

## Sociological Study of the Effect of the Corona Epidemic on the Quality of Life of Women (a Case Study of Women in Tehran)

### ARTICLE INFO

**Article Type**  
Research Article

#### Aurhors

Fatemeh Rashidi<sup>1</sup>  
Majedeh Gholipour<sup>2\*</sup>  
Ali Rahmani Firzogh<sup>3</sup>  
Seyyede Akram Ashabi<sup>4</sup>

#### How to cite this article

Fatemeh Rashidi, Majedeh Gholipour, Ali Rahmani Firzogh, Seyyede Akram Ashabi, Sociological Study of the Effect of the Corona Epidemic on the Quality of Life of Women (a Case Study of Women in Tehran), Journal of Quran and Medicine. 2022;7(1):77-97.

1. PhD student, Department of Cultural Sociology, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran.
2. Assistant Professor, Sociology, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran (Corresponding Author).
3. Associate Professor, Department of Sociology, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Philosophy and Logic, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran.

#### \* Correspondence:

Address:  
Phone:  
Email: majedeh\_gholipour@yahoo.com

#### Article History

Received: 2021/10/01  
Accepted: 2022/01/08

### ABSTRACT

**Purpose:** With the spread of Corona and the emphasis on quarantine, we are witnessing the return to home and the phenomenon of "inevitable stay at home", which can be analyzed and investigated from different dimensions. What we were looking for in this research was to examine the quality of life of Tehrani married women in the conditions of the spread of the corona virus due to various social factors such as social support, the burden of family roles, marital satisfaction and the use of cyber space.

**Materials and methods:** In this research, the survey method is also used, and the data collection tool in this research is a questionnaire.

**Findings:** The findings in table (3) indicate that there is a significant relationship between marriage satisfaction and all dimensions of quality of life. In other words, with the increase in marriage satisfaction, physical health, mental health, social relations, environmental health and finally the quality of life of married women increases. The intensity of this correlation is moderate in physical health and poor mental health index (0.181 and 0.229) and in social relations and environmental health (0.521 and 0.459). Also, in the quality of life, the intensity of correlation (0.515) is at an average level;

**Conclusion:** Therefore, the hypothesis that satisfaction with marriage and quality of life have a meaningful relationship and with the increase of satisfaction with marriage of married women, their quality of life also improves, is confirmed.

**Keywords:** Corona, Sociological, Quality of Life, Women, Social Quality

## مقدمه

تاب آوری در شرایط بحران برای همه گروه‌های اجتماعی یکسان نیست و گروه‌های فرودست به لحاظ طبقاتی، جنسیتی و قومیتی و نژادی ممکن است بیشتر از دیگران آسیب ببینند. اگر آسیب‌پذیری این گروه‌ها به‌طور مجرد تحلیل شود، ممکن است سویه جنسیتی آسیب‌پذیری به خاطر برجستگی سویه‌های دیگر چون سن، طبقه و قومیت نادیده گرفته شود. این آسیب‌پذیری در زمان وقوع حوادث غیر مترقبه مثل سیل، زلزله و بلایای طبیعی مضاعف می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهند که حوادث غیرمترقبه (disaster) به‌واقع زندگی زنان و مردان را یکسان تغییر نمی‌دهند و معمولاً زنان آسیب بیشتری در خلل و بعد از این حوادث می‌بینند. در مطالعه فاجعه باید گستره‌ای جنسیتی تعریف کرد که نشان دهد جنسیت و فاجعه در کجا باهم پیوند متقابل دارند و تجربه زنان و مردان و تأثیری که از آن می‌گیرند تا چه حد متفاوت است. تحلیل روابط جنسیتی می‌تواند نشان دهد که آسیب‌پذیری افراد در جامعه به نسبت جنسیتشان متفاوت است و در روند بهبودی که طی می‌کنند مؤثر است. بخصوص در در کشورهای درحال توسعه که الگوی پایداری برای جلوگیری و مواجهه با فاجعه وجود ندارد این آسیب‌پذیری محسوس‌تر است. زنان به‌طور تاریخی از فرآیند امدادسانی حذف شده‌اند و نیازهای خاصشان در پیش‌فرض‌های طراحی مقابله با این حوادث نادیده مانده است. امدادسانی به‌طور عمده تا به حال با بیش مردانه و از زاویه دید مردانه شکل گرفته است. مطالعات سبک زندگی و کیفیت زندگی زنان در هنگام وقوع فاجعه و کنترل آن به محقق اجازه می‌دهد روابط نابرابر و تبعیض جنسیتی را در فهم و تحلیل دخیل کند و چارچوب اندیشه و چاره جویی برای فاجعه را از نو بسازند.

شیوع ویروس کرونا یکی از حوادث غیرمترقبه اخیر است که جامعه بشری را درگیر کرده است و به عقیده محققان این معضل جدید به صورت دموکراتیک عمل نمی‌کند و کور جنس نیست. دموکراتیک عمل نمی‌کند چون نابرابری‌های اجتماعی، میزان مواجهه با بیماری و دسترسی به امکانات تشخیص و درمان آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. و کورجنس نیست، چون پیامدهای منفی اجتماعی و اقتصادی متعددی برای زنان به دنبال داشته است. ویروس کرونا گذشته از آسیب جسمی و مرگ و میر، پیامدهای دیگری داشته که در این حوزه‌ها مشخصاً کورجنسیت نبوده و مانند بحران‌های دیگر پیامدهایی برای زنان به دنبال داشته که عموماً کمتر دیده شده یا برای حل شان چاره‌ای اندیشیده شده است. در دوره همه گیری کرونا ویروس اولاً نیازهای خاص زنان نادیده گرفته شد و برخی منابع بهداشتی که به خدمت رسانی به زنان اختصاص داشتند، حذف شدند، مثل خدمات مراکز بهداشت در حوزه مراقبت از زنان باردار و بهداشت باروری. که این موضوع ممکن است پیامدهای جدی از نظر عوارض مرتبط با بارداری و مرگ و میر مادران در

## فاطمه رشیدی

دانشجوی دکتری، گروه جامعه‌شناسی فرهنگی، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران.

## ماجده قلی پور\*

استادیار، جامعه‌شناسی، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران (نویسنده مسئول).

## علی رحمانی فیروزجاء

دانشیار، گروه جامعه‌شناسی، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران.

## سیده اکرم اصحابی

استادیار، گروه فلسفه و منطق، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران.

## چکیده

هدف: با شیوع کرونا و تأکید بر قرنطینه، شاهد بازگشت به خانه و پدیده‌های «خانه‌نشینی ناگزیر» هستیم که این موضوع از ابعاد مختلف قابل تحلیل و بررسی است. آنچه در این پژوهش به دنبال آن بودیم، بررسی کیفیت زندگی زنان متأهل تهرانی در شرایط شیوع ویروس کرونا به واسطه عوامل اجتماعی مختلفی چون حمایت اجتماعی، گرانباری نقش‌های خانوادگی، رضایت زناشویی و بهره‌مندی از فضای مجازی بود.

مواد و روش‌ها: در این تحقیق نیز از روش پیمایش استفاده می‌شود و همچنین ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق پرسشنامه است. یافته‌ها: یافته‌های مندرج در جدول (۳) حاکی از آن هستند که بین رضایت از ازدواج و تمامی ابعاد کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش رضایت از ازدواج سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیطی و در نهایت کیفیت زندگی زنان متأهل افزایش می‌یابد. شدت این همبستگی در شاخص سلامت جسمانی و سلامت روانی ضعیف (۰/۱۸۱ و ۰/۲۲۹) و در روابط اجتماعی و سلامت محیطی (۰/۴۵۹ و ۰/۵۲۱) متوسط است. همچنین در کیفیت زندگی نیز شدت همبستگی (۰/۵۱۵) و در سطحی متوسطی است؛

نتیجه‌گیری: بنابراین این فرضیه که رضایت از ازدواج و کیفیت زندگی رابطه معناداری دارند و با افزایش رضایت از ازدواج زنان متأهل کیفیت زندگی آنها نیز بهبود می‌یابد، تأیید می‌شود.

کلید واژه‌ها: کرونا، جامعه‌شناختی، کیفیت زندگی، زنان، کیفیت اجتماعی

پی داشته باشد. ثانیاً زنان در تصمیم‌گیری درباره این اپیدمی هیچ نقشی نداشته‌اند و کل تصمیم‌گیری بر عهده مردان و تحت مدیریت مردانه بود که همین می‌تواند یکی از علل نادیده گرفتن شرایط و نیازهای خاص طبقات و گروه‌های مختلف زنان باشد.

از آنجا که زنان (به خصوص در کشورهای کم‌درآمد) بیشتر در اقتصاد غیررسمی فعالیت می‌کنند، با شیوع بیماری کرونا و ویروس، بسیاری از زنان شغل شان را از دست دادند، زنانی که به شکل خوداشتغالی کار می‌کردند، بیکار شدند، و بسیاری از زنان هم که در بخش خصوصی کار می‌کردند، مشمول تعدیل نیرو یا اخراج شدند. علاوه بر این با فوت مردان خانواده‌های فقیر به علت کووید ۱۹، زنان بازمانده به جمع زنان سرپرست خانوار افزوده می‌شوند که برای تأمین معیشت با مشکلات مضاعف مواجه خواهند بود.

ایمانی جاجرمی تأثیر همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ را بر نظام اجتماعی مورد بررسی قرار داده است و می‌گوید که فاصله‌گذاری اجتماعی به خاطر همه‌گیری نظام اجتماعی موجود در جامعه را تغییر داده است و این تغییرات پیامدهای اجتماعی گسترده‌ای داشته که گروه‌هایی نظیر زنان، کودکان، مهاجران و صاحبان مشاغل خرده‌پا بیشترین آسیب را متحمل شده‌اند. در دوره همه‌گیری کرونا و ویروس نیز آنچه به آسیب‌پذیری بیشتر زنان می‌انجامد علاوه بر نابرابری جنسیتی، نابرابری طبقاتی و فقر است که امکان مقابله با بیماری و پیامدهای مختلف همه‌گیری را برای زنان فقیر کاهش می‌دهد. از این روست که در این تحقیق تجربه متفاوت زنان در برخورد با مشکلات حاصل از کرونا را مورد پرسش قرار می‌دهیم تا گروه‌های آسیب‌پذیر و راهکار مناسب برای مشکلات شان اندیشیده شود.

در حوزه خصوصی و محیط خانواده، کار خانگی زنان در دوره همه‌گیری کرونا و ویروس افزایش یافت که خود شامل وظایف متعدد و متنوع می‌شود. از افزایش کارهای معمول آشپزی و شستشو و رفت و روب، تا وظیفه ضدعفونی کردن وسایل و لوازم و اقلام خریداری شده تا مراقبت از کودکان و سالمندان و بیماران. با بسته شدن مدرسه‌ها و مهدکودک‌ها و ضرورت فاصله‌گذاری اجتماعی بار مراقبت و نگهداری از کودکان به تمامی بر دوش زنان افتاد که به ویژه زنان شاغل متحمل مشکلات بیشتری شدند. علاوه بر این زنان در دوره اپیدمی پرستار خانگی اعضای بیمار خانواده شان شدند که به کووید ۱۹ مبتلا شده اما در بیمارستان بستری نشده و قرنطینه و استراحت و مراقبت مراقبت خانگی برای شان تجویز شده بود. این نقش جدید علاوه بر افزایش کار زنان، آن‌ها را در معرض ابتلا به بیماری قرار می‌دهد. علاوه بر این استرس و نگرانی برای محافظت از اعضای خانواده در برابر بیماری هم وجود داشت.

موضوع دیگر خشونت مبتنی بر جنسیت علیه زنان است که در سراسر جهان و از جمله در ایران افزایش یافت و مشخص شد که زنان در روزهای قرنطینه آنهم در فقدان هر نوع حمایت و ملجأ و پناهگاهی بیشتر از پیش متحمل خشونت شده‌اند. شریفی و همکارانش (۱) با مطالعه اسناد موجود در سطح بین الملل اعلام می‌کنند که گزارش‌هایی مبنی بر افزایش نرخ خشونت خانگی در سراسر جهان در طی اپیدمی کووید ۱۹ وجود دارد. دلیل این امر

این است که مردم عادی در سراسر جهان موظف به ماندن در خانه هستند، بنابراین زنان و دختران در معرض خطر خشونت شریک زندگی، خشونت خانگی، کودک‌آزاری و انواع دیگر خشونت‌های جنسیتی قرار دارند. همچنین، قرنطینه طولانی مدت و استرس‌های اقتصادی و اجتماعی ناشی از بیماری کووید ۱۹ باعث افزایش تنش در خانه می‌شود، به طوری که خشونت در خانه ممکن است بدتر شود. درآمد ناکافی، اطلاعات ناکافی، بیکاری، خسارات مالی و کاهش حمایت اجتماعی بر احتمال خشونت خانگی می‌افزاید. کیت پاور (۲) ضمن اشاره به نادیده گرفته شدن اقتصاد مراقبت به این نکته اشاره می‌کند که درآمد اکثر خانواده‌ها بشدت تحت تأثیر چند عامل اصلی کاهش یافته است؛ یک به این دلیل که افراد اجازه حضور فیزیکی در محل کار را ندارند، دوم به این دلیل که بسیاری از خانواده‌ها در حال حاضر باید به تربیت و آموزش فرزندان خود بدون حمایت نهادهای آموزشی بپردازند و این امر باعث کاهش ساعات کار مزد و افزایش استرس می‌شود و نقش‌های مراقبتی عمدتاً بر عهده زنان است. در کل می‌توان گفت همه‌گیری کرونا از کیفیت زندگی زنان کاست.

کیفیت زندگی (quality of life) مفهومی است که دارای معانی گوناگون برای افراد و گروه‌های مختلف است. برخی آن را به عنوان بهزیستی اجتماعی، شادکامی، رضایتمندی، داشتن زندگی هدفمند، تحقق نیازها و یا عوامل عینی مانند رفاه و وضعیت سلامت دانسته‌اند. کیفیت زندگی مفهومی چند وجهی، ولی در عین حال قابل تعریف و سنجش با رهیافتی میان رشته‌ای است. کیفیت زندگی مفهومی است که به شدت متأثر از زمان و مکان است و مؤلفه‌های آن بر اساس ارزش‌های فردی و شرایط فرهنگی تعریف می‌شوند و شکی نیست که واقعیت‌ها و شرایط عینی جامعه و وضعیت مادی زندگی فرد نیز در آن نقش تعیین‌کننده دارد. کیفیت زندگی سازه‌ای عینی و ذهنی است اما جنبه ذهنی آن قویتر است.

بنا بر تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است. (۳) سازمان جهانی سلامت، برای سنجش کیفیت زندگی پرسشنامه استاندارد با عنوان WHOQOL-100 منتشر کرده است که چهار حیطه (سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و وضعیت محیط) شامل می‌شود و در کشورهای مختلف جهان اعتبار و روایی آن مورد سنجش قرار گرفته است. کریملو و همکاران (۴) پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه را بررسی نمودند.

در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، کیفیت زندگی اغلب از نظر چگونگی تأثیر یک بیماری خاص بر روی بیمار در سطح فردی مورد توجه قرار می‌گیرد. بیماری‌های مزمن که تهدیدکننده نیستند ولی با کاهش سلامت و توانایی فرد همراهند. هیچ و شیل کیفیت زندگی را به عنوان «توانایی بیمار برای لذت بردن از فعالیت‌های زندگی عادی» اندازه‌گیری می‌کنند زیرا کیفیت زندگی به شدت با سلامتی بدون رنج بردن از بیماری و درمان ارتباط دارد. (۱) بعضی تحقیقات

مانند تغذیه، خدمات بهداشتی، خدمات آموزشی و سرپناه» (۶) کیفیت زندگی انسان در اصل همان برآورده شدن نیازهای اساسی او است که همیشه مدنظر اندیشمندان و بزرگان بوده اما تا دوره معاصر به عنوان مقوله‌ای جداگانه و با نامی خاص مورد توجه قرار نگرفته بود. به اعتقاد اندیشمندان و صاحبزنان معاصر برخورداری از نیازهای اولیه و اساسی حق هر انسان و برآورده شدن آن برای افراد در یک جامعه نشانه برقراری عدالت اجتماعی و انسانی است.

### ۲-۱- تعاریف و مفاهیم کیفیت زندگی

«کیفیت زندگی» برای نخستین بار در کتاب «اقتصاد رفاه» توسط «آرتور سیسیل پیگو»<sup>۲</sup> اقتصاددان انگلیسی در ۱۹۳۰ مطرح شد که بیشتر به شاخص‌های مادی توجه داشت. در این کتاب، پیگو درباره حمایت دولت از قشرهای کم درآمد جامعه و تأثیر این حمایت بر آنها و همچنین بودجه ملی بحث میکند. آن زمان نظریه او شکست خورد و تا بعد از جنگ جهانی دوم به فراموشی سپرده شد. بعد از جنگ جهانی دوم دو حادثه مهم رخ داد. اولی مربوط به سازمان بهداشت جهانی بود. در این زمان سازمان بهداشت جهانی تعریف گسترده‌ای از سلامت ارائه کرد که در این تعریف سلامت شامل سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌شد. این اقدام سازمان بهداشت جهانی منجر به مذاکرات زیادی در مورد سلامت و چگونگی اندازه گیری آن شد. دومین رخداد مهم که بعد از جنگ جهانی دوم زمینه توجهات ویژه به کیفیت زندگی را فراهم آورد بحث بی‌عدالتی‌های وسیع در جوامع غربی بود. (۸)

در اواخر دهه ۱۹۵۰ با توجه به ابعاد غیرمادی آن موضوع کیفیت زندگی مجدداً توسط «جی.کی. گالبرایت»<sup>۳</sup> مطرح شد. به تدریج جنبش‌های اجتماعی، کیفیت زندگی را در کانون توجه خود قرار داده و مطالعات فراوانی در رشته‌های مختلف بر روی آن انجام شد، و ارزیابی کیفیت زندگی از طریق مجموعه متنوعی از معرف‌های اجتماعی از دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ آغاز شد که پاسخ به افزایش تقاضای جامعه برای کسب اطلاعات جهت حمایت از سیاست‌های اجتماعی فعال و کمیت‌پذیر کردن آن در راستای سنجش رفاه بشری بود. (۹)

و در اوایل دهه نود میلادی با افزوده شدن مؤلفه‌های جدید به حوزه توسعه نظیر سرمایه اجتماعی، همبستگی اجتماعی و... اولویت‌های توسعه تغییر کرد و با تأکید سازمان ملل، بهزیستی اجتماعی و کیفیت زندگی در رأس اهداف توسعه قرار گرفت که کاهش فقر و تخریب محیط زیست، افزایش بهداشت و طول عمر و به طور کلی ارتقاء کیفیت زندگی مهم‌ترین دستاوردهای برنامه‌های توسعه قلمداد شد. از آنجایی که کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و متکثر است شاید نتوان تعریف مطلق و یکدستی از آن داشت. این پدیده متأثر از عوامل مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، محیطی و به ویژه ساختارها و روابط جنسیتی است (۴) رومنی و همکارانش (۱۰) مجموعه استدلال‌هایی برای پاسخ به این پرسش ارائه می‌دهند که

در زمینه کرونا به وضعیت بیماران سرطانی، سالمندان، زنان باردار یا شیرده و... در دوره شیوع کرونا می‌پردازند اما در این تحقیق جنبه مراقبت بهداشتی کیفیت زندگی مدنظر ما نیست.

شیوع کرونا سلامت جسمی مردان و زنان را تهدید می‌کند و با عوامل استرس‌زا از سلامت روانی آنان می‌کاهد و از سوی دیگر شیوع کرونا و توصیه فاصله گذاری اجتماعی، ارتباطات بین فردی را با مشکل مواجه می‌کند. از این رو بر تاثیر شیوع کرونا بر کیفیت زندگی روزمره می‌پردازیم و در این زمینه زنان را به عنوان گروه هدف در نظر داریم. تعطیلی مدارس و در خانه ماندن کودکان در سن مدرسه و آموزش مجازی آن‌ها، روال زندگی خانوادگی و ساعات فراغت زنان متأهل دارای فرزند دبستانی را به طور کامل تغییر داد. شیوع کرونا و تعطیلی بسیاری از فعالیت‌ها از جمله باشگاه‌های ورزشی، مراکز خرید و... از دسترسی زنان به محیط شهری کاست که به نوبه خود از کیفیت زندگی زنان می‌کاهد (۵) و در این تحقیق قصد داریم بدانیم که چگونه شیوع ویروس کرونا کیفیت زندگی زنان را تغییر داد؟ زنان چگونه با تاثیر شیوع کرونا بر کیفیت زندگی خود مواجه می‌شوند؟ کدام عوامل اجتماعی به آنها امکان داده تا کمتر از تاثیر کرونا آسیب ببینند و تجربه زیسته آنها در دوران شیوع کرونا متفاوت از سایر زنان باشد؟

### اهداف تحقیق

هدف کلی: شناسایی ابعاد تغییر یافته کیفیت زندگی زنان شهر تهران

در شیوع کرونا

اهداف جزئی:

شناسایی تغییر کیفیت زندگی زنان در شیوع کرونا برحسب گرانباری نقش‌های خانوادگی

شناسایی تغییر کیفیت زندگی زنان در شیوع کرونا برحسب پایگاه اجتماعی

شناسایی تغییر کیفیت زندگی زنان در شیوع کرونا برحسب رضایت از ازدواج

شناسایی تغییر کیفیت زندگی زنان در شیوع کرونا برحسب شبکه حمایت اجتماعی

شناسایی تغییر کیفیت زندگی زنان در شیوع کرونا برحسب دسترسی به فضای مجازی

### کیفیت زندگی

کیفیت زندگی<sup>۱</sup> مفهوم جدیدی نیست. در فلسفه یونان، ارسطو در بحث از شادکامی بدان اشاره کرده است. در دوران جدید فیلسوفانی چون کیرکه گارد، ژان پل سارتر و دیگران به آن توجه داشته اند (۲) فریبا سیدان (۴) از قول استوارت می‌نویسد: «همه افراد دست کم حق برخورداری از یک زندگی مناسب را دارند. این هدف باید به سایر اهداف اولویت داشته باشد؛ یعنی بهره‌مندی از نیازهای اساسی شناخته شده‌ای که پیش‌نیاز سایر جنبه‌های زندگی هستند،

<sup>3</sup> j.k.galbraith

<sup>1</sup> Quality of Life

<sup>2</sup> a.c.pigou

توصیف ادراک افراد در مورد برخی از جنبه‌های زندگی‌شان نیز مدنظر قرار می‌گیرد. (۹)

ابعاد و شاخص‌های کیفیت زندگی با نگاهی به مفهوم کیفیت زندگی در سه دهه اخیر می‌توان گفت که در طول دهه ۱۹۸۰ مفهوم کیفیت زندگی به عنوان ادراک حسی و بر ساخته اجتماعی و موضوع وحدت بخش، شناخته می‌شد (۱۰). اما با آغاز دهه ۹۰ تعریف کیفیت زندگی گسترده‌تر و متفاوت شد. رابرت شالوک در مورد تعریف مفهوم کیفیت زندگی می‌گوید دهه ۱۹۹۰ با تلاش محققان و مدافعان برای پاسخ دادن به تعدادی از سوالات در مورد مفهوم‌سازی و اندازه‌گیری کیفیت زندگی آغاز شد. اصلی‌ترین این سوالات عبارت بود از:

- چگونه بهتر است شاخص‌های کیفیت زندگی را مفهوم کنیم؟
- آیا کیفیت زندگی یک موجود واحد یا یک مفهوم تعاملی چند بعدی است؟

- آیا کیفیت زندگی برای همه افراد یکسان است؟

- چه چیزی باید اندازه‌گیری شود؟

- چگونه کیفیت زندگی را اندازه‌گیری می‌کنیم؟

- چه استانداردهای روان‌سنجی نیاز به در نظر گرفتن؟

- چگونه بر چالش‌های اندازه‌گیری غلبه کنیم؟

با شروع این دهه، این سوالات به دلیل عمده تغییرات مفهومی قابل‌توجهی که در مورد نحوه مشاهده و ارزیابی کیفیت زندگی ایجاد شد، پاسخ‌های متنوع‌تری دریافت کردند. او پنج مورد از این تغییرات اصلی مفاهیم را این‌گونه عنوان می‌کند:

(الف) ماهیت چند بعدی کیفیت زندگی،

(ب) رضایت به عنوان معیار اصلی کیفیت زندگی،

(ج) ماهیت سلسله‌مراتبی کیفیت زندگی،

(د) استفاده از طرح‌های تحقیقاتی چند متغیره برای مطالعه روابط مهم کیفیت زندگی، و

(ه) استفاده از چندین روش برای ارزیابی کیفیت زندگی ادراک شده (۱۱)

کامنس نیز کیفیت زندگی را به عنوان یک مفهوم چند بعدی تعریف کرده است. به نظر او کیفیت زندگی شامل هفت حوزه زندگی می‌شود که هر کسی برحسب اهمیتی که هر حوزه برای او دارد آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد لذا این هفت حوزه از دید مردم و زن‌های مختلفی پیدا می‌کنند. این هفت حوزه که از آن به عنوان شاخص‌های کیفیت زندگی یاد می‌کند شامل موارد زیر است: بهزیستی جسمانی، بهداشت، بهره‌وری، صمیمیت، امنیت، اجتماع و بهزیستی عاطفی (۱۲)

وینهون (۲۰۰۰) می‌گوید یک کیفیت خوب زندگی لازم است چهار بعد داشته باشد:

- «قابلیت زیست محیط. این بعد شامل فرصت‌هایی است که محیط فراهم می‌کند و همچنین امکان برقراری روابط اجتماعی.

- ارزیابی شخصی، که شامل آگاهی و درک خصوصیات شخصی فرد و همچنین نقاط قوت و ضعف است.

چرا تعریف پذیرفته شده جهان‌شمولی برای کیفیت زندگی وجود ندارد که عبارتند از:

(الف) فرایندهای روانشناختی مرتبط با تجربه کیفیت زندگی را می‌توان از دریچه زبان‌ها و دهلزهای مفهومی مختلف توصیف و تفسیر کرد.

(ب) مفهوم کیفیت زندگی تا حد زیادی با ارزش‌های داور همراهِ است. (ج) مفهوم کیفیت زندگی متأثر از رشد درک انسانی و فرایندهای توسعه در طول زندگی افراد در اجتماع محلی و میزان تحت تأثیر قرار گرفتن این فرایندهای روانشناختی توسط عوامل محیطی و سیستم‌های ارزش فردی است. (۶)

ریف و سینگر (۱۹۸۸) کیفیت زندگی را شامل شش مولفه می‌دانستند:

۱- پذیرش خود، به معنای احترام به نفس بر اساس آگاهی از نقاط قوت و ضعف خود؛

۲- هدف داشتن در زندگی، مقاومت و پایداری در برابر سختی‌ها و رنج‌ها برای دستیابی به اهداف مدنظر؛

۳- رشد شخصی، به صورت شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعداد‌های خود و به دست آوردن توانایی‌های جدید که مستلزم روبه‌رو شدن با شرایط سخت و مشکلات است، حاصل می‌شود؛

۴- تسلط به محیط؛ یکی دیگر از مولفه‌های کیفیت زندگی تحت کنترل داشتن جهان پیرامون است. یعنی فرد باید بتواند تا حد زیادی بر زندگی و محیط اطراف خود تسلط داشته باشد؛

۵- خودمختاری؛ به این معنا که فرد بتواند بر اساس معیارها و عقاید خویش عمل و زندگی کند حتی اگر برخلاف عقاید و رسوم پذیرفته در جامعه باشد. (۵)

«کیفیت زندگی به معنای احساسی است که فرد نسبت به رفاه اجتماعی، عاطفی و جسمانی خود دارد. این احساس متأثر از این است که یک فرد در شرایط مختلف زندگی تا چه اندازه به خشنودی شخصی نایل شده است. به عبارت دیگر؛ کیفیت زندگی معادل توانایی فرد برای محقق ساختن برنامه‌ها یا طرح‌های موردنظرش است. در واقع کیفیت زندگی به این معنا است که انسان بتواند زندگی خود را هماهنگ با ارزش‌هایش سامان دهد» (۵) سازمان بهداشت جهانی نیز در دهه ۹۰ کیفیت زندگی را به عنوان درک فرد از موقعیت خود در زندگی در متن فرهنگ و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان تعریف می‌کند.

در پاره‌ای از نظریه‌ها کیفیت زندگی در دو سطح خرد (فردی-ذهنی) و کلان (اجتماعی-عینی) مورد بحث قرار می‌گیرد. اشتغال، درآمد، مسکن، آموزش و پرورش و سایر شرایط زندگی و محیطی در سطح کلان مدنظر قرار می‌گیرد و ادراکات کلی کیفیت زندگی، خوشبختی، رضایت از زندگی، تجارب و ارزش‌های فردی در سطح خرد مطرح می‌شود. لازم به ذکر است که در برخی از مباحث نظری مبتنی بر سطح عینی کیفیت زندگی، مفهوم «رفاه» به عنوان معادل آن بکار می‌رود که بیشتر در مجامع علمی آمریکایی متداول است و بر این اساس مجموعه‌ای از شاخص‌های رفاه اجتماعی را دربرمی‌گیرد. البته باید در نظر داشت که در تبیین مفهوم رفاه،

از فامیل و میزان ملاقات‌های منظم با دوستان و همسایگان شاخص‌های این مولفه هستند.

رویکرد دیالکتیک دموکراتیک برنارد<sup>۱</sup>

مدل برنارد (۱۹۹۹) با بحثی انتقادی از همبستگی اجتماعی<sup>۲</sup> آغاز می‌شود. چهارچوب مورد استفاده او مبتنی بر شعار انقلاب فرانسه است با این تفاوت که «انسجام»<sup>۳</sup> را جایگزین «برادری» می‌کند. در نظریه او سه عامل آزادی، برابری و انسجام، لازمه دموکراسی هستند و برهم کنش متقابل میان آنها، فضایی دیالکتیکی را برای دموکراسی ایجاد می‌کند. روشن است که یک جامعه بدون آزادی تحت اجبار و زور قرار دارد. اما آزادی بیش از حد نیز می‌تواند منجر به قطبی‌شدن، بی‌نظمی، تجزیه اجتماعی و در نهایت به بی‌مسئولیتی کامل شهروندان منجر گردد. ضرورت برابری در مقابل قوانین و برابری در دستیابی به فرصت‌ها در هر جامعه دموکراتیکی نیز غیرقابل بحث است. از این رو کاهش نابرابری‌های ثروت و درآمد و تلاش در راستای برابری در دستاوردها و موقعیت‌ها ممکن است نه تنها منجر به یکنواختی و از بین رفتن تنوع در جامعه شود بلکه تقابلی را نیز با آزادی ایجاد کند. انسجام نیز در نگاه اول برای بقای هر گروه و جماعتی ضروری است اما احساس همبستگی شدید می‌تواند منجر به کاهش آزادی‌ها و ایجاد زمینه برای سلطه گردد. بر این اساس اهداف سه‌گانه آزادی برابری و انسجام در صورت‌بندی برنارد عواملی هستند که باید در راستای بهینه‌سازی آنها تلاش کرد نه بیشینه کردن آنها چراکه میزان بیش از اندازه هر کدام از آنها می‌تواند منجر به آسیب‌زدن به ساختار جامعه دموکراتیک شود. او استدلال می‌کند که این اهداف نمی‌توانند به تنهایی و جدای از یکدیگر بهینه شوند. آزادی نیازمند آن است تا با خمیرمایه‌ای از احساس همبستگی اجتماعی و محترم‌شمردن حقوق و نیازهای دیگران آمیخته شود. همچنین هرگونه انسجامی که برابری‌خواه نباشد سودجویانه است و انسجام بدون آزادی نیز همچون برابری بدون آزادی حقوق فردی انسان را نادیده می‌گیرد و تأکید بر برابری بی‌توجه به انسجام، امتیزه‌شدن جامعه را در پی دارد (غفاری و امید، ۱۳۸۸: ۴۵). از نظر برنارد همبستگی اجتماعی در کانون رویکرد دیالکتیک دموکراتیک قرار دارد. براساس نگرش وی، ادغام و برابری اجتماعی در حوزه اقتصادی، مشروعیت و مشارکت در حوزه سیاسی و تأیید و تعلق در حوزه اجتماعی/ فرهنگی از عوامل اساسی در ارتقای کیفیت زندگی اجتماعی است (۸)

۲- کیفیت فراگیر زندگی برگر- اشمیت و نول<sup>۴</sup>

در این چارچوب عوامل کیفیت اجتماعی همچون برابری، انصاف، آزادی، امنیت و انسجام بیش از عوامل فردی اهمیت دارد. آنها در سطح فردی میان جنبه‌های شناختی و عاطفی رفاه ذهنی و میان ابزار منابع و ظرفیت‌ها و اهداف یا دستاوردهای شرایط زندگی رفاه عینی

-منفعت خارجی. کیفیت زندگی همچنین به این موضوع بستگی دارد که فرد هدف زندگی یا اهداف خود را دارد و یا ارزش‌های بالاتر را دنبال می‌کند.

"-قدردانی درونی" از کیفیت زندگی. هر فردی ضمن مقایسه تجربه به دست آمده و انتظارات از زندگی، کیفیت زندگی خود را به طور ذهنی ارزیابی می‌کند.

طبق نظر هاس (۱۹۹۹)، کیفیت زندگی را می‌توان با پنج معیار زیر به طور دقیق تعریف کرد (۱۳): کیفیت زندگی ارزیابی شرایط فعلی (اینجا و اکنون) زندگی یک فرد است. کیفیت زندگی در ذات خود (محتوای آن) چند وجهی است. کیفیت زندگی بر اساس ارزشهای فردی انسانها متغیر است. کیفیت زندگی شامل شاخص‌های عینی و همچنین ارزیابی‌های ذهنی است. کیفیت زندگی را می‌توان با دقت بیشتری توسط افرادی ارزیابی کرد که توانایی انجام ارزیابی ذهنی خودشان را دارند.

کیفیت زندگی یکی از شاخص‌های توسعه اجتماعی نیز هست. شاخص کیفیت زندگی می‌بایست طراحان سیاست‌های عمومی را برای ارزیابی و توسعه برنامه‌ها در سطح فردی، خانواده، اجتماعی، ملی و بین‌المللی کمک کند. چهار مولفه اصلی سنجش کیفیت زندگی عبارتند از مولفه امنیت اقتصادی - اجتماعی، همبستگی اجتماعی - ادغام اجتماعی و توانمندسازی اجتماعی. هر کدام از این مولفه‌ها، زیر حوزه و شاخص‌های مختلفی (۹۵ شاخص) تعریف شده است که مطالعه فراگیر کیفیت زندگی را میسر می‌کند. الف) مولفه امنیت اقتصادی و اجتماعی. این مولفه در قالب پنج حوزه منابع مالی (کفایت درآمدی و تأمین درآمد)، مسکن و محیط (تأمین مسکن، شرایط مسکن، شرایط محیط)، بهداشت و درمان (تأمین خدمات بهداشتی، خدمات درمانی، خدمات مراقبتی)، شغل (امنیت شغلی، شرایط کار) و آموزش (تأمین آموزش، کیفیت آموزش) تعریف شده است (۱۰).

ب) مولفه همبستگی اجتماعی: این مولفه بیشتر ابعاد ارتباطی را پوشش می‌دهد که چهار حوزه اعتماد (شامل اعتماد عمومی و اعتماد اجتماعی)، هنجارها و ارزش‌ها (شامل نوع‌دوستی، تساهل، قرارداد اجتماعی با شاخص تقسیم کار خانگی)/ شبکه‌های اجتماعی (دو شاخص میزان حمایت دریافتی از خانواده، همسایگان و دوستان و تعداد ملاقات‌ها با دوستان و همکاران ذیل این مولفه قرار دارند) و هویت (هویت ملی، هویت محلی، هویت بین فردی با شاخص احساس تعلق به خانواده و شبکه خویشاوندی در ذیل این مقوله تعریف می‌شوند) (غفاری و امید، ۱۳۸۸: ۷۳-۷۴).

ج) مولفه ادغام اجتماعی: این مولفه با ترکیب حوزه حقوق شهروندی (شامل حقوق اساسی، حقوق اجتماعی، حقوق مدنی و مشارکت سیاسی) با برخی از عناصر کار (دسترسی به مشاغل دستمزدی و خدمات) و شبکه‌های اجتماعی ترکیب شده است. میزان احساس تنهایی و انزوا و کمک غیررسمی (دوستانه/ غیر پولی) دریافت‌شده

<sup>4</sup> Berger-Schmitt and Nolls Overarching Quality of Life

<sup>1</sup> Bernards democratic dialectic

<sup>2</sup> social cohesion

<sup>3</sup> solidarity

جامعه‌شناسی، علوم سیاسی، حقوق و اقتصاد مطرح گردید و به سرعت توسعه یافت» (فیلیپس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶: ۱۷۶) و امروزه شاید به لحاظ تئوریک و عملیاتی، مهمترین سازه کیفیت زندگی اجتماعی باشد. این رویکرد شاید (۶) به دلیل وجود دو هدف مشترک یعنی بهبود همبستگی اجتماعی و مبارزه با مطرودیت اجتماعی، شباهت‌های زیادی با رویکرد کیفیت فراگیر زندگی دارد. هر دو رویکرد از یک صورت‌بندی برابری‌طلبانه حمایت می‌کنند، کاهش نابرابری‌ها هسته‌ی اصلی نگرش این دو رویکرد به کیفیت زندگی است و هر دو معطوف به نوعی سیاستگذاری اجتماعی هستند که در راستای تحقق عدالت اجتماعی تلاش دارد (۱۰)

کیفیت اجتماعی که از سوی شهروندان تجربه می‌شود مبتنی بر شرایط زیر است:

- ۱- درجه تأمین اجتماعی - اقتصادی
  - ۲- دامنه ادغام (شمولیت) اجتماعی (۱۲)
  - ۳- دوام و شدت همبستگی و انسجام اجتماعی بین نسل‌ها
  - ۴- سطح خودمختاری و توانمندسازی شهروندان» (۲)
- تأمین اجتماعی - اقتصادی دامنه‌ای است که در آن افراد از منابع کافی برخوردارند که این امر به دستاوردهای اقدامات حمایتی جامعه، نظام‌ها و مؤسسات اجتماعی به عنوان زمینه‌هایی برای اجرای فرایند خود-تحقیقی افراد بستگی دارد. بر این اساس، می‌توان دو جنبه را برای تأمین اجتماعی - اقتصادی در نظر گرفت؛ یکی تمامی اقدامات رفاهی که نیازهای اساسی شهروندان (درآمد، حمایت اجتماعی و بهداشت)، امنیت اساسی زندگی روزانه (امنیت غذایی، مسائل محیط زیست، امنیت کاری) و آزادی درونی، تأمین و عدالت اجتماعی را تضمین می‌کند و دیگری افزایش شانس‌های زندگی افراد شامل توسعه‌ی قلمرو انتخاب افراد. به طور کلی ابعاد تأمین اجتماعی - اقتصادی عبارت است از منابع مالی، مسکن و محیط زیست، بهداشت و مراقبت‌های درمانی، کار و آموزش. عامل دوم یعنی ادغام اجتماعی دامنه‌ای است که افراد قادرند به نهادها و روابط اجتماعی دسترسی داشته باشند. این امر به مشارکت و فرایند ادغام در هویت‌های جمعی و واقعیت‌هایی که خود-تحقیقی را تعیین می‌کنند، مربوط می‌شود. ادغام اجتماعی با اصول برابری و انصاف علل ساختاری آنها ارتباط دارد و دغدغه اصلی آن در واقع عنصر شهروندی است که در حوزه‌های حقوق شهروندی، بازار کار، خدمات خصوصی و عمومی و شبکه‌های اجتماعی مشارکت داوطلبانه دارد. همبستگی اجتماعی نیز ویژگی‌ای است مبتنی بر هویت‌ها، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک که از یک سو با انسجام به عنوان پایه‌ای برای هویت‌های جمعی ارتباط دارد و از سوی دیگر با فرایندی که شبکه‌های اجتماعی و زیرساخت‌های اجتماعی این شبکه‌ها را ایجاد و پشتیبانی می‌کند در ارتباط است. همبستگی اجتماعی حوزه‌هایی همچون اعتماد، ارزش‌ها و هنجارهای (۱۲) همگانی، شبکه‌های اجتماعی و هویت را در بر می‌گیرد. توانمندسازی اجتماعی به عنوان عامل چهارم محدوده‌ای است که در آن قابلیت‌های شخصی افراد و توانایی فعالیت آنها از طریق روابط

تمایز قائل می‌شوند همچنین در سطح اجتماعی دو سازه اصلی کیفیت زندگی را همبستگی اجتماعی و تداوم‌پذیری " میدانند" (۱۰). در این مدل، همبستگی اجتماعی دارای دو عنصر است؛ یکی کاهش تفاوت‌ها و نابرابری‌ها و دیگری تقویت پیوندها، شبکه‌ها و روابط اجتماعی، افزایش احساس تعلق به جماعت و پیوند با آن بر اساس ارزش‌های مشترک، هویت جمعی و اعتماد میان اعضا. از این منظر همبستگی اجتماعی با اصول دوگانه برابری و انسجام پیوند می‌خورد به عبارت دیگر مفهوم همبستگی اجتماعی در این مدل بر دو بُعد استوار است؛ «بُعد نابرابری که بر افزایش برابری فرصت‌ها و کاهش نابرابری‌ها و شکاف‌های درون یک جامعه تمرکز دارد. این بُعد همچنین جنبه مطرودیت اجتماعی را در بر می‌گیرد. بُعد دوم سرمایه اجتماعی است که بر هدف تقویت روابط اجتماعی و روابط متقابل تأکید می‌کند» (۱۱)

در راستای استفاده از مدل به عنوان ابزار سیاستگذاری اجتماعی، نول (۲۰۰۲) آن را به سه سیاست عمده به شرح زیر تفکیک می‌کند:

- ۱- بهبود شرایط و کیفیت زندگی شامل اشتغال، آموزش، استاندارد زندگی، بهداشت، تأمین و حمایت اجتماعی، امنیت عمومی، حمل و نقل و محیط زیست.
  - ۲- تقویت همبستگی اقتصادی و اجتماعی شامل الف) کاهش نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی میان گروه‌های اجتماعی و مناطق؛ کاهش سطح توسعه‌نیافتگی مناطق کمتر برخوردار، فرصت‌های برابر برای زنان و افراد ناتوان و مبارزه با مطرودیت اجتماعی و ب) تقویت روابط میان مردم و مناطق؛ بهبود حمل و نقل، تقویت انسجام میان مردم، ترغیب همبستگی، تقویت هویت، تشویق تغییرات فرهنگی، آموزشی و شغلی. (۵)
  - ۳- تداوم‌پذیری شامل تشویق مصرف کارآمدتر انرژی و منابع، حمایت از تکنولوژی‌های پاک، افزایش سهم منابع تجدیدناپذیر انرژی و حمایت از تحرک پایدار (۶)
- آن گونه که مطرح گردید همبستگی اجتماعی عنصر محوری در این رویکرد به شمار می‌آید که در هر بُعد، مجموعه‌ای از زیرحوزه‌ها و شاخص‌ها را در بر می‌گیرد که در سیاستگذاری‌ها و همچنین سنجش دستاوردها مورد استفاده قرار می‌گیرند. همبستگی به عنوان هسته مرکزی این رویکرد بر دو هدف استوار است؛ کاهش تفاوت‌ها و نابرابری‌ها و تقویت سرمایه اجتماعی در جامعه که نول (۲۰۰۲) زیرحوزه‌های آن را در قالب ۱۴ بُعد جمعیت، خانوار و خانواده، مسکن، حمل و نقل، اوقات فراغت، رسانه و فرهنگ، مشارکت و انسجام اجتماعی و سیاسی، آموزش و مهارت‌آموزی، بازار کار و شرایط شغلی، درآمد، استاندارد زندگی و الگوهای مصرف، سلامتی و بهداشت، محیط زیست، تأمین اجتماعی، امنیت عمومی و وضعیت کلی زندگی به صورت زیر دسته‌بندی می‌کند (۶).

#### کیفیت اجتماعی

«رویکرد کیفیت اجتماعی در سال ۱۹۹۷ در بیانیه آمستردام از سوی ۷۴ نفر از آکادمیسین‌های حوزه‌های سیاستگذاری اجتماعی،

<sup>1</sup> Noll

<sup>2</sup> phillips

زمانی می‌تواند مدعی باشد که شاخص‌های کیفیت زندگی در آن به تعادل رعایت می‌شوند که تمام گروه‌های مختلف اجتماعی از جمله زنان بطور عادلانه و برابر از این امکان بهره‌مند شوند. همانطور که پیشتر نیز گفته شد، کیفیت بالای زندگی در یک جامعه زمانی رقم می‌خورد که تمام گروه‌ها و افراد جامعه دسترسی یکسانی به منابع اجتماعی و اقتصادی داشته باشند و برابر باشند؛ از جمله زنان. نابرابری و عدم عدالت در دسترسی به منابع و حقوق انسانی پررنگ‌ترین مشکل زنان بوده و هست. دلار و گاتی نابرابری جنسیتی را در چهار دسته نام می‌برند:

۱. دسترسی و موفقیت در آموزش و پرورش (به ویژه متوسطه)؛
  ۲. بهبود در سلامتی (که با امید به زندگی تفکیک شده از نظر جنسیت اندازه گیری می‌شود)؛
  ۳. شاخص‌های برابری حقوقی و اقتصادی زنان در جامعه و ازدواج؛ و
  ۴. اقدامات توانمندسازی زنان (درصد زنان در پارلمان، سالی که زنان حق رأی را به دست آوردند).
- افزایش کیفیت زندگی زنان به گفته سیدان (۱۳۹۷) در گروهی تأمین همین نیازهای اساسی و انسانی آنان و فرصت‌های اقتصادی، اجتماعی و آموزش‌های پایه است. یونسکو در گزارش ۲۰۰۳ خود نیازهای زنان را به دو دسته استراتژیک و عملی تقسیم می‌کند. نیازهای استراتژیک با شرایط اقتصادی و اجتماعی زنان مرتبط هستند. توجه به این نیازها به معنای آن است که زنان و مردان در امکان کنترل و دستیابی منابع ارزشمند اجتماعی-اقتصادی و کنترل قدرت برابر باشند. این پدیده شامل امکان قانون‌گذاری در حوزه دستیابی به حقوق برابر، داشتن حق بارداری، افزایش مشارکت اجتماعی و سیاسی برای زنان است. نیازهای عملی از شرایط واقعی و عینی زنان در تقسیم کار جنسیتی می‌گوید. نیازهایی که از وظایف سنتی زنان می‌گوید که باید مرتفع شوند. پاسخ به این نیازها می‌تواند جایگاه زنان را در دنیای بیرون از خانه بهبود ببخشد و کیفیت زندگی زنان را افزایش دهد. (۵)

مجمع جهانی اقتصاد هر ساله روند پیشرفت جهانی در زمینه تحقق برابری جنسیتی را در چهار حوزه دستاوردهای آموزشی، سلامت و بقاء، فرصت و مشارکت اقتصادی و توانمندسازی سیاسی در کشورهای جهان را مورد بررسی قرار می‌دهد. بررسی وضعیت شاخص‌های ایران در گزارش سال ۲۰۲۱ نشان می‌دهد که ایران از نظر برابری فرصت‌ها میان زنان و مردان یکی از بدترین کارنامه‌ها و رتبه ۱۵۰ (بین ۱۵۶ کشور) را داراست. تنها کشورهای کنگو، سوریه، پاکستان، عراق، یمن و افغانستان نسبت به ایران رتبه پایین‌تری دارند. با آنکه ایران از نظر توسعه یافتگی در رده کشورهای متوسط جهان است اما نسبت به کشورهای دیگر که سطح اقتصادی پایین‌تری دارند نابرابری جنسیتی بیشتری دارد. نسبت به سال ۲۰۰۶ (اولین گزارش شکاف جنسیتی) که ایران رتبه ۱۰۸ را به دست آورده بود نه تنها پیشرفتی حاصل نشده که در بعضی شاخص‌ها از جمله سلامت و آموزش اندکی پسرفت داشته است. علیرغم رتبه خوب ایران در پیشگیری از مرگ نوزادان و مراقبت بارداری، به دلیل پایین‌تر بودن

اجتماعی ارتقاء می‌یابد. توانمندسازی اجتماعی در واقع عبارت است از تحقق قابلیت‌ها و شایستگی‌های انسان در خصوص مشارکت کامل در فرایندهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی. یک جامعه با کیفیت بالا جایی است که در آن شهروندان می‌بایست به سطح قابل قبولی از تأمین اقتصادی و ادغام اجتماعی و زندگی در جماعات منسجم که به آنها امکان تحقق کامل توانایی‌هایشان را می‌دهد، دست یابند (۶)

#### کیفیت زندگی شهری

رشد شهری در قرن بیستم سهم جمعیت شهرنشین را به شدت افزایش داد و شهرنشینی را به شیوهی غالب زندگی تبدیل کرد. اگرچه شهر و شهرنشینی خود یکی از مهم‌ترین شاخص‌های رفاه و توسعهی اجتماعی و اقتصادی محسوب می‌شود، اما رشد شتابان آن می‌تواند سرانهی کیفیت زندگی در عرصه‌های مختلف شهری نمایان شود. بنابراین مقولهی رضایت از کیفیت زندگی شهری از جمله نخستین محورهای مطالعاتی بود که همراه با رشد شهری، مورد توجه متخصصان مسائل شهری قرار گرفت (۱)

به طور کلی هدف از مطرح کردن مفهوم کیفیت زندگی شهری، اصلاح و تکامل مفهوم «توسعه» از توسعه صرفاً کمی، به توسعه پایدار شهری بوده است. مطالعات نخستین در مورد کیفیت زندگی شهری در شهرها و کشورهای توسعه‌یافته، در حال توسعه و در حال صنعتی شدن جدید، از دهه ۱۹۷۰ به بعد مورد توجه جدی قرار گرفته است (کوکبی و همکاران، ۱۳۸۴). به این معنا شهر پایدار شهری است که نه تنها از لحاظ سازه و محیط زیست کیفیت بالای داشته باشد بلکه کیفیت زندگی اجتماعی ساکنین‌اش، از جمله رفاه، آسایش و تفریح و آموزش، نیز میزان مطلوبی داشته باشد. کیفیت زندگی شهری دربرگیرندهی ابعادی روانی است که شاخص‌هایی همچون رضایت، شادمانی و امنیت را در برمی‌گیرد. در برخی موارد، رضایت اجتماعی نیز نامیده می‌شود. همچنین ابعادی محیطی که در برگرفته‌ی سنجه‌هایی همچون مسکن، دسترسی به خدمات و امنیت محیطی است (۱)

خووزاس روسویویوس (۲۰۱۴) معتقد است همان‌طور که کیفیت زندگی یک فرد (شخص) را می‌توان ارزیابی کرد، کیفیت زندگی و کیفیت زیست محیطی جوامع، شهرها، کشورها یا کل مناطق قابل سنجش هستند. به منظور ارزیابی و مقایسه کیفیت زندگی مردم در کشورهای مختلف، از شاخص‌های عمومی استفاده شده است که جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی-فرهنگی، محیط سیاسی، خدمات مراقبت‌های بهداشتی، آموزشی، حمل و نقل، بخش دولتی و همچنین عرضه محصولات و خدمات را ارزیابی می‌کند. جنبه‌های شرایط طبیعی. این کیفیت زندگی با توجه به شاخص اصلی در جهان شناسایی می‌شود. آنها با توجه به اهمیت رتبه بندی می‌شوند: (۱) رفاه مادی (طبق تولید ناخالص ملی)؛ (۲) سلامتی؛ (۳) ثبات و ایمنی سیاسی؛ (۴) زندگی خانوادگی؛ (۵) زندگی اجتماعی؛ (۶) آب و هوا و موقعیت جغرافیایی؛ (۷) اشتغال؛ (۸) آزادی سیاسی؛ (۹) آزادی جنسیت.

اکنون که با مفهوم کیفیت زندگی به طور کلی آشنا شدیم باید این مهم را به قول آمارتیا سن (۱۹۹۳) در نظر داشته باشیم یک جامعه

استرس و کمتر شدن کارایی آنها شد. همه‌گیری کووید-۱۹ با تشدید تفاوت‌های جنسیتی به ضرر زنان و دختران به ویژه در حوزه آموزش و اشتغال تمام شده است. از طرفی زنان با افزایش خشونت‌های خانگی و چالش‌های بهداشتی روبرو هستند.

#### نقش‌های اجتماعی زنان

خانواده، یک نهاد اجتماعی است و مانند سایر نهادهای اجتماعی مجموعه‌ای از نقش‌های اجتماعی و روابط بین آنها را دربرمی‌گیرد. چارلز هورتون کولی و هربرت مید در اوایل قرن بیستم، مفهوم نقش را تعریف کردند که توسعه پیدا کرده است و در دانش روان‌شناسی و جامعه‌شناسی مورد استفاده قرار گرفته است. کوئن می‌نویسد: نقش به رفتاری اطلاق می‌شود که دیگران از فردی که پایگاه معینی را احراز کرده است، انتظار دارند. نقش‌های مناسب، به صورت بخشی از فرایند اجتماعی شدن به فرد آموخته می‌شوند و سپس او آنها را می‌پذیرد (۸). از نظر لیتون، نقش شامل نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتاری است که از سوی جامعه به فرد یا افرادی که این پایگاه را اشغال می‌کنند، داده می‌شود (۹).

در همهٔ جوامع، امور معینی را به عنوان معیار برای نسبت دادن پایگاه در نظر می‌گیرند. به نظر می‌رسد تقسیم و انتساب پایگاه‌ها در ارتباط با جنسیت، معیاری پایه‌ای در همهٔ نظام‌های اجتماعی است. تقریباً در همه فرهنگ‌ها، مسئولیت اصلی زنان، مراقبت از کودکان و کارهای خانگی است، در حالی که مسئولیت مردان تأمین معاش خانواده است (۹). جامعه‌شناسان کارکردگرا تأکید می‌کنند که با پیدایش صنعتی شدن، خانواده اهمیت خود را در مقام واحد تولید اقتصادی از دست داد و بیش‌تر روی تولید مثل، پرورش و اجتماعی شدن کودکان متمرکز شد. پارسونز، خانوادهٔ هسته‌ای را مناسب‌ترین و کارآمدترین نوع خانواده برای پاسخ‌گویی به نیازهای جامعهٔ صنعتی می‌داند. در «خانوادهٔ عرفی» یکی از بزرگسالان می‌توانست بیرون خانه کار کند و دومی مراقب خانه و کودکان باشد. در عمل، این تخصصی‌شدن نقش‌ها در خانوادهٔ هسته‌ای مستلزم این بود که شوهر به عنوان نان‌آور خانواده، نقش «ابزاری» را برعهده بگیرد و زن در داخل خانه، نقش «احساسی» و عاطفی را ایفاء کند (همان: ۲۵۵).

تفاوت در منزلت، قدرت و حیثیت زنان و مردان در گروه‌ها و جوامع را به عنوان نابرابری جنسیتی تعریف می‌کنند. دیدگاه‌های نظری متعددی طرح شدند تا نابرابری جنسیتی و سلطه پابرجای مردان بر زنان را تبیین کنند. دو دیدگاه کلی در این زمینه وجود دارد: در دیدگاه اول، تفاوت میان زن و مرد امری برخاسته از جهان «طبیعی» است. در دیدگاه دوم جنسیت و تصور از بدن، برساختی اجتماعی است. نویسندگانی مانند پیتر مرداک و پارسونز که به مکتب فکری «تفاوت‌های طبیعی» تعلق دارند، معتقدند عوامل بیولوژیک در شکل دادن به نگرش‌ها و نقش‌های جنسیتی زن و مرد در جامعه بسیار مؤثرند. این رویکرد به قدرت جسمانی بیش‌تر مردان نسبت به زنان به عنوان نمونه‌ای از عوامل بیولوژیک اشاره می‌کند و پیامد آن مناسب بودن مردان برای انجام کارهای سخت مانند شکار و کارگری است. در مقابل، زنان، کودکان را به دنیا می‌آورند و با احساس‌تر از مردان‌اند. پس علاقهٔ ذاتی به پرورش و

امید به زندگی زنان از میانگین جهانی در شاخص سلامت و بقا رتبه ۱۲۹ را داراست

ایران از نظر شاخص آموزش رتبه ۱۱۹ را دارد، از نظر نرخ باسوادی زنان نسبت به مردان رتبه ۱۱۳ و در دسترسی دختران به تحصیلات ابتدایی و متوسطه به ترتیب به رتبه ۱۱۰ و ۱۱۷ دست یافته است. از نظر تحصیلات دانشگاهی نیز رتبه ۱۱۵ را کسب کرده است. در مولفه‌های آموزشی بهترین وضعیت، مربوط به نرخ تحصیلات ابتدایی و متوسطه دختران است که اندکی بالاتر از میانگین جهانی است اما نابرابری در انتخاب رشته‌های تحصیلی دانشگاهی و مقطع دکترا پابرجاست و کمتر از میانگین جهانی.

مولفه مشارکت سیاسی شکاف جنسیتی در بالاترین سطوح تصمیم‌گیری سیاسی را از طریق بررسی نسبت زنان به مردان در مؤلفه‌های موقعیت وزارتی، جایگاه پارلمانی و سنوات در اختیار داشتن مهم‌ترین مقام اجرایی در پنجاه سال گذشته، تعیین می‌کند. ایران در مولفه مشارکت سیاسی زنان ضعیف و پایین‌تر از میانگین جهانی است و رتبه کلی ۱۵۱ را کسب کرده است.

شاخص مشارکت اقتصادی زنان در ایران نگران‌کننده‌ترین شاخص است. نرخ اشتغال زنان یکی از پایین‌ترین نرخ‌ها در میان کشورهای جهان با رتبه ۱۵۲ است. زنان ایرانی در کسب مناصب مدیریتی رتبه ۱۲۳ و کسب مشاغل تخصصی رتبه ۱۲۱ را دارند، در ایران مالکیت زمین و شرکت‌های تجاری توسط زنان بسیار ناچیز است. در حالی که نرخ اشتغال زنان در کشورهای توسعه یافته بالای پنجاه درصد است (نرخ اشتغال زنان در ترکیه ۴۸٫۵، ارمنستان ۵۱ درصد، آذربایجان و اسرائیل ۷۰ درصد)، این نرخ در ایران کمی کمتر از نوزده درصد است، آمارهای داخلی نشان می‌دهد با شیوع کرونا و از دست رفتن مشاغل خرد، نرخ اشتغال زنان کمتر شده است و در کمتر از دو سال اخیر نزدیک به یک میلیون زن بیکار شده‌اند.

بر اساس گزارش سالانه مجمع جهانی اقتصاد (داووس) پیرامون تعمیق شکاف جنسیتی در کشورهای جهان در سال ۲۰۲۰، به دنبال پیامدهای شیوع ویروس کرونا، دستیابی به برابری جنسیتی از ۹۹ سال به ۱۳۵ سال افزایش یافت. داووس با بررسی و تحلیل برابری اقتصادی مردان و زنان در چهار زمینه مشارکت اقتصادی، آموزش، بهداشت و قدرت سیاسی اعلام کرد همه پیشرفت‌ها در جهت برابری در سال گذشته میلادی ۲۰۲۰ در بسیاری از اقتصادهای بزرگ و صنایع متوقف شده است. اگر چه میزان اشتغال زنان در حرفه‌های تخصصی رو به افزایش است اما تداوم حضور زنان در پست‌های مدیریتی و اختلاف درآمد همچنان پابرجا است.

طبق آمار سازمان بین‌المللی کار، شیوع ویروس کرونا در مقایسه با ۳٫۹ درصد مردان، ۵ درصد زنان را تحت تاثیر قرار داده و در وضعیت بیکاری قرار داده است. زنان در بحران کرونا بیشتر از مردان شغلشان را از دست داده‌اند. یک دلیل این امر این است که زنان بیشتر از مردان در بخش‌هایی که در دوران پاندمی تعطیل شدند، مشغول به کار هستند؛ بخش‌هایی مثل مهمانداری هتل‌ها و رستوران‌ها، فروشنده‌ها، آرایشگاه‌ها و... دلیل دیگر این امر این است که زنان بیشتر از مردان مجبور شدند برای مراقبت از کودکان و آموزش خانگی آنها در خانه بمانند؛ مسئله‌ای که منجر به افزایش

کیفیت زندگی از روی حمایت اجتماعی امکان پذیر می باشد. بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی با برخی مشخصات دموگرافیک رابطه معنی دار وجود داشت.

بادامچی و البرزی (۱۳۹۹) وضعیت زنان خانه دار فعال در اینستاگرام در دوره کرونا را با تحلیل کیفی محتوای اینستاگرام بررسی می کند. نویسندگان باور دارند که یافته های این مقاله نوید ظهور نسل تازه ای از «زن نوین ایرانی» است؛ نسل سومی از زنان پسااستی-پسامدرن، که نه چون زنان سنتی (بخشی از خانه)، و نه چون زنان مدرن (بخشی از خیابان)، بلکه شهروندی مؤلف در «خانه-اینستاگرام» هستند و «فاعلیت زنانه» ای از خود بروز می دهند که در چارچوب زنانگی تحقیر شده دوران سنتی و مدرن نمی گنجد.

غفاری و شیرعلی (۱۳۹۷) کیفیت زندگی مردم در شهر تهران را در سال ۱۳۹۳ بر اساس پرسشنامه استاندارد سازمان جهانی سلامت بررسی کردند. جامعه آماری شامل شهروندان بالای ۱۸ سال ساکن در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران و حجم نمونه برابر ۱۵۱۵ بود. یافته ها و نتایج پژوهش نشان می دهد امتیاز کل کیفیت زندگی در بازه (۱۰۰-۰) برابر با ۵۴ بود و پاسخگویان میزان کیفیت زندگی خویش را متوسط ارزیابی نموده اند. بین متغیر کیفیت زندگی و متغیرهای جنس و وضعیت تأهل در شهر تهران تفاوت معناداری وجود ندارد. اما گروه سنی جوانان و افراد دارای تحصیلات دانشگاهی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند.

روش گردآوری داده های کمی

یکی از روش های مناسب برای تحقیقات پنهانگر در جامعه شناسی پیمایش است. تحقیق پیمایشی روشی برای گردآوری داده ها که در آن از گروه های معینی از افراد خواسته می شود به تعدادی پرسش مشخص که برای همه یکسان است پاسخ دهند. این پاسخ مجموعه اطلاعات تحقیق را تشکیل می دهند (بیکر، ۱۳۸۱: ۱۹۶). ویژگی های بارز پیمایش عبارت اند از شیوه گردآوری داده ها و روش تحلیل آنها. مجموعه ساختن یا منظمی از داده ها حاصل می شود که امکان تحلیل آماری مبتنی بر مقایسه موردها و توصیف خصوصیات مجموعه ای از موردها را فراهم می کند (دواس، ۱۳۷۶: ۱۴). روش پیمایش به ما امکان می دهد ویژگی های قابل تعمیم جمعیت مورد بررسی را تشخیص داده و برجسته سازی کنیم. کرلینجر در مورد این روش می نویسد: تحقیق پیمایش، جمعیت های کوچک و بزرگ را با انتخاب و مطالعه نمونه های منتخب از آن جامعه ها برای کشف میزان نسبی شیوع، توزیع و روابط متقابل متغیرهای جامعه شناختی و روان شناختی مورد بررسی قرار می دهد. در این تحقیق نیز از روش پیمایش استفاده می شود و همچنین ابزار گردآوری داده ها در این تحقیق پرسشنامه است. برای سنجش فرضیه ها از سوالات پرسشنامه استفاده شده است، به طوری که پاسخ به این سوالات، اطلاعات لازم جهت آزمون فرضیه ها را فراهم می سازد. از آنجا که به دلیل شیوع کرونا و لزوم رعایت فاصله اجتماعی امکان مراجعه حضوری به منازل و پر کردن پرسشنامه وجود ندارد، از پرسشنامه اینترنتی استفاده می شود.

توصیف متغیرهای زمینه ای

تربیت دارند (۱۳). در جوامع کشاورزی سنتی، یک فرض فرهنگی همگانی وجود داشت که می گفت زنان، همسر و مادر می شوند و تفاوت میان زن و مرد، امری برخاسته از جهان «طبیعی» است. جهانی که در آن زنان و مردان، قابلیت ها و ادراک های متفاوتی دارند و مکمل یکدیگرند. (۸).

تحقیقات داخلی

عسگری و همکاران (۱۴۰۰) تجارب زیسته افراد مبتلا به بیماری کرونا در روابط فردی، خانوادگی و اجتماعی را به روش کیفی و مصاحبه نیمه ساختاریافته بررسی کردند. یافته های حاصل از مصاحبه ها در سه مضمون اصلی افکار، احساسات و هیجان های منفی ناشی از بیماری (بعد روابط فردی)، تغییر رفتار اعضای خانواده (بعد روابط خانوادگی) و تغییر رفتار دیگران (بعد روابط اجتماعی) استخراج و طبقه بندی شد. در جهت پیشگیری از پیامدهای بیماری کووید ۱۹، مضمون اصلی انسجام و استحکام ساختار خانواده به دست آمد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که شیوع بیماری کرونا روابط فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد را به شدت تحت تأثیر خود قرار می دهد و جهت پیشگیری و کنترل آسیب های ناشی از آن باید انسجام و استحکام ساختار خانواده از طریق آموزش های مرتبط و مداخلات روان شناختی مؤثر در دستور کار قرار گیرد.

نگین میرزایی و همکارانش (۱۳۹۹) در بررسی عملکرد جنسی، سلامت روان و کیفیت زندگی تحت فشار همه گیری کووید ۱۹ در زنان باردار و شیرده در ایران، از بیماران خواستند سه پرسشنامه را پر کنند: مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان، شاخص عملکرد جنسی زنان و پیمایش کوتاه مدت سلامت. جمعیت نمونه از زنان سنین ۱۴ تا ۲۶ سال انتخاب شدند. ارزیابی سه گروه با توجه به اضطراب و افسردگی و شاخص عملکرد جنسی نشان داد که تمام مقادیر میانگین در زنان باردار کمتر از سایر گروه ها است. همچنین اختلاف نمرات در سه گروه از نظر آماری معنی دار بوده است. میرزایی و همکارانش نتیجه می گیرند همه گیری کووید ۱۹ خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب را افزایش می دهد و کیفیت زندگی در زنان باردار و شیرده را در کنار عموم مردم کاهش می دهد و نشان دهنده نیاز فوری به مداخله روان شناختی در جمعیت مادران در طی همه گیری است.

قصاب مظفری (۱۳۹۹) در بررسی کیفیت زندگی زنان، گروه خاصی از زنان، مبتلایان به بویکی استخوان را به عنوان گروه هدف انتخاب کرده است. این مقاله از آن جهت برای ما قابل توجه است که تاثیر یک محدودیت را بر کیفیت زندگی زنان مورد بررسی قرار داده است. تعداد نمونه ها ۱۳۸ نفر و ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس - پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 و مشخصات دموگرافیکی بود. بر اساس یافته ها میانگین سنی نمونه ها ۶۹،۹ بود، اکثریت افراد متأهل بوده و ۲ فرزند داشتند و خانه دار و بی سواد بودند و بیماری زمینه ای خاصی نداشتند و دلیل بستری شان شکستگی فمور بود. میانگین نمره کل کیفیت زندگی زنان ۶۳،۲۸ بود طبق یافته ها بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود داشت. و طبق آزمون رگرسیون دو متغیره، پیش بینی

با توجه به اطلاعات آماری گردآوری شده، از مجموع ۳۹۷ نفر افراد نمونه، رنج سنی افراد شرکت کننده در این پژوهش ۲۳ تا ۶۰ سال می باشد که میانگین سنی آنها تقریباً ۳۸ سال (۳۷/۱۷) می باشد.

اطلاعات این بخش به ارائه سیمایی کلی از ویژگی های جمعیت شناختی پاسخگویان مانند سن، تحصیلات و مدت زمان تاهل پاسخگویان اختصاص دارد. سن

جدول شماره ۴-۱. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب سن

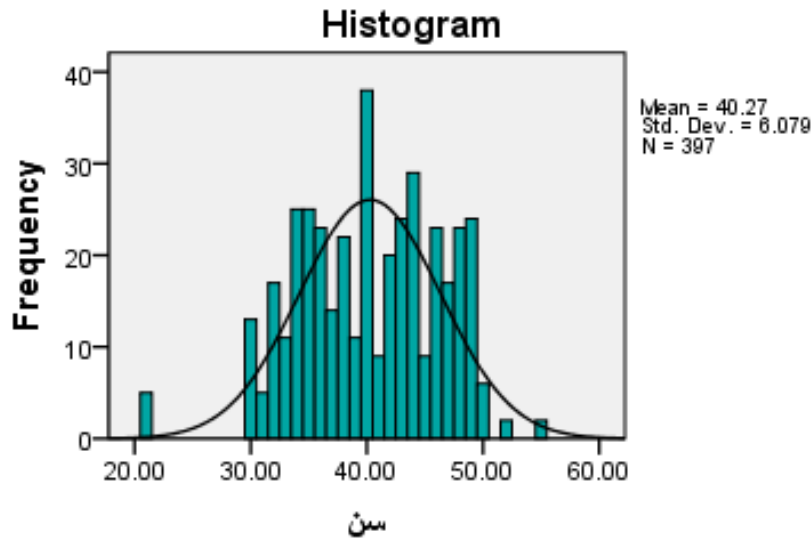
سن	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
۲۱.۰۰	۵	۱.۳	۱.۳	۱.۳
۳۰.۰۰	۱۳	۳.۳	۳.۳	۴.۵
۳۱.۰۰	۵	۱.۳	۱.۳	۵.۸
۳۲.۰۰	۱۷	۴.۳	۴.۳	۱۰.۱
۳۳.۰۰	۱۱	۲.۸	۲.۸	۱۲.۸
۳۴.۰۰	۲۵	۶.۳	۶.۳	۱۹.۱
۳۵.۰۰	۲۵	۶.۳	۶.۳	۲۵.۴
۳۶.۰۰	۲۳	۵.۸	۵.۸	۳۱.۲
۳۷.۰۰	۱۴	۳.۵	۳.۵	۳۴.۸
۳۸.۰۰	۲۲	۵.۵	۵.۵	۴۰.۳
۳۹.۰۰	۱۱	۲.۸	۲.۸	۴۳.۱
۴۰.۰۰	۳۸	۹.۶	۹.۶	۵۲.۶
۴۱.۰۰	۹	۲.۳	۲.۳	۵۴.۹
۴۲.۰۰	۲۰	۵.۰	۵.۰	۵۹.۹
۴۳.۰۰	۲۴	۶.۰	۶.۰	۶۶.۰
۴۴.۰۰	۲۹	۷.۳	۷.۳	۷۳.۳
۴۵.۰۰	۹	۲.۳	۲.۳	۷۵.۶
۴۶.۰۰	۲۳	۵.۸	۵.۸	۸۱.۴
۴۷.۰۰	۱۷	۴.۳	۴.۳	۸۵.۶
۴۸.۰۰	۲۳	۵.۸	۵.۸	۹۱.۴
۴۹.۰۰	۲۴	۶.۰	۶.۰	۹۷.۵
۵۰.۰۰	۶	۱.۵	۱.۵	۹۹.۰
۵۲.۰۰	۲	.۵	.۵	۹۹.۵
۵۵.۰۰	۲	.۵	.۵	۱۰۰.۰
مجموع	۳۹۷	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

ادامه جدول شماره ۴-۱. آمار توصیفی سن

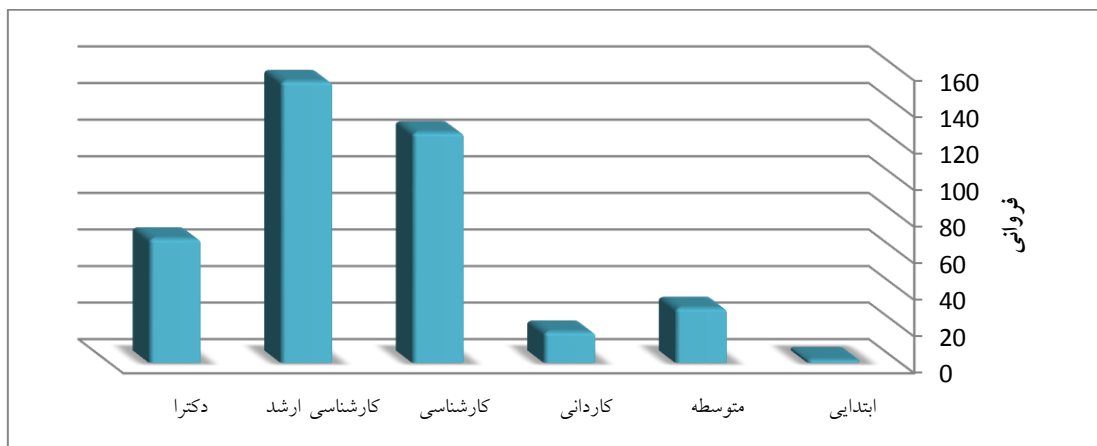
متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین
سن	۲۱	۵۵	۴۰

جدول شماره ۴-۱ توزیع متغیرهای تحقیق را بر اساس سن نشان می دهد. همانطور که ملاحظه می شود حداقل سن پاسخگویان ۲۱ سال و حداکثر آن ۵۵ سال بوده است. میانگین سنی زنان متأهل ۴۰ سال

است. اکثریت پاسخگویان (۵۲ درصد) در سن ۴۰ سال بوده اند. نمودار زیر نحوه ی این توزیع را نشان دهد.



نمودار شماره (۱-۴). نمودار هیستوگرام پاسخگویان بر حسب سن تحصیلات پاسخگویان یافته های بدست آمده از نمودار شماره (۲-۴) بیانگر آن است که میزان تحصیلات ابتدایی مادران (۵٪) تحصیلات متوسطه (۶٪/۷)، کاردانی (۳٪/۴) درصد، کارشناسی (۷٪/۳۱) درصد) کارشناسی ارشد (۸٪/۳۸) درصد) و دکتر (۱٪/۱۷) درصد) می باشد.



نمودار شماره (۲-۴). توصیف پاسخگویان بر حسب تحصیلات

مدت زمان تأهل با توجه به اطلاعات ثبت شده در جدول شماره (۲-۴) مدت زمان تأهل زنان تهرانی در بازه ۴ تا ۳۵ سال می باشد. میانگین سالهای زندگی مشترک پاسخگویان این تحقیق ۱۵ سال بوده است.

جدول شماره ۲-۴. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب مدت زمان تأهل

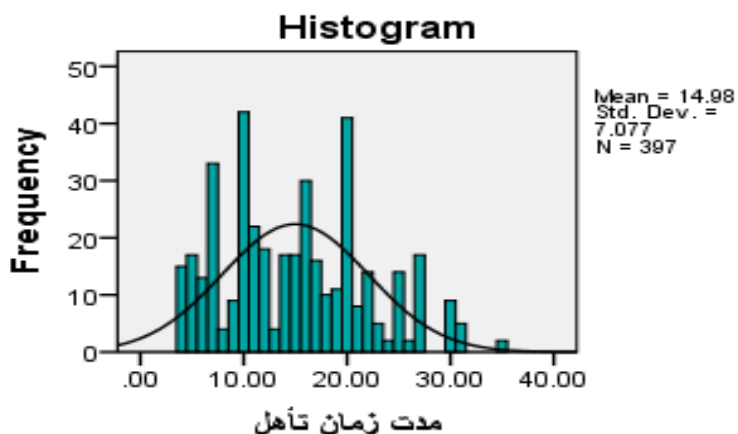
مدت زمان تأهل	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
۴.۰۰	۱۵	۳.۸	۳.۸	۳.۸
۵.۰۰	۱۷	۴.۳	۴.۳	۸.۱
۶.۰۰	۱۳	۳.۳	۳.۳	۱۱.۴
۷.۰۰	۳۳	۸.۳	۸.۳	۱۹.۶
۸.۰۰	۴	۱.۰	۱.۰	۲۰.۷
۹.۰۰	۹	۲.۳	۲.۳	۲۲.۹
۱۰.۰۰	۴۲	۱۰.۶	۱۰.۶	۳۳.۵

۳۹.۰	۵.۵	۵.۵	۲۲	۱۱.۰۰
۴۳.۶	۴.۵	۴.۵	۱۸	۱۲.۰۰
۴۴.۶	۱.۰	۱.۰	۴	۱۳.۰۰
۴۸.۹	۴.۳	۴.۳	۱۷	۱۴.۰۰
۵۳.۱	۴.۳	۴.۳	۱۷	۱۵.۰۰
۶۰.۷	۷.۶	۷.۶	۳۰	۱۶.۰۰
۶۴.۷	۴.۰	۴.۰	۱۶	۱۷.۰۰
۶۷.۳	۲.۵	۲.۵	۱۰	۱۸.۰۰
۷۰.۰	۲.۸	۲.۸	۱۱	۱۹.۰۰
۸۰.۴	۱۰.۳	۱۰.۳	۴۱	۲۰.۰۰
۸۲.۴	۲.۰	۲.۰	۸	۲۱.۰۰
۸۵.۹	۳.۵	۳.۵	۱۴	۲۲.۰۰
۸۷.۲	۱.۳	۱.۳	۵	۲۳.۰۰
۸۷.۷	.۵	.۵	۲	۲۴.۰۰
۹۱.۲	۳.۵	۳.۵	۱۴	۲۵.۰۰
۹۱.۷	.۵	.۵	۲	۲۶.۰۰
۹۶.۰	۴.۳	۴.۳	۱۷	۲۷.۰۰
۹۸.۲	۲.۳	۲.۳	۹	۳۰.۰۰
۹۹.۵	۱.۳	۱.۳	۵	۳۱.۰۰
۱۰۰.۰	.۵	.۵	۲	۳۵.۰۰
	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	۳۹۷	مجموع

ادامه جدول شماره ۴-۱-۲ آمار توصیفی مدت زمان تأهل

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین
مدت زمان تأهل	۴	۳۵	۱۵

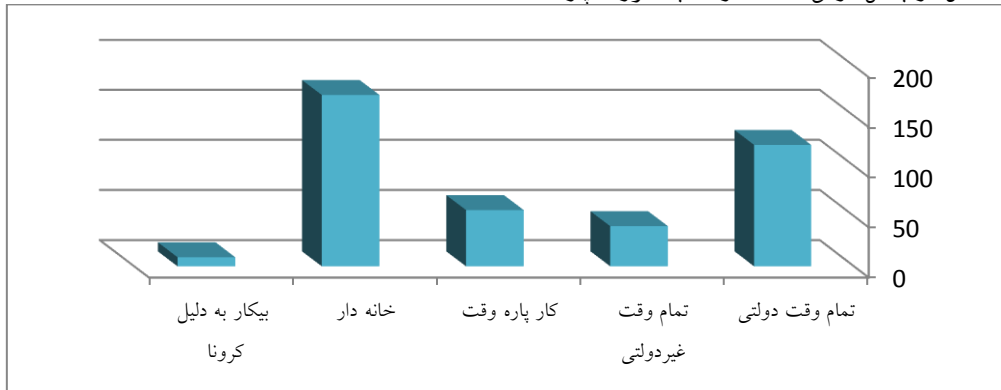
نمودار شماره ۳-۴ نحوه توزیع زنان متأهل تهرانی را برحسب سن نشان می‌دهد و منحنی توزیع حاکی از نرمال بودن توزیع آن‌ها برحسب سن می‌باشد.



نمودار شماره (۳-۴). توصیف پاسخگویان برحسب مدت زمان تأهل

وقت، ۱۰/۱ درصد شاغل در بخش غیردولتی بوده اند و ۲/۳ درصد از زنان شرکت کننده در این پژوهش بیکار به دلیل کرونا می باشند.

وضعیت شغلی مطابق با داده های مندرج در نمودار شماره (۴-۴) می توان چنین استنباط نمود که اکثریت پاسخگویان ۴۳/۱ درصد ( خانه دار، ۳۰/۵ درصد) شاغل در بخش دولتی، ۱۴/۱ درصد به صورت پاره



نمودار شماره (۴-۴). توصیف پاسخگویان بر حسب وضعیت شغلی

#### تعداد فرزندان

با توجه به یافته های بدست آمده از جدول شماره (۳-۴) می توان گفت که اکثریت پاسخگویان ۴۸/۹ درصد آنها صاحب یک فرزند هستند و پس از آن ۴۴/۸ درصد صاحب ۲ فرزند و ۴ درصد آنها دارای ۳ فرزند می باشند.

#### گرانباری نقش های خانوادگی

یکی از متغیرهای این تحقیق گرانباری نقش های خانوادگی است که با شاخص هایی چون تعداد فرزندان، وضعیت تحصیلی فرزندان و ... سنجیده می شود. در ادامه به توصیف هر یک از این شاخص ها پرداخته می شود.

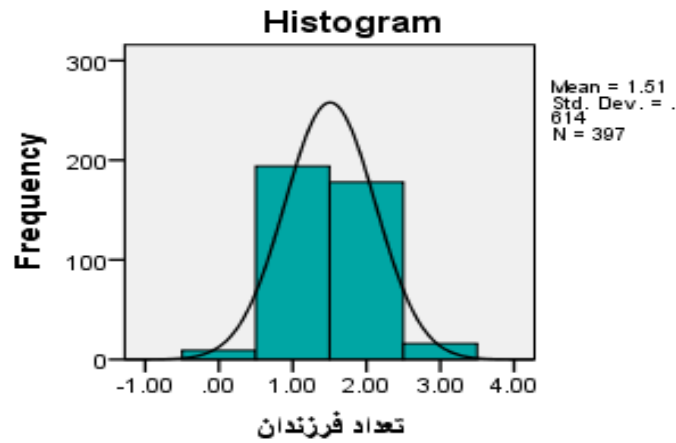
جدول شماره ۳-۴. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب تعداد فرزند

تعداد فرزند	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
۰	۹	۲.۳	۲.۳	۲.۳
۱	۱۹۴	۴۸.۹	۴۸.۹	۵۱.۱
۲	۱۷۸	۴۴.۸	۴۴.۸	۹۶.۰
۳	۱۶	۴.۰	۴.۰	۱۰۰.۰
مجموع	۳۹۷	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

ادامه جدول شماره ۳-۴-۱. آمار توصیفی تعداد فرزند

متغیر	حداقل	حداکثر	میان
تعداد فرزند	۰	۳	۱

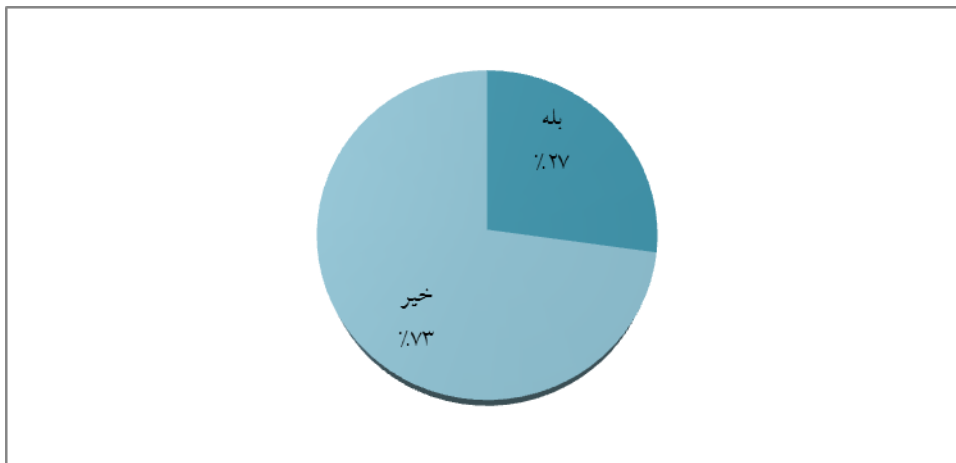
نمودار ذیل نحوه توزیع پاسخگویان بر حسب تعداد فرزندان را نشان می دهد.



نمودار شماره (۴-۵). توصیف پاسخگویان برحسب تعداد فرزندان

با توجه به اطلاعات ثبت شده در نمودار شماره (۴-۶) می توان گفت ۲۷ درصد از پاسخگویان فرزندی داشته اند که قبل از کرونا به مهدکودک می رفته و اکنون در خانه است؛ این در حالی است که ۷۳ درصد از پاسخگویان فرزند مهدکودکی نداشتند.

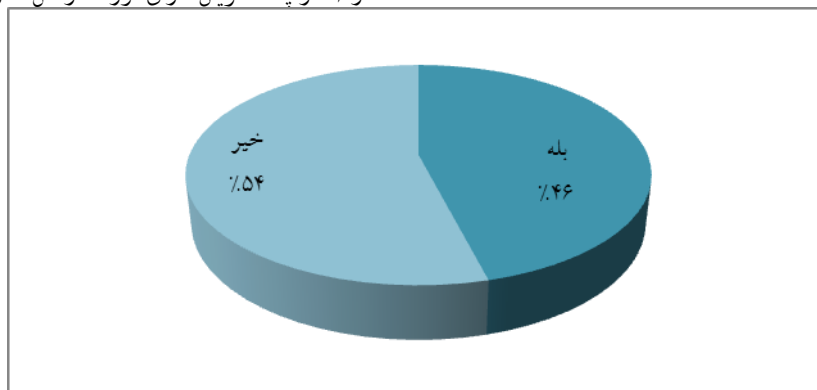
آیا فرزندی دارید که قبل از کرونا به مهد کودک می رفت و اکنون در خانه است؟  
از دیگر سوالات این پژوهش در راستای سنجش گرانباری نقش خانوادگی است.



نمودار شماره (۴-۶). توصیف پاسخگویان برحسب داشتن فرزند مهدکودکی

داده های ثبت شده در نمودار شماره (۴-۷) حاکی از آن است که ۴۶ درصد از پاسخگویان دارای فرزند در سن مدرسه ابتدایی بوده اند.

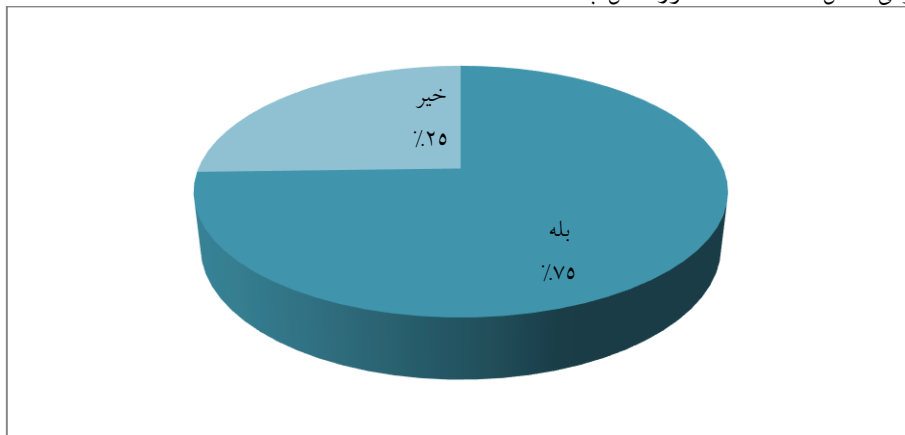
آیا فرزندی در سن مدرسه ابتدایی دارید؟



نمودار شماره (۴-۷). توصیف پاسخگویان برحسب داشتن فرزندی در سن مدرسه ابتدایی

شخصی (گوشی هوشمند، تبلت، لپ تاپ) شخصی برای آموزش مجازی دسترسی داشته اند.

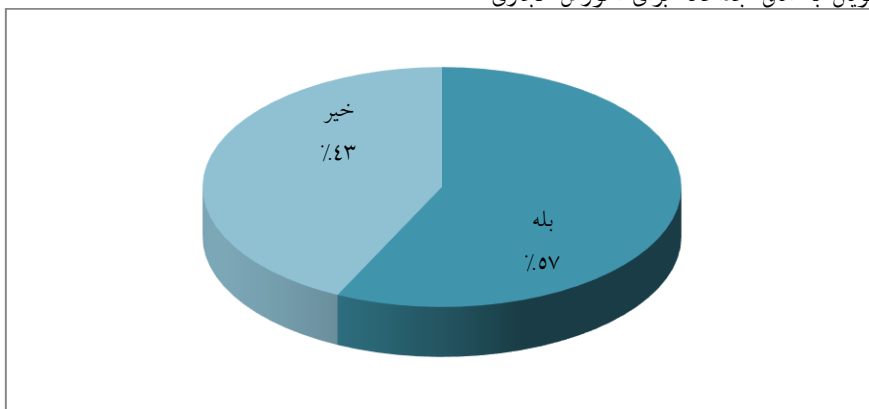
آیا فرزندان دستگاه (گوشی هوشمند، تبلت، لپ تاپ) شخصی برای آموزش مجازی دارد؟ یافته های پژوهشی نمودار شماره (۸-۴) مبین آن است که ۷۵ درصد از زنان متأهل تهرانی ادعان داشته اند که فرزندشان به دستگاه



نمودار شماره (۸-۴). توصیف پاسخگویان برحسب دسترسی فرزند به دستگاه شخصی

دسترسی داشته اند این درحالی است که ۴۳ درصد از آنان اینگونه نبوده اند.

آیا فرزندان در اتاق جداگانه به آموزش مجازی می پردازد؟ اطلاعات بدست آمده از جدول شماره (۹-۴) نشان می دهد که فرزند ۵۷ درصد از پاسخگویان به اتاق جداگانه برای آموزش مجازی

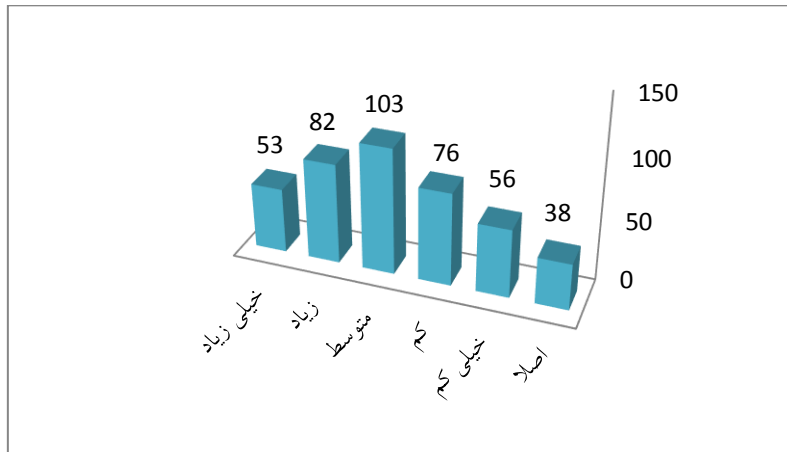


نمودار شماره (۹-۴). توصیف پاسخگویان برحسب داشتن اتاق جداگانه برای آموزش مجازی

تکالیف فرزندان می کردند. ۲۰ درصد به میزان زیاد، ۱۹ درصد کم؛ ۱۴ درصد خیلی کم؛ ۱۳ درصد خیلی زیاد و ۹ درصد اصلا زمانی را صرف رسیدگی به تکلیف فرزندان نداشتند. نمودار ذیل توزیع پاسخگویان برحسب رسیدگی به تکلیف براساس توزیع فراوانی نشان می دهد.

در سال تحصیلی کرونا هر روز چقدر صرف رسیدگی به درسها و تکالیف فرزندان کردید؟

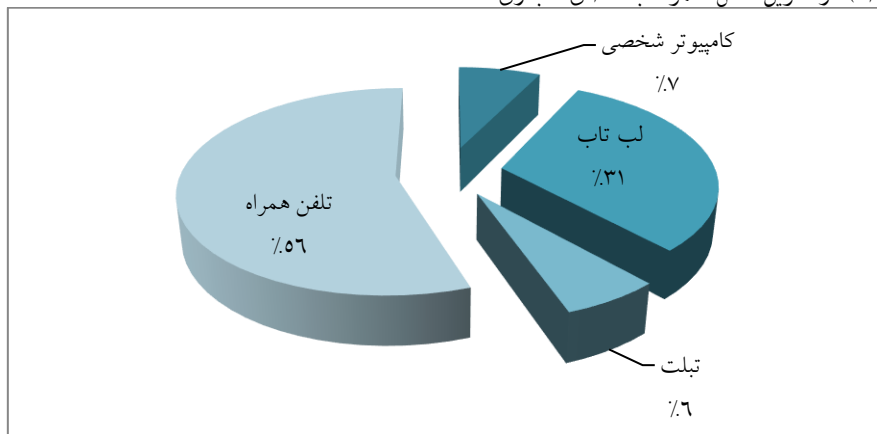
داده های مندرج در جدول شماره (۱۰-۴) بیانگر آن است که اکثریت پاسخگویان (۲۵ درصد) در حد متوسط صرف رسیدگی به



نمودار شماره (۴-۱۰). توصیف پاسخگویان برحسب رسیدگی به تکالیف فرزندان

دسترسی دارند. ۳۱ درصد از طریق لپ تاب؛ ۷ درصد از طریق کامپیوتر شخصی و ۶ درصد از طریق تبلت به فضای مجازی دسترسی داشته اند.

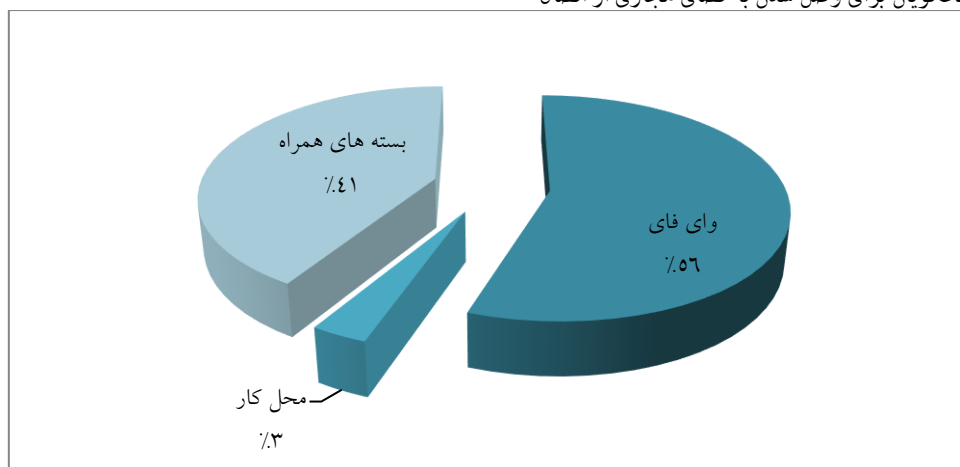
میزان بهره مندی از فضای مجازی برای دسترسی به فضای مالکیت کدام دستگاه ها هستید؟ داده های مندرج در نمودار شماره (۴-۱۱) بیانگر آن است که اکثر پاسخگویان (۵۶ درصد) از طریق تلفن همراه به فضای مجازی



نمودار شماره (۴-۱۱). توصیف پاسخگویان برحسب مالکیت دستگاه برای دسترسی به فضای مجازی

وایفا استفاده می کرده اند. ۴۱ درصد از طریق بسته های اینترنت همراه و ۳ درصد نیز از طریق محل کار به اینترنت متصل می شده اند.

در بیشتر موارد چگونه به اینترنت متصل می شوید؟ مطابق با داده های مندرج در نمودار شماره (۴-۱۲) می توان گفت ۵۶ درصد از پاسخگویان برای وصل شدن به فضای مجازی از اتصال



نمودار شماره (۴-۱۲). توصیف پاسخگویان برحسب چگونگی وصل شدن به فضای مجازی

جدول شماره ۴-۵. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب مدت زمان حضور در شبکه های اجتماعی مجازی

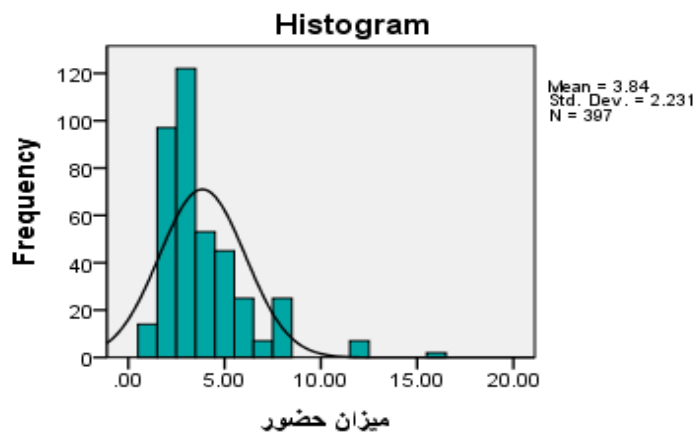
مدت زمان تأهل	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
۱.۰۰ ساعت	۱۴	۳.۵	۳.۵	۳.۵
۲.۰۰ ساعت	۹۷	۲۴.۴	۲۴.۴	۲۸.۰
۳.۰۰ ساعت	۱۲۲	۳۰.۷	۳۰.۷	۵۸.۷
۴.۰۰ ساعت	۵۳	۱۳.۴	۱۳.۴	۷۲.۰
۵.۰۰ ساعت	۴۵	۱۱.۳	۱۱.۳	۸۳.۴
۶.۰۰ ساعت	۲۵	۶.۳	۶.۳	۸۹.۷
۷.۰۰ ساعت	۷	۱.۸	۱.۸	۹۱.۴
۸.۰۰ ساعت	۲۵	۶.۳	۶.۳	۹۷.۷
۱۲.۰۰ ساعت	۷	۱.۸	۱.۸	۹۹.۵
۱۶.۰۰ ساعت	۲	.۵	.۵	۱۰۰.۰
مجموع	۳۹۷	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

ادامه جدول شماره ۴-۵-۱. آمار توصیفی مدت زمان حضور در شبکه های اجتماعی مجازی

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین
مدت زمان حضور	۱	۱۶	۳/۸۴

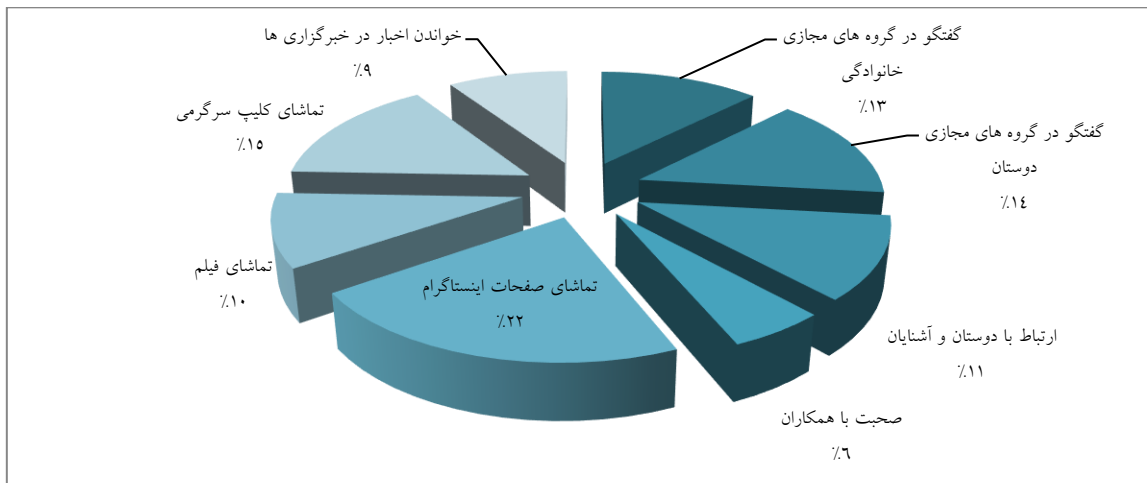
مجازی فعالیت داشته اند. توزیع آماری نشانگر این موضوع است که حداقل میزان حضور در شبکه های مجازی که توسط پاسخگویان این تحقیق اعلام شده؛ ۱ ساعت و حداکثر آن ۱۶ ساعت بوده است. یافته های بدست آمده از نمودار شماره (۴-۱۳) توزیع پاسخگویان را نشان می دهد.

از دیگر سوالات مطرح جهت سنجش میزان بهره مندی از فضای مجازی این بود که در روز چند ساعت در شبکه های اجتماعی مجازی (واتس اپ، اینستاگرام، تلگرام و ...) حضور دارید؟ به طور میانگین پاسخگویان حدود ۴ ساعت در روز در شبکه های مجازی فوق الذکر حضور داشته اند. همانطور که در جدول شماره ۴-۵ مشاهده می شود اکثریت پاسخگویان (۳۰ درصد) در شبکه های



نمودار شماره (۴-۱۳). توصیف پاسخگویان بر حسب میزان استفاده از اینترنت

نحوه استفاده از اینترنت



نمودار شماره (۴-۱۴). توصیف پاسخگویان برحسب نحوه استفاده از فضای مجازی

اخبار و ۶ درصد از آن‌ها صحبت با همکاران در اولویت استفاده از فضای مجازی برای آن‌ها بوده است.

#### رضایت از ازدواج

از دیگر متغیرهای این پژوهش، رضایت از ازدواج است که براساس یک سری از شاخص‌ها سنجیده شده است در ادامه به تشریح وضعیت پاسخگویان در این متغیر پرداخته می‌شود.

مطابق داده‌های مندرج در نمودار شماره ۴-۱۴ اکثریت زنان متأهل تهرانی ۲۲ درصد؛ به تماشای صفحات اینستاگرام مشغول بوده‌اند. ۱۵ درصد از زنان متأهل تهرانی اولویت در استفاده از فضای مجازی را تماشای کلیپ‌های سرگرمی عنوان کرده‌اند. ۱۴ درصد از آنها اولویتشان در استفاده از فضای مجازی؛ گفتگو با دوستان در گروه‌های مجازی بوده است. ۱۳ درصد گفتگو در گروه‌های خانوادگی مجازی؛ ۱۱ درصد ارتباط با دوستان و آشنایان، ۹ درصد خواندن

جدول شماره ۴-۶. توزیع فراوانی پاسخگویان با توجه به شاخص‌های رضایت از ازدواج

میانگین	درصد هر طبقه در دامنه پاسخگویی					گویه
	کاملاً موافق	موافق	نه موافق نه مخالف	مخالف	کاملاً مخالف	
۳.۹۱۴۴	۱۳.۱	۲۷.۰	۳۴.۵	۱۴.۶	۱۰.۸	من و همسرم کاملاً یکدیگر را درک می‌کنیم.
۲.۹۸۹۹	۹.۱	۱۳.۱	۲۲.۹	۳۲.۵	۲۲.۴	از ویژگی‌های شخصی و عادات همسرم راضی نیستم.
۳.۲۸۲۱	۶.۸	۱۲.۸	۳۶.۵	۳۳.۲	۱۰.۶	از نحوه ایفای نقش و مسؤولیت خود و همسرم به عنوان "والدین" راضی نیستم.
۳.۶۲۴۷	۹.۱	۲۵.۹	۳۱.۰	۲۰.۴	۱۳.۶	از نحوه تصمیم‌گیریها در مورد چگونگی حل و فصل اختلافات خشنود هستم.
۳.۳۰۲۳	۱۰.۶	۲۲.۲	۲۲.۷	۲۰.۷	۲۳.۹	از وضعیت اقتصادی خانواده و شیوه تصمیم‌گیری‌های مالی ناراضی هستم.
۳.۸۰۸۶	۱۱.۶	۳۰.۷	۲۷.۵	۱۷.۶	۱۲.۶	از نحوه ابراز عشق و احساسات و نیز رابطه جنسی با همسرم خشنود هستم.

۳۰۰۲۲۷	۳۰۵	۱۸۰۱	۲۵۰۹	۳۴۰۳	۱۸۰۱	ما به قدر کافی با اقوام و دوستانمان وقت صرف می کنیم.
۳۰۴۰۵۵	۶۰۰	۲۷۰۷	۲۵۰۷	۲۲۰۴	۱۸۰۱	از نحوه برنامه ریزی برای اوقات فراغت و نیز صرف اوقات در کنار همسر بسیار خشنود هستیم.
۳۰۵۸۶۹	۷۰۱	۳۰۰۵	۲۶۰۴	۲۲۰۲	۱۳۰۹	من معتقدم که در زندگی زناشوییما دچار اختلاف عقیدتی هستیم.
۴۰۰۷۵۶	۱۲۰۳	۳۳۰۰	۳۳۰۵	۱۳۰۴	۷۰۸	از نحوه ایفای مسؤولیت هایمان در زندگی مشترک، بسیار راضی هستیم.
						رضایت از ازدواج
فاصله ای	بازگشت	انحراف استاندارد	تکرار	کشیدگی	میانگین	مکسیم
۳۰۵۰۱۳	۷۹۴۹۵	-۰۲۳۷	-۰۳۵۵	۱۰۸۰	۵۰۳۰	

### نتیجه گیری

اطلاعات مندرج در جدول شماره (۴-۶) نشان می دهد که:

- سه گویه از نحوه ایفای مسؤولیت هایمان در زندگی مشترک، بسیار راضی هستیم (۴/۰۷)، من و همسر کاملاً یکدیگر را درک می کنیم (۳/۹۱) از نحوه ابراز عشق و احساسات و نیز رابطه جنسی با همسر خشنود هستیم (۳/۸۰) دارای بیشترین میانگین از دیدگاه زنان متأهل تهرانی است.
- با توجه به یافته ها، پاسخگویان این پژوهش گویه از ویژگی های شخصیتی و عادات همسر راضی نیستیم (۲/۹۸) پایین ترین میانگین را دارا بوده است و این موضوع بیانگر بیانگر مخالفت اکثریت پاسخگویان با این سوال بوده و حاکی از رضایتمندی آنان از ویژگی های شخصیتی و عادات همسرانشان است.
- میانگین شاخص رضایت از ازدواج (۳/۵۰) بیانگر حد متوسط روبه بالا از رضایت در بین زنان متأهل تهرانی از ازدواج می باشد.
- لازم به ذکر است که حداقل میزان ناراضی (۱/۸۰) به میزان کم و حداکثر رضایتمندی (۵/۳۰) بوده است. میزان چولگی و کشیدگی بدست آمده برای زنان متأهل تهرانی ۰/۳۵۵- و ۰/۲۳۷- می باشد. با توجه به میزان چولگی و کشیدگی بدست آمده برای پاسخگویان می توان گفت توزیع داده ها از توزیع نرمال بلندتر است به عبارت دیگر توزیع داده ها حول میانگین متمرکز شده و از پراکندگی کمتری برخوردار است.

### References

1. A P; W C. Sociology of women, translated by Manijeh Najm Iraqi, Tehran: Nei Publishing;2008: p.25

2. A S. position of women in the information society, Farzaneh Quarterly,2008. No. 1, pp. 11-28
3. S N. New media and information society. Translation: Pirouz Yazidi. Media Quarterly. 2004; Number 62. pp. 78-120
4. E M. The development of the modern world, translated by Mohammad Nabawi, Tehran: Aghaz.2013: p.125
5. I H. Social consequences of the spread of the corona virus in Iranian society. Social Impact Assessment,2019; 1(2), 87-103.
6. B MH, A F. Corona, returning home and emerging model of virtual housewives. Quarterly Journal of Interdisciplinary Studies in Humanities,2019; Volume 12, Number 3
7. B A, S MH. Sociological study of factors affecting the development of the quality of life of women in Mashhad. Social Development,2013; 8(4), 107-132.
8. B J. An introduction to family studies. Translated by Hossein Ghazian. Tehran: Ney Publishing;2013: p.250.
9. B M. Prediction of marital satisfaction based on attachment styles and differentiation components. Principles of

- mental health. 2019; Serial number 53, 66-77.
10. B FA, K F. The role of lifestyle in health and prevention of corona disease. *Applied Studies in Social Sciences and Sociology*.2019; 3(10), 47-54.
11. H M, N F. The mediating role of coping styles and perceived stress in the relationship between social support and aggression in adolescents. *Clinical Psychology*. 2019; No. 50: 133-145
12. K Z, S S. Investigating the relationship between social capital and quality of life (case study: women aged 25 to 65 in Tehran). *Applied Sociology (Isfahan University Humanities Research Journal)*, 2017; 29 (2). 167-147
13. K S. Iran and the digital revolution. *Media Quarterly*,2008. No. 52. 36-47
14. R F, S S. sociological investigation of the relationship between urban furniture and quality of life. *Urban Sociological Studies*,2014; 5 (16)