تبدیل به یک تهدید اقتصاد جهانی شده است.

بنابراین، نابرابری ساختاری جامعه در عرصه نگرش های افراد رخنه می کند و پنداشت آنها را از شرایط اجتماعی شکل می دهد. در نتیجه افراد به هر سطحی از دارایی که نائل می شوند در مقایسه با دیگران خود را در موقعیت نازل تری می بینند و به تبع آن احساس محرومیت نسبی در آنان پدید می آید. این حس در حوزه های مختلف (سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی) به وجود می آید. با توجه به این نکات و نیز توضیحات ارائه شده می توان 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 می شود که باید باشد) مواجه هستیم. حاصل این شکاف ها شکل گیری انتظارات فزاینده ای است که گهگاه در قالب شورش های شهری و خیابانی نمایان می شود، 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 دهه ۱۹۹۰، [حقوق بشر](#) و [عدالت اجتماعی](#) در عرصه سیاست اجتماعی وارد شده است. در گذشته بیشتر بر وجوه اقتصادی و سیاسی حقوق بشر تأکید می شد. اما امروز بر حق برخورداری از فرصت برابر برای مشارکت در جامعه صحبت به میان آمده است (میجلی و هال، ۱۳۸۸: ۳۰). هدف سیاستگذاری اجتماعی کاهش نابرابری، بهبود رفاه انسانی و افزایش کیفیت زندگی است (دنی و هان، ۲۰۰۸)، (بالدوک و دیگران، ۱۹۹۹)، (وصالی و امیدی، ۱۳۹۳). سیاستگذاری اجتماعی از

1. International Monetary Fund

2. Dani & Hann

3. Baldok & etal

جمله مباحث تأثیرگذار در سرنوشت اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، و روانی هر جامعه‌ای است. به گفته تی.اچ. مارشال سیاست اجتماعی «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 محرومیت نسبی 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، علامه طباطبائی، شهید بهشتی، الزهرا، تربیت مدرس، علوم تحقیقات تهران) و همچنین تمامی مقالات سایتهای معتبر داخلی (سیدا، نورمگز^۲، مگیران^۳، ایران داک^۴، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی^۵ و ...) و طرح‌های پژوهشی سازمانهای مختلف (شهرداری، مجلس و...) رؤیت و بررسی گردید و سعی شد که رشته‌های جامعه‌شناسی و از نظر بازه 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 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 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، صرف نظر 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،

1. SID

2. Noormags

3. Magiran

4. Iran Doc

5. Ihcs

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 کیفیت زندگی پایین موجب نارضایتی از زندگی می‌شود. در مجموع این نتیجه قابل استنباط است که احساس محرومیت نسبی دارای آثار و پیامدهای متفاوتی است که همگی بر میزان رضایت از زندگی تأثیر منفی دارد و مطالعات اولیه محقق نشان می‌دهد که احساس نارضایتی مهمترین عنصر در کاهش کیفیت زندگی است. پس می‌توان گفت، احساس محرومیت نسبی منجر به پایین آمدن کیفیت زندگی می‌شود که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

چارچوب نظری

کیفیت زندگی یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در علوم اجتماعی است (شالوک، ۲۰۰۰: ۱۲۰). "شالوک" 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 بوجود آمده است (شالوک و دیگران، ۲۰۰۵: ۱۲-۷۱۱). این ابعاد عبارتند از: روابط بین فردی، شمولیت اجتماعی، رشد و توسعه فردی، بهزیستی جسمانی، خوداتکایی فردی، بهزیستی مادی، بهزیستی عاطفی و حقوق (شالوک، ۲۰۰۴: ۲۰۵). هشت حوزه‌ای که بیشتر در ادبیات بین‌المللی کیفیت زندگی 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 کیفیت زندگی را با خود دارند (شالوک، ۲۰۰۴: ۲۰۵). در تحلیلی که (شالوک و وردوگو، 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 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 (شالوک، ۲۰۰۴: ۲۰۶). بر اساس نظر شالوک ابعاد کیفیت زندگی به مجموعه‌ای از

1. Schalock

2. Schalock & Verdugo

عوامل ارجاع دارد که احساس بهزیستی شخصی را به وجود می آورند (همان: ۲۰۵). و دارای دو بعد ارزیابی شخصی و ارزیابی کارکردی است. در یک جمع بندی می توان گفت کیفیت زندگی در بعد فردی، بوسیله شاخص های عینی (سلامت، موقعیت اقتصادی، فعالیت های اجتماعی و ...) و ذهنی (شادی، امنیت، رضایت، اعتماد به نفس، خوش بینی، حس رفاه، حس با ارزش بودن و ...) قابل سنجش است (شالوک، ۲۰۰۴).

"گر" محرومیت نسبی را به عنوان برداشت بازیگران از وجود اختلاف میان انتظارات ارزشی و توانایی های ارزشی شان تعریف می کند. انتظارات ارزشی، کالاها و شرایط زندگی ای هستند که مردم خود را مستحق آنها می دانند. توانایی های ارزشی کالاها و شرایطی هستند که آنها فکر می کنند عملاً توانایی کسب و حفظ آنها را دارند (گر، ۱۹۷۱: ۲۴)، (گر، ۱۳۹۹: ۴۷). محرومیت نسبی هنگامی افزایش می یابد که افراد وضعیت خود را با وضعیت گروه مرجعی مقایسه می کنند که آنچه می خواهند و فکر می کنند باید داشته باشند دارد. هر چه مابه التفاوت منفی افراد بیشتر باشد، محرومیت نسبی 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 می کند: در خصوص محرومیت نسبی صعودی و محرومیت نسبی مبتنی بر بلندپروازی، میزان اختلاف، فاصله ای است که میان موقعیت ارزشی مطلوب و پتانسیل ارزشی احساس می شود. در خصوص محرومیت نسبی نزولی، میزان اختلاف، فاصله ای است که میان موقعیت ارزشی موجود در گذشته و موقعیت ارزشی بر جای مانده احساس می شود (گر، ۱۹۷۱: ۶۰)، (گر، ۱۳۹۹: ۹۰-۱). هر چه درصد رشد یا پیشرفت در یک جامعه بیشتر باشد، احتمال آنکه فقدان مشخص و بارز فرصت سهمیدن در منافع آن شدیداً احساس شود بیشتر می شود (گر، ۱۹۷۱: ۱۲۹)، (گر، ۱۳۹۹: ۱۶۹).

کیفیت زندگی، ارزیابی ذهنی از رضایت از زندگی است (دونالد، ۲۰۰۱) و به میزان قابل توجهی بر آن تأثیرگذار است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۵: ۲۸۵). رضایت از زندگی به عنوان مؤلفه اصلی کیفیت زندگی مورد تأکید قرار می گیرد (دونگ و دیگران، ۲۰۰۸). هر چه جنبه های مثبت کیفیت زندگی بیشتر باشد، سطح رضایت از زندگی بیشتر می گردد (پاسیون، ۲۰۰۵: ۹۲).

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

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 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. 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 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.

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 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 آنجا 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 آنجا که مطالعه روی جمعیتی وسیع (شهروندان تهرانی) 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 مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران در سال ۱۳۹۵ برابر است با ۲۹۱۱۰۶۵ خانوار (مرکز آمار ایران، 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 مجموع ۴۲۰ پرسشنامه جمع‌آوری

۱. www.Nlai.ir

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 صاحب نظران 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.

جدول شماره (۱): آلفای کرونباخ

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

منبع: (یافته های پژوهش)

در پایان، پرسشنامه نهایی جهت انجام پژوهش تهیه و اطلاعات از طریق مصاحبه‌های رودررو جمع‌آوری گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه، ابتدا کدگذاری و سپس با استفاده از نرم‌افزار اسپس اس ۳ 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	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

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)	بهبودی مادی Material Well-being	
آموزش(دستاوردها، جایگاه و پایگاه) Education(achievemets,status) صلاحیت و شایستگی شخصی(شناختی، اجتماعی، عملی) Personal competence(cognitive,social,practical) اجرا(موفقیت، دستاورد، قابلیت و بهره‌وری) Performance(success,achievement,productivity)	رشد و توسعه فردی Personal Development	
سلامت(رویه راه و دایره، 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)	بهبودی جسمانی Physical Well-being	
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) Choices(opportunities,options,preferences)	خودانگیزی فردی Self-Determination	

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)	شمولیت اجتماعی Social Inclusion	
حقوق انسانی (احترام، مقام و شأنیت، برابری) Human (respect, dignity, equality) حقوق قانونی (شهروندی، دسترسی، رعایت فرآیندهای قانونی) Legal (citizenship, access, due process)	حقوق Right	

منبع: (شالوک، ۲۰۰۴: 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 Welfare Values	ارزش‌های اقتصادی (رفاه - کالاهای مادی) Economic Values (Physical well-being)
			ارزش‌های خود- فعلیت بخش (تحقق نفس) Self-actualization value
		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)
	انتظارات ارزشی Value Expectations	ارزش‌های رفاهی Welfare Values	ارزش‌های اقتصادی (رفاه - کالاهای مادی) Economic Values (Physical well-being)
			ارزش‌های خود- فعلیت بخش (تحقق نفس) Self-actualization value
		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)

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

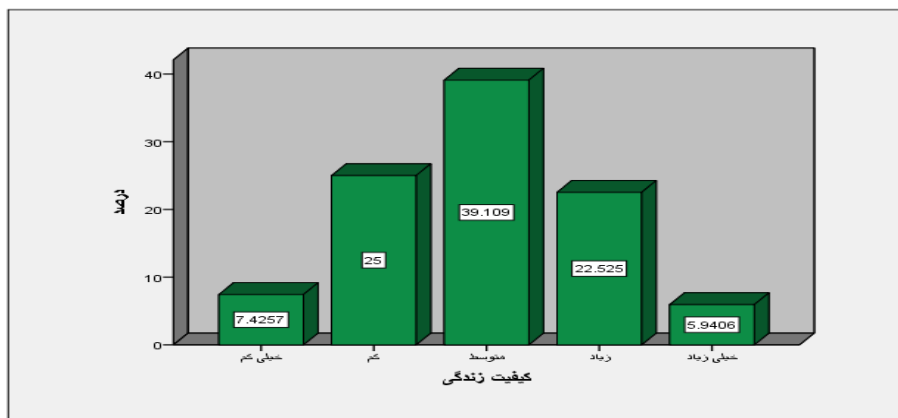
یافته‌های پژوهش

تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها

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

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

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

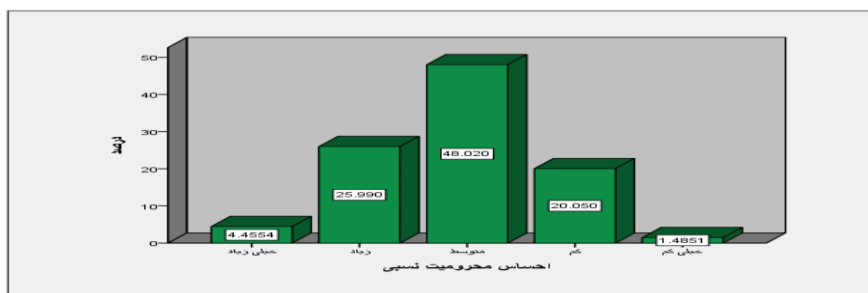


نمودار شماره (۱): نمودار ستونی توزیع درصدی کیفیت زندگی

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

احساس محرومیت نسبی	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
خیلی کم	۶	۱/۵	۱/۵
کم	۸۱	۲۰/۰	۲۰/۰
متوسط	۱۹۴	۴۸/۰	۴۸/۰
زیاد	۱۰۵	۲۶/۰	۷۴/۰
خیلی زیاد	۱۸	۴/۵	۷۸/۵
مجموع	۴۰۴	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

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

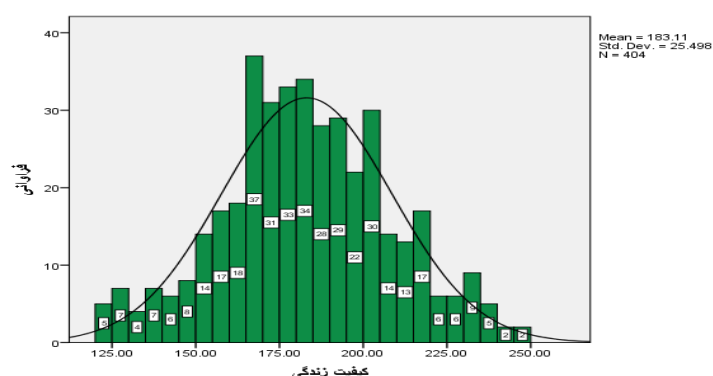


نمودار شماره (۲): نمودار ستونی توزیع درصدی احساس محرومیت نسبی

جدول شماره (۶): آماره های توصیفی کیفیت زندگی

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

اطلاعات جدول فوق مربوط به سطح سنجش فاصله‌ای می‌باشد. میانگین کیفیت زندگی افراد ۱۸۳/۱۱۱۳ می‌باشد؛ یعنی نمونه‌ها به طور متوسط دارای کیفیت زندگی ۱۸۳/۱۱۱۳ می‌باشند. میانه ۱۸۲/۵۶۱۱ می‌باشد؛ یعنی به طور متوسط نیمی از پاسخگویان نمره کمتر از ۱۸۲/۵۶۱۱ و نیمی دیگر بیشتر از ۱۸۲/۵۶۱۱ گرفته‌اند. نما برابر است با ۱۶۶/۷۲ که بیشترین تکرار میزان کیفیت زندگی افراد می‌باشد. واریانس ۶۵۰/۱۲۴ می‌باشد. ۲۵ درصد جمعیت نمونه نمره ۲۵/۴۹۷۵۲ و کمتر داشتند. ۵۰ درصد جمعیت نمونه نمره ۱۶۶/۷۳۹۵ و کمتر داشتند. ۷۵ درصد جمعیت نمونه نمره ۱۸۲/۵۶۱۱ و کمتر داشتند.



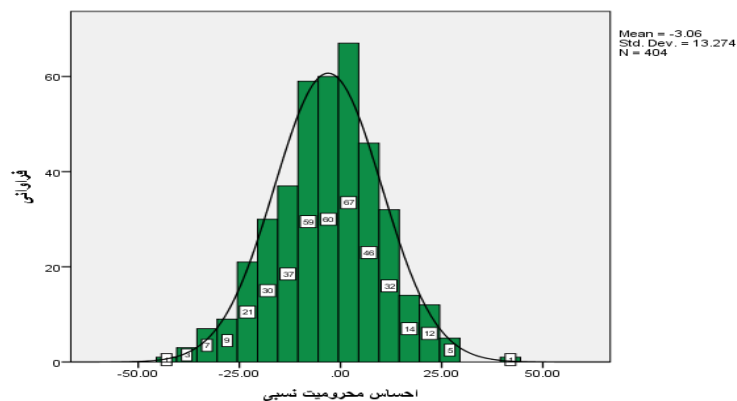
نمودار شماره (۳): نمودار هیستوگرام توزیع فراوانی کیفیت زندگی

جدول شماره (۷): آماره‌های توصیفی احساس محرومیت نسبی

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

اطلاعات جدول فوق مربوط به سطح سنجش فاصله‌ای می‌باشد. میانگین احساس محرومیت نسبی افراد -۳/۰۶۱۹ می‌باشد؛ یعنی نمونه‌ها به طور متوسط دارای احساس محرومیت نسبی -۳/۰۶۱۹ می‌باشند. میانه -۲/۰۰۰۰ می‌باشد؛ یعنی به طور متوسط نیمی از پاسخگویان نمره کمتر از -۲/۰۰۰۰ و نیمی دیگر بیشتر از -۲/۰۰۰۰ گرفته‌اند. نما برابر است با ۰/۰۰ که بیشترین تکرار میزان احساس محرومیت نسبی افراد می‌باشد. واریانس ۱۷۶/۱۹۲ می‌باشد.

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



نمودار شماره (۴): نمودار هیستوگرام توزیع فراوانی احساس محرومیت نسبی

تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها

جدول شماره (۸): آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین احساس محرومیت نسبی، بهزیستی مادی، ارزش‌های رفاهی و کیفیت زندگی

کیفیت زندگی			Correlations
n	sig	r	
۴۰۴	۰/۰۰۰	-۰/۶۴۰	احساس محرومیت نسبی
۴۰۴	۰/۰۰۰	۰/۴۹۰	بهزیستی مادی
۴۰۴	۰/۰۰۰	۰/۵۲۶	ارزش‌های رفاهی
۴۰۴	۰/۰۲۷	۰/۱۱۰	درآمد خانواده قبل از کووید ۱۹
۴۰۴	۰/۰۰۳	۰/۱۴۷	درآمد خانواده در دوران کووید ۱۹

با توجه به جدول ماتریس ضریب همبستگی پیرسون با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، سطح معناداری $\text{sig} = ۰/۰۰۰$ ؛ یعنی با اطلاعات موجود H_1 تأیید شده و H_0 ابطال می‌گردد؛ به بیان دیگر

بین احساس محرومیت نسبی، بهزیستی مادی، ارزش های رفاهی، درآمد خانواده قبل از کووید ۱۹، درآمد خانواده در دوران کووید ۱۹ و کیفیت زندگی رابطه و همبستگی معناداری وجود دارد. با توجه به قدر مطلق ضریب همبستگی که برابر است با $r=0/640$ ؛ $r=0/490$ ؛ $r=0/526$ شدت رابطه قوی و $r=0/110$ ؛ $r=0/147$ شدت رابطه متوسط می باشد و با توجه به علامت منفی احساس محرومیت نسبی جهت رابطه غیرمستقیم می باشد؛ یعنی با افزایش احساس محرومیت نسبی، کیفیت زندگی کاهش می یابد و بالعکس. با توجه به علامت مثبت، جهت رابطه بین بهزیستی مادی، ارزش های رفاهی، درآمد خانواده قبل از کووید ۱۹، درآمد خانواده در دوران کووید ۱۹ و کیفیت زندگی مستقیم می باشد؛ یعنی با افزایش آنها، کیفیت زندگی هم افزایش می یابد و بالعکس.

جدول شماره (۹): آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن بین طبقه اجتماعی، کیفیت زندگی و

احساس محرومیت نسبی

طبقه اجتماعی			Correlations
n	sig	r	
۴۰۴	۰/۰۰۰	۰/۳۵۳	کیفیت زندگی
۴۰۴	۰/۰۰۰	-۰/۴۵۲	احساس محرومیت نسبی

با توجه به جدول ماتریس ضریب همبستگی اسپیرمن با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، سطح معناداری $sig=0/000$ ؛ یعنی با اطلاعات موجود $H1$ تأیید و $H0$ ابطال می گردد؛ به بیان دیگر بین طبقه اجتماعی، کیفیت زندگی و احساس محرومیت نسبی رابطه و همبستگی معناداری وجود دارد. با توجه به قدر مطلق ضریب همبستگی که برابر است با $r=0/353$ ؛ شدت رابطه متوسط می باشد و با توجه به علامت مثبت، جهت رابطه مستقیم می باشد؛ یعنی با افزایش طبقه اجتماعی، کیفیت زندگی هم افزایش می یابد و بالعکس. همچنین، با توجه به قدر مطلق ضریب همبستگی که برابر است با $r=0/452$ ؛ شدت رابطه قوی می باشد و با توجه به علامت منفی، جهت رابطه غیرمستقیم می باشد؛ یعنی با افزایش طبقه اجتماعی، احساس محرومیت نسبی کاهش می یابد و بالعکس.

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

Sig	df	T	فاصله اطمینان ۹۵٪		میانگین انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	کیفیت زندگی
			کرانه بالا	کرانه پایین				
۰/۰۰۰	۴۰	۱/۰۵۳	۱۹۱۰	۱۵۶۵۶	۱۲۶۰۵۱	۱۲۱۶	۱۲۳۸	
۰	۳	۱۴	۱۱۵۳۹۹۵	۸۷۰۷۵۶	۷۲۰۳۹	۱۴۴۷۹۷۱	۱۰۱۲۳۷ ۶	

اطلاعات 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 $\text{sig}=0/000$ ؛ یعنی با اطلاعات موجود فرضیه H_0 ابطال و فرضیه H_1 تأیید می‌گردد. به بیان دیگر درآمد خانواده در دوران کووید ۱۹ و قبل از آن تفاوت معناداری دارد. با توجه به میزان $t=14/053$ و با توجه به علامت آن که مثبت است یعنی درآمد خانواده در دوران قبل از کووید ۱۹ بیشتر از درآمد خانواده در دوران کووید ۱۹ است.

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

Sig	z	کیفیت زندگی
0/000	-7/235	

اطلاعات جدول فوق مربوط به سطح سنجش ترتیبی می‌باشد، که از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون کروسکال والیس، در فاصله اطمینان ۹۵ درصد سطح معناداری برابر است با $\text{sig}=0/000$ ؛ یعنی با اطلاعات موجود فرضیه H_0 ابطال و فرضیه H_1 تأیید می‌گردد. به بیان دیگر پس انداز خانواده در دوران کووید ۱۹ و قبل از آن تفاوت معناداری دارد. با توجه به میزان $z=7/235$ (آزمون ویلکاکسون) و با توجه به علامت آن که منفی است، یعنی پس انداز خانواده در دوران قبل از کووید ۱۹ بیشتر از پس انداز خانواده در دوران کووید ۱۹ است.

رگرسیون تک متغیره

به نظر می رسد 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 اینجا 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 پیش بینی شده

مدل	(مجذور ضریب تعیین R^2)	ضریب تعدیل یافته
۱	0/409	0/640

با توجه به نتایج جدول بالا، مقدار ضریب تبیین (R^2) به دست آمده برای تبیین کیفیت زندگی $R^2 = 0/409$ می باشد که این میزان در علوم انسانی نشان می دهد که متغیر وابسته به میزان بالا (قوی) توسط متغیر مستقل تبیین می شود. در واقع کیفیت زندگی به میزان $0/409$ توسط احساس محرومیت نسبی تبیین می شود.

جدول شماره (۱۳): نتایج آزمون ANOVA

سطح معناداری	میزان آزمون	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مدل
0/000	۲۷۹/۵۶۸	۱۰۷۴۶۸/۰۶۸	۱	۱۰۷۴۶۸/۰۶۸	ضریب رگرسیونی
		۳۸۴/۴۰۷	۴۰۲	۱۵۴۵۳۱/۸۱۳	پسماند
			۴۰۳	۲۶۱۹۹۹/۸۸۱	مجموع

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 مدل های پیش بینی شده

سطح معناداری	میزان آزمون t	ضرایب رگرسیونی استاندارد شده	ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده		مدل
		Beta	خطای استاندارد از میانگین	ضریب تأثیر B	
0/000	۱۷۹/۱۴۲		۱/۰۰۱	۱۷۹/۳۴۴	میزان ثابت
0/000	-۱۶/۷۲۰	-۰/۶۴۰	۰/۰۷۴	-۱/۲۳۰	احساس محرومیت نسبی

با توجه به سطح معناداری که برابر شده است با $sig = 0/000$ ، یعنی با اطلاعات موجود $H1$ تأیید شده و $H0$ ابطال می گردد؛ به بیان دیگر احساس محرومیت نسبی در کیفیت زندگی مؤثر است.

در این مدل با توجه به ضرایب رگرسیونی فوق، متغیر مستقل احساس محرومیت نسبی بر کیفیت زندگی تأثیر می گذارد که معادله خط رگرسیون به شرح ذیل می باشد:

$$Y = a + b_1 . x_1$$

$$Y = ۱۷۹/۳۴۴ - ۱/۲۳۰ . Y =$$

$$-۰/۶۴۰$$



مقدار ثابت برابر است با ۱۷۹/۳۴۴، ضریب تأثیر متغیر احساس محرومیت نسبی $-۱/۲۳۰$ ، به عبارت دیگر در ازای تغییر متغیر احساس محرومیت نسبی به میزان ضریب مربوطه، کیفیت زندگی 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 کیفیت زندگی هستیم (بونک، ۲۰۰۷). نتایج آمار توصیفی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اکثر افراد دارای کیفیت زندگی 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، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و بالعکس. که این یافته با نظریات (ریتزر^۲، ۱۳۹۱: ۴۲۳)، (کروزبی^۳، ۱۹۷۶: ۱۰۲)، (کریزبرگ^۴، ۱۹۷۳)، (اینگلهارت^۵، ۱۳۷۳: ۴۵)، (وینهوون^۶، ۱۹۹۵)، (ترنر^۷، ۱۳۷۳)، (سرچی، ۲۰۰۴: ۱۷۱)، (براون^۸ 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

وند (۱۳۹۰)، هزارجریبی و صفری شالی (۱۳۸۸)، غفاری و تاج الدین (۱۳۸۴)، ایکس آ و ژونما (۲۰۲۰)، لویستن و دیگران (۲۰۲۰)، دماکاکس و نون (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 انتظارات ارزشی 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 کیفیت زندگی می شود. در حالی که در تحقیق حاضر اثرگذاری مستقیم احساس محرومیت نسبی بر کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار دادیم. بنابراین یافته اصلی این پژوهش، می تواند در جهت اکمال نظریه های قبلی تلقی شود.

از آنجا که دسترسی به امکانات و منابع و فرصت‌های برابر زندگی، حق همه شهروندان می 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 افراد، علاوه بر اثرات فردی، عوارض اجتماعی هم به همراه دارد و به راحتی می تواند کیفیت زندگی 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 فرصت‌های 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

از جمله پیشنهادهایی 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 بصورت 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.

منابع

۱. ابراهیمی، مهدی (۱۳۹۳)، فقر درآمدی، فقر قابلیت و طرد اجتماعی: روند شناسی تحول مفاهیم در بررسی فقر و محرومیت، فصلنامه تأمین اجتماعی، دوره ۱۳، شماره ۴، پیاپی ۴۵، صص ۳۷-۶۰.
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 ۶۴-۲۹، 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، جانatan اچ (۱۳۷۳)، ساخت نظریه جامعه شناختی، (ترجمه: عبدالعلی لهسایی زاده)، شیراز، انتشارات نوید شیراز.

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.

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 ۱-۱۵، [10.22059/jhgr.2014.51267](https://doi.org/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، پیاپی ۳۹، صص ۱۰۶-۸۹.
۲۱. سازمان برنامه و بودجه (۱۳۷۸)، اولین گزارش ملی 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 تا ۸۳.
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.

۲۹. فندرسی، لیلا السادات، ادیسی، 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 Multiplesclerosis: Assessment of the Disability centrality model. Journal of rehabilitation, 1(73):25-36.
<http://journals.sbmu.ac.ir/ch/article/view/18745/1490>.

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

- Applied Social Psychology, Original Article,
DOI:org/10.1111/jasp.12652,citations:3.
58. Monjamed Z, Razavian F.(2007), [Barrasye tasire alaem va neshanehayeh bimari bar keifiath zendegye mobtalayan be Arthritis Rheumatoid morajeae konande be bimarestanhaye daneshgahe oloom pezheshkyye 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 on active 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.

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.