

Sociological Analysis of the Quality of Life of Women in Tehran

Jamal Adhami*

Assistant Professor, Department of Social Sciences, S. C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

Abstract:

Quality of life is one of the key components in the development of social policy and one of the most important indicators of social development, based on which the individual and social health of the community can be assessed. One of the social groups that planners and support institutions have always examined the welfare conditions or quality of life, is women. The aim of the present research was to investigate the quality of life of women in Tehran and the role of influential contextual variables on it. The research method was survey-based, and the data collection tool was a questionnaire. The statistical population of the research included all women residing in the 22 districts of Tehran, from which three clusters—high, medium, and low—were selected for data collection using multi-stage cluster sampling. According to Cochran's formula, a sample size of 1,200 was obtained, which was equally distributed among the three clusters. The findings indicated that the average quality of life of women is below the average level, and among the domains of quality of life, the average rankings are as follows: employment, income and livelihood, leisure time status, distributive justice, social support, environmental quality, physical and mental health, and social interactions and cohesion. The results of the test of the relationship between contextual variables and the quality of life of women showed that the quality of life of women is influenced by age, marital status, household size, education, occupation, income, and the duration of their cohabitation with their spouse.

Keywords: Quality of life, women, satisfaction, objective dimensions, subjective dimensions, Tehran.

* Email: Jadhami2000@gmail.com (Corresponding Author)

تحلیل جامعه شناختی کیفیت زندگی زنان در شهر تهران

جمال ادهمی *

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۲/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۰۷

چکیده

کیفیت زندگی یکی از مولفه های کلیدی در تکوین سیاست گذاری اجتماعی و یکی از مهم ترین شاخص های توسعه اجتماعی است که براساس آن می توان سلامت زیست فردی و اجتماعی جامعه را مورد ارزیابی قرار داد. یکی از اقشار اجتماعی که همواره برنامه ریزان و نهادهای حمایتی، شرایط رفاهی یا کیفیت زندگی آنها را بررسی کرده اند زنان است. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی زنان در شهر تهران و نقش متغیرهای زمینه ای تأثیرگذار بر آن بود. روش پژوهش حاضر پیمایشی و ابزار گردآوری داده ها نیز پرسشنامه است. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان ساکن در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران بودند، که به شیوه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای، از بین مناطق گوناگون، سه خوشه بالا، متوسط و پایین برای جمع آوری داده ها انتخاب شد که براساس فرمول کوکران حجم نمونه ۱۲۰۰ نفری بدست آمد که به نسبت مساوی در خوشه های سه گانه مناطق تقسیم شد. یافته ها نشان داد که میانگین کیفیت زندگی زنان پایین تر از حد متوسط است و از بین حیطه های کیفیت زندگی، به ترتیب میانگین، حیطه های اشتغال، درآمد و معیشت، وضعیت اوقات فراغت، عدالت توزیعی، حمایت اجتماعی، کیفیت محیطی، سلامت جسمی و روانی و تعاملات و همبستگی اجتماعی قرار دارند. نتیجه آزمون رابطه بین متغیرهای زمینه ای و کیفیت زندگی زنان نشان داد که کیفیت زندگی زنان متأثر از سن، وضع تأهل، بعد خانوار، تحصیلات، شغل، درآمد و مدت زندگی مشترک آنان با همسر است.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، زنان، رضایت، ابعاد عینی، ابعاد ذهنی، سلامت جسمانی، سلامت روانی، وضعیت اجتماعی، شرایط محیطی، تهران.

۱. مقدمه و بیان مسأله

مفهوم کیفیت زندگی از موضوعات دیرینه جامعه شناسی و یکی از مهم ترین مسائل پیش روی جهان امروز و از مباحث اساسی در تکوین سیاست گذاری اجتماعی و «تحلیل توسعه رفاه یک جامعه» (دلهی و همکاران ۲۰۰۲)، محسوب می شود. بنابراین یکی از نمودها و شاخص های اصلی توسعه اجتماعی هر جامعه است بگونه ای که با آن می توان شرایط زیست در یک جامعه و همچنین «رفاه، سلامت فردی و سلامت کلی آن جامعه را ارزیابی نمود و به شناسایی مسائل اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد آن جامعه پرداخت» (یان، آگدام، کینگ و فولر، ۲۰۱۹).

* استادیار گروه علوم اجتماعی، واحد سنجش، دانشگاه آزاد اسلامی، سنجش، ایران، (نویسنده مسئول)

کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی برحسب نحوه تأمین اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان مطابق با ارزش‌ها و انتظارات فرهنگی (سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۲، بیلویسین و همکاران، ۲۰۱۶) و بیانگرمیزان خودشکوفایی و عملکرد افراد در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی (کووالسکا، مارسینکوفسکا و یوشکو، ۲۰۱۰)، میزان رضایت، شادمانی، لذت، دستاورد و بهزیستی است (اینوگوجی و فیوجی ۲۰۱۲). کیفیت زندگی بیانگر شرایطی است که فرد در آن احساس خوب و راحتی دارد و بر این اندیشه است که زندگی اش معنا دار است (امین و همکاران، ۲۰۱۳) و سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی فرد در سطوح کیفیت زندگی بازنمایی می‌شود (فریرا و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین براساس پارامترهای مادی توسعه اقتصادی و تولیدات داخلی در کنار پارامترهای غیرمادی چون کیفیت کار، توسعه فرهنگی، استاندارد پزشکی و بهداشت، کیفیت فراغت و تفریح، شرایط محیط زیست، فضای سیاسی و حتی آزادی و اتحاد ملی (سیمت و دیگران، ۲۰۰۳) و همچنین سلامت روانی و جسمی، اشتغال، سطح تحصیلات، ایمنی، امنیت و تعلقات اجتماعی (گریگوری و همکاران ۲۰۰۹، نوسباوم و سن ۱۹۹۳، بارکاسیا ۲۰۱۳، بیلویسینا، بیلویسوت و دراکاس ۲۰۱۶ و میر و همکاران ۲۰۱۶) مورد بررسی قرار می‌گیرد.

گرچه افراد یک جامعه از نظر سلامت فردی مشکلات کم و بیش مشابهی دارند، اما زنان با مسائل خاصی روبرو هستند که ناشی از خصوصیات بیولوژیکی آنها نظیر بلوغ، بارداری، زایمان و یائسگی است (سید نعمت الله روشن و همکاران، ۱۳۹۳) آنها همچنین با مسائل اجتماعی و فرهنگی گوناگونی از جمله تبعیض جنسیتی، نقض حقوق، خشونت خانگی و غیره مواجه هستند (شایلا و الحدیثی، ۲۰۱۸). لذا کیفیت زندگی زنان هر جامعه از کیفیت زندگی مردان آن جامعه نیز متفاوت است. زیرا کیفیت زندگی آنها هم تابع شرایط عینی زندگی و هم نتیجه نگرش‌های اجتماعی شان است و طبیعتاً زنان و مردان زندگی خود را از درون، بسیار متفاوت می‌بینند و علاوه بر این کیفیت زندگی خود زنان نیز برحسب سن، وضع تأهل، شغل، تحصیلات، داشتن فرزند، سرپرستی خانوار، سلامتی جسمی و روانی و غیره متفاوت است برای نمونه نتایج تحقیقات در جوامع چین، غنا، هند، روسیه و آفریقای جنوبی حاکی از آن است که مردان مسن‌تر کیفیت زندگی بهتری نسبت به سالمندان زن در اغلب کشورها دارند (لی و همکاران ۲۰۲۰). همچنین نتایج مطالعات کامپوس و همکاران (۲۰۱۴) در برزیل، هارت و کانگ (۲۰۱۴) در ایالات متحده، حاجیان تیلکی و همکاران (۲۰۱۷) و سید نعمت الله روشن و همکاران (۲۰۲۰) در ایران نشان دهنده کیفیت زندگی ضعیف زنان در همه ابعاد در مقایسه با مردان است و نتایج تحقیقات دیگر در این زمینه حاکی از پایین بودن کیفیت زندگی زنان مطلقه (کلانتری و همکاران ۱۴۰۱)، زنان سرپرست خانوار (عنایت و همکاران ۱۴۰۰، رضایی و محمودی ۱۳۹۸، امراله مجدآبادی و همکاران ۱۳۹۸)، زنان خانه دار (شیردل و همکاران ۱۴۰۲، کرمان ساروی و همکاران ۱۳۹۰) و زنان نابارور و فاقد فرزند (ابراهیمی و همکاران ۱۴۰۱) در ایران می‌باشد.

بنابراین با توجه به این که زنان حدوداً نیمی از جمعیت یک جامعه را تشکیل می‌دهند و نقش‌های متعددی در خانواده ایفا می‌کنند که بر سلامت و رفاه همه اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد (میترا، ۲۰۱۸) و تغییرات کیفیت زندگی آنان می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای بر جامعه داشته باشد. لذا شناخت کیفیت زندگی آنان از اهمیت خاصی برخوردار است. بی‌توجهی یا کم‌توجهی به این مسأله سبب می‌شود از بسیاری از مسائل و مشکلات آنها غفلت شود؛ بنابراین در سال‌های اخیر با مطرح شدن مفاهیمی همچون برابری جنسیتی، حقوق زنان و ... مفهوم کیفیت زندگی زنان نیز پررنگ‌تر از قبل مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه ریزان قرار گرفته است. همانطور که اشاره شد هرچند تحقیقات متعدد به مسأله کیفیت زندگی زنان در ایران پرداخته‌اند. اما هرکدام کیفیت زندگی را در رابطه با گروهی خاص از زنان بررسی کرده‌اند در حالیکه مطالعه حاضر بر شناخت کیفیت زندگی زنان و عوامل تأثیرگذار بر آن در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران متمرکز است. انتخاب زنان تهران از این جهت بود که از یک طرف شهر تهران به

دلیل تراکم بالای جمعیتی نسبت به سایر کلان شهرهای دیگر هم از حیث ترکیب جمعیتی و مهاجرپذیری و هم از حیث پراکندگی های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و هم دارا بودن ویژگی های توسعه یافتگی از شرایط متفاوتی برخوردار است (انتظاری و همکاران، ۱۳۹۶) و تنوع قومیتی، طبقاتی، همزیستی گروه ها و اقشار مختلف امکان بررسی وجوه مختلف موضوع پژوهش را فراهم می سازد و از طرف دیگر زنان به عنوان نیمی از جمعیت شهر تهران تحت تأثیر پیامدها و آسیب های ناشی از توسعه نامتوازن فضای شهری تهران قرار گرفته اند. فشار زندگی و حضور زنان در بازار کار، فقر و مهاجرت زنان و دختران به قصد ادامه تحصیل و در نهایت کار و اشتغال بیرون از منزل، زنان را با مسائل و آسیب های مختلفی مواجه ساخته است. در واقع شهر تهران درگیر آسیب ها و انحرافات اجتماعی ویژه زنان در یک حالت بحرانی است (احمدی و همکاران، ۱۳۸۹) به طوری که طبق برآورد سالنامه آماری تهران (۱۳۹۸)، این کلان شهر در سال ۱۳۹۸ بیشترین آمار طلاق را با ۳۱ هزار و ۷۳۳ مورد و در سال ۱۴۰۰ حدود ۳۷ هزار و ۴۷۳ مورد در برابر ۷۱ هزار و ۷۵ ازدواج به ثبت رسانده است و طبق یافته های پژوهشی شورای ملی سالمندان در یک دهه اخیر تعداد زنان سالمند تنها زیست به طور متوسط سالانه ۷ درصد رشد داشته است که بیشتر زنان سالمند در استان تهران ساکن هستند (شورای ملی سالمندان ۱۴۰۲). همچنین تهران به جهت دارا بودن بیشترین مجردان هرگز ازدواج نکرده از اهمیت ویژه ای برخوردار است و سایر آمارها نشان از افزایش سن ازدواج دختران و پسران بطور عام در ایران و بطور خاص در کلان شهرها خبر می دهند که در این میان شهر تهران از بالاترین میانگین سنی ازدواج برخوردار است که طبق برآورد سالنامه آماری تهران در سال ۱۳۹۷، میانگین سن ازدواج در پسران ۳۰ سال و در دختران ۲۷ سال می باشد که نتیجه آن نیز می تواند کاهش باروری باشد. براساس بررسی های مرکز آمار ایران، مجرد قطعی که در سال ۱۳۷۵ برای مردان حدود ۱،۳۴ درصد و برای زنان ۱،۱۹ درصد بوده، در سال ۱۳۹۵ به ۲،۲۶ درصد برای مردان و ۳،۷۳ درصد برای زنان رسیده است؛ این آمار نشان می دهد، روند افزایشی مجرد قطعی در زنان، بسیار بیشتر از مردان بوده به طوری که طی سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۵ این شاخص برای مردان، حدود دو برابر شده اما برای زنان بیش از سه برابر بوده است که در این مورد نیز تهران نسبت به دیگر شهرهای ایران پیشتاز می باشد. همه این موارد می توانند کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار دهد زیرا از یک طرف فرصت ها و امکانات بیشتری در اختیار آنها قرار می دهد و از طرف دیگر آنها را در معرض چالش ها و مشکلات جدیدی قرار می دهند که قبلاً با آنها روبرو نبوده اند. لذا پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به سوالات زیر است. وضعیت کلی کیفیت زندگی زنان در شهر تهران چگونه است؟ نقش ویژگی های جمعیت شناختی (سن، قومیت، وضعیت اشتغال، وضع تأهل، بعدخانوار و تحصیلات و غیره) در کیفیت زندگی آنان چگونه است؟

۲. پیشینه پژوهش

در طول سال های اخیر تحقیقات زیادی درباره کیفیت زندگی زنان انجام شده است که می توان به دو دسته تحقیقات اشاره نمود. بخش عمده ای از تحقیقات مربوط به کیفیت زندگی زنان بر رویکرد سلامت محور انجام شده است و بخش دوم مربوط به تحقیقاتی است که مبتنی بر رویکرد های اجتماعی و فرهنگی است که مرور پیشینه تجربی در پژوهش حاضر بر تحقیقات بخش دوم متمرکز است.

شیردل و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهش پیمایشی روی ۱۳ زن در شهرستان مهرستان، به این نتیجه دست یافتند که شش عامل بر کیفیت زندگی زنان متأهل شاغل و خانه دار موثر است که به ترتیب عبارتند از: ۱- رابطه اجتماعی ۲- امنیت اجتماعی، ۳- حمایت اجتماعی، ۴- منزلت اجتماعی، ۵- سرمایه فرهنگی و ۶- سلامت عمومی. بنابراین از نظر آنها کیفیت پیوندهای اجتماعی در افزایش سلامت اجتماعی و از طرف دیگر در کیفیت زندگی زنان متأهل شاغل و خانه دار نقش اساسی دارد. زارعی قبادی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی درباره کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه دار شهرستان هرسین نشان دادند که هرچند کسب منابع بیشتر مانند تحصیلات، درآمد، و منزلت شغلی (پایگاه) و اشتغال زنان و عوامل اجتماعی مانند رسانه، ساختار قدرت را در خانواده ها تغییر

می‌دهند و آن را به سمت الگوی مشارکتی سوق می‌دهند، اما مهمترین عامل بهبود کیفیت زندگی زنان پایگاه اقتصادی اجتماعی مردان و تغییرات گسترده تراجتماعی است و اشتغال زنان هرچند ساختار قدرت را تعدیل می‌سازد اما نه تنها سبب بهبود کیفیت زندگی نمی‌گردد بلکه تأثیر منفی بر آن نیز دارد. در کل می‌توان گفت در نتیجه موانع اجتماعی و خانوادگی، هزینه هایی که زنان به سبب اشتغال متحمل می‌شوند، بیشتر از منافع اشتغال و بهبود کیفیت زندگیشان است. اما نظری و همکاران (۱۴۰۰) نیز در پژوهشی در شهر تهران به این نتیجه دست یافتند که کیفیت اشتغال زنان بر سلامت جسمی و سلامت روانی آنان تأثیر معنی دار و مثبت دارد. همچنین کیفیت اشتغال زنان بر رضایت از زندگی آنان تأثیر معنی دار و مثبت داری دارد. میرجلیلی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی در مورد تأثیر درآمد بر کیفیت زندگی زنان شاغل در دانشگاه زنجان نشان دادند که هرچه میزان درآمد زن در خانواده افزایش یابد، سطح کیفیت زندگی وی نیز افزایش می‌یابد. رضایی و محمودی (۱۳۹۸) در پژوهشی کیفی طی مصاحبه با ۲۳ نفر از زنان سرپرست خانوار در کردستان به این نتیجه دست یافتند که کیفیت زندگی این قشر نامطلوب بوده و حاوی ۴ مقوله فرسودگی تدریجی، طرد و حاشیه نشینی، بازتعریف جایگاه زنانگی و حمایت برای بقاست. امرالله مجد آبادی و همکاران (۱۳۹۸) با بررسی پژوهش های حوزه کیفیت زنان سرپرست خانوار از سال ۱۳۸۵-۱۳۹۵ به این نتیجه رسیدند که نمره کلی کیفیت زندگی زنان پایین بوده و در این زمینه انجام اقدامات حمایتی ضروری است. خادمی و همکاران (۱۳۹۷) نیز در پژوهش خود در مورد رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی زنان ۵۵ تا ۱۵ ساله شهر تهران به این نتیجه رسیدند که هرچه سرمایه اجتماعی زنان بیشتر باشد، کیفیت زندگی آنها افزایش می‌یابد. ابعاد سرمایه اجتماعی درونگروهی و سرمایه اجتماعی ساختاری پیش بینی کننده میزان کیفیت زندگی زنان شهر تهران است که بعد سرمایه اجتماعی درونگروهی و سپس بعد سرمایه اجتماعی ساختاری بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی دارند. همچنین برفه ئی و هدایتی شاهی (۱۳۹۶) در پژوهشی پیرامون مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و غیرشاغل شهرستان یزد به این نتیجه دست یافتند که زنان شاغل نسبت به زنان غیرشاغل از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. صادقی فسایی و میرحسینی (۱۳۹۵) از طریق مصاحبه عمیق کیفی با ۲۶ زن خانه دار و متاهل ۲۶ تا ۵۸ ساله در شهر تهران به این نتیجه دست یافتند که سطح تحصیلات زنان، مادری و به تبع آن تعداد فرزندان، اعتقادات مذهبی و سنتی، میزان مشارکت و فعالیت اجتماعی، مناسبات قدرت در خانواده و میزان تسلط و استیلای مردانه ... در کیفیت زندگی زنان و مواجهه آنان با امور خانه داری تأثیر گذار است و زنان استراتژی های متفاوتی را به منظور ارتقاء سطح کیفیت زندگیشان به کار می‌بندند که عبارتند از شرکت در کلاس های ورزشی و تفریحی، عضویت در کانون های فرهنگی، برگزاری مراسم مذهبی و مهمانی های دوره ای زنانه. ترکمن و فتحی (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی درباره تأثیر اشتغال زنان بر کیفیت زندگی آنان به این نتیجه رسیدند که افراد مورد مطالعه از کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بودند و رضایت شغلی، مقدار حقوق، سن و وضعیت تاهل بر مقدار کیفیت زندگی زنان شاغل مورد مطالعه تأثیر داشته است. در واقع، افرادی که از رضایت شغلی و مقدار حقوق بالاتری برخوردار بودند، افراد در رده سنی ۳۴-۲۵ و افراد مجرد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند.

صلحی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه ای پیرامون کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در استان تهران به این نتیجه رسیدند کیفیت زندگی در بین زنان مورد مطالعه در سطح متوسط می‌باشد. بالاترین میانگین به جنبه فیزیکی و پایین ترین میانگین به جنبه محیطی کیفیت زندگی مربوط می‌شد. هوشیار و همکاران (۲۰۱۵) نیز با مقایسه کیفیت زندگی زنان متاهل شاغل و غیرشاغل شهر تهران به این نتیجه دست یافتند که تفاوت معناداری بین رضایت از رابطه، تعهد، صمیمیت، اعتماد، عشق و عملکرد اجتماعی زنان خانه دار و زنان شاغل به نفع زنان شاغل وجود دارد. بطوریکه رفتن به سرکار و مشغله بیرون از خانه، همدلی و درک مسائل زندگی بین زن و شوهر را افزایش می‌دهد.

علاوه بر پژوهشهای انجام شده در داخل کشور، مطالعات و پژوهشهایی در خارج از کشور در زمینه کیفیت زندگی انجام شده است که در ادامه به برخی از آنها اشاره می‌شود.

یوانا و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی در مورد کیفیت زندگی زنان شاغل و غیر شاغل جامعه رمو ایالت اوگان نیجریه با بررسی ۲۹۷ زن متأهل شاغل و ۲۴۱ زن متأهل خانه دار به این نتیجه رسیدند که میانگین کیفیت زندگی زنان شاغل در حیطه های اجتماعی، روانی و محیطی بالاتر از میانگین کیفیت زندگی زنان خانه دار است. الهمدان و التیمی (۲۰۲۳) در پژوهش خود درباره کیفیت زندگی زنان کویت به این نتیجه رسیدند که اکثر زنان مطلقه شرکت کننده در مطالعه دارای سطوح بالایی از کیفیت زندگی بودند. بهاتیا و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه خود در دانشگاه پنجاب به این نتیجه دست یافتند که بطور کلی کیفیت زندگی افراد متأهل دانشگاه چندینگر پنجاب، بهتر از افراد مجرد اعم از کارکنان و دانشجویان در همه حیطه ها یعنی جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی است. اما با افزایش سن، با افزایش مدت ازدواج و همچنین با افزایش تعداد کودکان کاهش می یابد. همچنین مشخص شد که کیفیت زندگی در بین تمام افراد متأهل و مجرد، کیفیت زندگی در بین افراد خانه دار بهتر از افراد شاغل و غیر شاغل از جمله دانشجویان بود. یلدیز و همکاران (۲۰۲۱) در تحقیقی در مورد درک رفاه زنان در ترکیه نشان دادند که علاوه بر منابع مادی و محیط زندگی، عوامل مرتبط با عاملیت زنان - یعنی تحصیلات و مشارکت در تصمیم گیری - با سطح رضایت زنان از زندگی مرتبط است. سینگ و کومار (۲۰۲۰) نیز با بررسی متغیرهای کیفیت و رضایت از زندگی در بین زنان شاغل و خانه دار بیان کردند که زنان شاغل دارای محبت، رضایت زناشویی، همدلی، توافق و همچنین روابط تجاری و استاندارد زندگی بیشتری هستند، ولی زنان خانه دار احساساتی ترند و خشونت فیزیکی بیشتری نشان می دهند. تفاوت میان این دو گروه ممکن است به دلیل نقش آموزش و رابطه آن با وضعیت مالی آنها باشد. قوش (۲۰۱۹) نیز در پژوهشی درباره کیفیت زندگی در میان مادران شاغل و غیر شاغل در کلکته به این نتیجه دست یافت که بین مادران شاغل و غیر شاغل از نظر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. مادران شاغل از کیفیت زندگی بهتری نسبت به مادران غیر شاغل برخوردار بودند. خان و احمد (۲۰۱۸) با بررسی کیفیت زندگی زنان متأهل شاغل و خانه دار در بخش بیجنور هند به این نتیجه رسیدند که زنان خانه دار و شاغل با توجه به مسائل خاصی که دارند، کیفیت زندگی آنها نیز با هم متفاوت است بطوری که بین زنان شاغل و خانه دار متأهل از نظر سلامت جسمانی تفاوتی وجود ندارد، اما هر دو گروه در بعد روانی، اجتماعی و محیطی با هم تفاوت دارند. دلیل این امر ممکن است این باشد که زنان شاغل تحصیلات بیشتری دارند، بیشتر در معرض روابط بین فردی حرفه ای هستند و گاهی نقش دوگانه ای دارند که راحت تر می توانند بازی کنند، اما زنان خانه دار در خانه می مانند و کارهای خانه را انجام می دهند، اگرچه به صورت غیرمستقیم می توانند در تولید کل خانواده نقش داشته باشند. آناند و شارما (۲۰۱۷) در پژوهش خود با بررسی تطبیقی کیفیت زندگی زنان شاغل و غیر شاغل از مناطق مختلف دهلی به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی در حیطه های فیزیکی، اجتماعی، روان شناختی و محیطی زنان غیر شاغل بیشتر از زنان شاغل بود. سایهیرا اس اس و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیق خود کیفیت زندگی (رفاه و بهزیستی ذهنی) زنان در موضع تصمیم گیری در بخش عمومی مالزی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج یافته های آنها نشان داد اشتغال زنان در بخش عمومی آنها را با چالش هایی چون استرس شغلی، تضاد خانواده، کار و سلامت مواجه می کند. نوید مفتی و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیق خود روی ۶۰ زن متأهل شاغل کارگر و ۶۰ زن متأهل غیر شاغل به این نتیجه رسیدند سطح پرخاشگری در بین زنان شاغل نسبت به زنان غیر شاغل کمتر است و سطح کیفیت زندگی در میان زنان غیر شاغل در مقایسه با زنان شاغل بالاتر است در حالیکه سطح خود کنترلی در میان زنان شاغل نسبت به زنان غیر شاغل بالاتر است.

مرور پیشینه تجربی حوزه کیفیت زندگی زنان حاکی از آن است که اغلب پژوهش های انجام گرفته بر جنبه های عینی کیفیت زندگی و بیشتر بر جامعه آماری محدود و قشر خاصی نظیر زنان سرپرست خانوار، زنان شاغل و متأهل متمرکز بوده است در حالیکه یکی از مختصات مطالعه حاضر، تنوع جامعه آماری است که بر تمام زنان ساکن در تهران متمرکز است. یکی دیگر از ویژگی های پژوهش حاضر طراحی ابزار سنجش کیفیت زندگی در دو بعد ذهنی و عینی با ترکیب مقیاس های گوناگون موجود و متناسب با بافتار و ساختار خاص جامعه هدف است.

۳. چارچوب نظری

تاکنون هیچ گونه تعریف دقیق، جامع و یکسانی از کیفیت زندگی ارائه نشده است، زیرا کیفیت زندگی، مفهومی است گسترده و چند وجهی که بررسی آن نیاز به اتخاذ رهیافتی بین‌رشته‌ای دارد به این معنا که این مفهوم پیچیده ترکیبی از سلامت جسمی، وضعیت روانی، سطح استقلال و عزت نفس، شادمانی، رضایت از زندگی، روابط اجتماعی و همچنین روابط افراد با سیما و خصوصیات برجسته و مهم محیط شان می‌باشد (سپایکر ۱۹۹۰، فارکور ۱۹۹۵) و با اصطلاحاتی نظیر «رفاه یا بهزیستی»^۱، «شاخص‌های اجتماعی»^۲ و «شیوه زندگی»^۳ همپوشانی معنایی دارد اما مترادف هم نیستند (آندریو ۱۹۸۰). همچنین محققان در رشته‌های مختلف موضوع را از دیدگاه‌های گوناگون می‌بینند وقتی معنای کیفیت زندگی را از نگاه حرفه‌ها و رشته‌های مختلف مقایسه می‌کنیم پزشکان به متغیرهای مربوط به سلامت و بیماری تمرکز می‌کنند و کیفیت زندگی را به عنوان «ارزش تداوم زندگی تعدیل شده به وسیله کمبودهای مختلف، وضعیت عملکردی و فرصت‌های اجتماعی که تحت تأثیر بیماری، آسیب، درمان یا سیاست اجتماعی و سیاسی قرار می‌گیرد» تعریف می‌کنند (فارکور ۱۹۹۵). درمانگر برانطباق و سازگاری برای زندگی خوب تأکید می‌کند و به مفهوم کیفیت زندگی به عنوان میزان و درجه خوب بودن و زندگی در طول زندگی روزانه توجه می‌کند (دایک ۲۰۰۰). روان‌شناسان برابعد سلامت و تندرستی روحی-روانی افراد در زندگی و جامعه‌شناسان بر کیفیت روابط اجتماعی افراد و کیفیت زندگی اجتماعی و فرهنگی بطورکل متمرکزند و برنامه‌ریزان توسعه‌ای و محیطی بر کیفیت فیزیکی و کالبدی محیط زندگی تأکید می‌کنند (آندریو ۱۹۸۰). بسیاری از پژوهشگران این حوزه سطح رفاه و بهزیستی را برای بیان کیفیت زندگی پذیرفته‌اند. بنابراین در ادبیات، کیفیت زندگی ممکن است در ذیل اصطلاحات گوناگونی چون؛ وضعیت سلامت، کارکرد عملکرد جسمی، سلامت جسمی، احساس سلامت و تندرستی، رضایت از زندگی، شناخت فردی و ناتوانی عملکردی و بهزیستی بیاید. باید یادآور شد که استفاده از اصطلاحات مذکور به ترجیحات محققان بستگی دارد (هانت ۱۹۹۷). مقوله کیفیت زندگی در طول پایان جنگ جهانی دوم، زمانی در دانشگاه‌ها محبوبیت پیدا کرد که سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سلامتی را «بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی می‌دانست و نه صرفاً عدم وجود بیماری و ناتوانی». به عبارت دیگر کیفیت زندگی را دربرگیرنده خوشحالی، رضایت از زندگی، بهزیستی، خودشکوفایی، بی‌نیازی، رهایی از فقر، کارکرد هدفمند، بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری می‌داند. بنابراین یکی از تعاریف پذیرفته شده و موردوفاق محافل علمی درباره کیفیت زندگی از سوی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۳) ارائه شد اینکه «کیفیت زندگی ادراک فرد از موقعیت زندگی خود در چارچوب نظام‌های فرهنگی و ارزشی است که در آن زندگی می‌کند و با اهداف، معیارها و دغدغه‌های او رابطه دارد و در واقع شامل مولفه‌هایی چون سلامت فیزیکی، سلامت روانی، روابط و ارتباطات اجتماعی و سلامت محیط است (سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۴).

در ادامه به رویکردهای نظری پیرامون کیفیت زندگی پرداخته می‌شود. اغلب بحث‌های پیرامون تعریف کیفیت زندگی حول محور رویکردهای عینی و ذهنی کیفیت زندگی متمرکز است. از نظر رایس (۱۹۸۴) کیفیت زندگی عینی به آن میزان استانداردهای معین زندگی گفته می‌شود که با شرایط، فعالیت‌ها و پیامدهای فعالیت زندگی فرد از نظر عینی قابل سنجش همراه است و کیفیت زندگی ذهنی مجموعه‌ای از طرز تلقی‌ها و احساسات یک فرد نسبت به زندگی‌اش گفته می‌شود (کرسه ۱۹۹۲).

بنابراین در مقوله عینی و ذهنی این سؤال اصلی وجود دارد که چه کسی باید تعیین کند تا چه اندازه خواسته‌ها و نیازهای فرد به خوبی برآورده شده است. رویکرد عینی روی دآوری نخبگانی متمرکز است که استانداردهایی برای زندگی تعیین کرده‌اند و معتقدند نیازهای انسانی برآورده شده‌اند، رویکرد ذهنی به افراد اجازه می‌دهد خودشان کیفیت زندگی خود را تعیین نموده و امکانپذیری انبوهی از رویکردهای مختلف را شناسایی کنند (بلیشن و اتکینسون ۱۹۸۰). بطور کلی کارگزاران حکومت رویکردهای

^۱. well-being

^۲. social indicators

^۳. way of life

عینی را برگزیده اند درحالیکه سازمانها با نام و نشانی آکادمیک ویژه رویکردهای ذهنی را پذیرفته اند. اما در نهایت با ترکیب این دو رویکرد ذهنی و عینی است که می توان کیفیت زندگی را بطوردقیق مورد سنجش قرار داد. همانطور که آندریو و ویتی (۱۹۷۶) بیان داشته اند « تنها وقتی که هر دو شاخص (عینی و ذهنی) بطور همزمان اندازه گیری شود می توان فهمید که چگونه تغییرات قابل اثبات در شرایط زندگی بر احساس افراد نسبت به کیفیت زندگی تأثیر می گذارد و بالعکس، چه تغییراتی در احساس افراد نسبت به کیفیت زندگی را می توان به تغییرات در شرایط بیرونی نسبت داد» (آندریو و ویتی ۱۹۷۶).

نظریه فرانس و پاورز: فرانس و پاورز معتقدند، کیفیت زندگی ادراک فرد از رفاه است که به نظر می رسد از رضایت یا عدم رضایت در حیطه های عمده زندگی (خانواده، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، وضع جسمانی و روانی) ناشی می شود (فرانس و پاورز ۲۰۰۸). فرانس (۱۹۹۶) معتقد است کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی و ذهنی است براساس نتایج پژوهش های پیشین می توان گفت که کیفیت زندگی در تجربیات زندگی نهفته است و تنها خود افراد می توانند در مورد کیفیت زندگی شان قضاوت کنند. با این حال مشکل تعریف و سنجش دقیق کیفیت زندگی منجر به تناقضاتی در تفسیر آن شده است. زیرا این مفهوم تحت تأثیر ارزش های فرهنگی، قومیتی و مذهبی می باشد و از طرف دیگر، در هنگام ارزیابی کیفیت زندگی، مؤلفه های متعددی می بایست در نظر گرفته شود مانند سلامت، عملکرد، آسایش، عکس العمل عاطفی و اقتصاد. همچنین این اجماع نظر وجود دارد که رضایت از زندگی یکی از جنبه های مهم کیفیت زندگی افراد می باشد و از آن جا که رضایت از حوزه های مختلف برای افراد متفاوت است، اهمیت این حوزه ها نیز برای افراد مختلف، متفاوت بوده و تأثیر یکسانی بر کیفیت زندگی افراد نخواهد داشت، زیرا افراد با توجه به این که کدام حوزه از زندگی برایشان اهمیت بیش تری دارد، از نظر رضایت متفاوت هستند و مجموع امتیازات رضایت به تنهایی، کیفیت زندگی را به درستی نشان نمی دهد. با توجه به این موارد می توان گفت کیفیت زندگی به معنی احساس آسایش فرد است که از یک سوی از رضایت یا نارضایتی او در حوزه هایی از زندگی نشأت می گیرد که برایش حائز اهمیت است. از سوی دیگر ناشی از این آگاهی است که افراد چگونه شرایطشان را ارزیابی می کنند بنابراین از نظر فرانس چهار عامل وضعیت خانوادگی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، وضعیت جسمانی و وضعیت روانی بر کیفیت زندگی افراد موثر است (فرانس و پاورز ۱۹۸۵).

وضعیت خانوادگی شامل: ارتباط با همسر، ارتباط با فرزندان و شادی های خانوادگی می باشد. وضعیت و عملکرد جسمانی شامل: دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، رضایت از زندگی زناشویی، توانایی برعهده گرفتن مسئولیت های خانوادگی، مفید بودن برای دیگران، رضایت از فرصت ها برای نیل به آینده دلخواه سلامت جسمی میزان تحرک و فعالیت، علائم جسمی، فعالیت جنسی، عوارض ناشی از داروها و توانایی در قبال مسئولیت ها و شرکت در فعالیت های تفریحی می باشد. وضعیت روحی و روانی شامل رضایت از زندگی، خلق (نحوه برخورد)، رضایت از آرامش فکری، اضطراب و تنش، اعتماد به نفس، دستیابی به اهداف مورد نظر، جنبه های روحی- مذهبی، افسردگی، سازگاری، شور و شوق زندگی و احساس امنیت، رضایت از زندگی، رضایت از قیافه ظاهری، رضایت از خویشتن می باشد و وضعیت اقتصادی و اجتماعی نیز شامل: استحکام- کار (اجتماعی)، تعلیم و تربیت (تحصیلی)، وضعیت مالی- درآمد، دوستیابی در زندگی، رضایت از دوستان، رضایت از حمایت عاطفی دیگران، رضایت از همسایه ها، رضایت از محل و محله سکونت، رضایت از کار، رضایت از آموزش تحصیلی و تأمین نیاز مالی، حمایت اجتماعی و رضایت از شهر و ملیت خود می باشد (ورکچو ۲۰۰۱: ۲۵۵-۵۶).

نظریه شالوک: از نظر شالوک کیفیت زندگی یک مفهوم حساس و یک موضوع وحدت بخش است که در طول زمان به صورت یک برساخت اجتماعی درآمده است. مفهوم حساسی که نقطه ارجاع و راهنمایی برای برنامه ریزی بر اساس نیازها، خواسته ها و ترجیحات فرد را فراهم می سازد. کیفیت زندگی به عنوان یک برساخت اجتماعی، به یک اصل مسلط تبدیل می شود که نه تنها بهزیستی فردی را هدایت می کند، بلکه به عنوان یک نقطه مرجع مشترک عمل می کند که از همکاری برای برنامه ریزی در جامعه

و تغییرات اجتماعی حمایت می‌کند (شالوک ۲۰۰۴). شالوک (۱۹۹۴) کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: درکی که فرد از زندگی خانوادگی و اجتماعی، شغل و میزان سلامتی خود بدست می‌آورد، شالوک کیفیت زندگی را ذهنی و ناشی از درک فردی از وضعیت عینی زندگی شخصی و درک از رضایت دیگران می‌داند (همان، ص ۱۶). مدل شالوک (۲۰۰۴) از هشت حوزه اصلی کیفیت زندگی تشکیل شده است که این حوزه‌ها به ترتیب عبارتند از: ۱) روابط بین شخصی، ۲) پذیرش و ادخال اجتماعی، ۳) رشد فردی، ۴) احساس بهزیستی فیزیکی و جسمانی، ۵) حق تعیین سرنوشت خود، ۶) احساس بهزیستی مادی، ۷) احساس بهزیستی احساسی و عاطفی و ۸) حقوق نظیر حقوق بشر، حقوق قانونی. این هشت حوزه تحت تأثیر ویژگی‌های شخصی فردی و عوامل محیطی قرار دارند. در عین حال که این حوزه‌ها ثابت هستند، اما به طور جداگانه در رابطه با ارزش‌ها و اولویت‌های فرد متغیر هستند (شالوک ۲۰۰۴).

رویکرد کیفیت زندگی شهری: منظور از کیفیت زندگی شهری توجه به شاخص‌های اجتماعی، فرهنگی، محیطی و روانی در دو وجه عینی (کمی) و ذهنی (کیفی) در روند برنامه‌ریزی کیفیت زندگی شهری است. بدین معنا که علاوه بر اندازه‌گیری شاخص‌ها به صورت مشخص و عینی، می‌باید ذهنیت و نوع نگاه شهروندان به این شاخص‌ها نیز مورد توجه قرار گیرد. مطالعاتی که بر روی کیفیت زندگی در شهرها انجام می‌شود علاوه بر آنکه به روابط عینی - ذهنی در حوزه‌هایی مانند مسکن و اجتماع می‌پردازد، درک بهتری از معنای کیفیت زندگی در شهرها و شیوه‌ای فراهم می‌آورد که بتوان آن را مورد سنجش قرار داد. کمبل و همکاران (۱۹۷۶) و مارانز (۲۰۰۳) معتقدند که کیفیت یک مکان یا محیط جغرافیایی وابسته به طرز تفکر خاص افراد بوده و افراد ساکن در یک محیط خاص ممکن است دارای ارزیابی‌های متفاوتی باشند. ارزیابی‌های افراد نیز به شدت تحت تأثیر ویژگی‌های آنها، نیازها و تجارب قبلی آنها قرار دارد. ارزیابی کیفیت زندگی اجتماعی مبتنی بر کیفیت محیط اجتماعی، کیفیت محیط اقتصادی، کیفیت محیط فیزیکی و کیفیت حمل و نقل و شامل ارزیابی شهروندان از جامعه، محله و همسایگی، مسکن، دولت و خدمات همگانی و نیز مقولاتی مانند استفاده از پارک‌ها، اشتغال در فعالیت‌های اجتماعی، اولویت‌های ساکنین، رضایت از حمل و نقل عمومی، شناخت مشکلات محیطی و ... بوده است (کمبل و همکاران ۱۹۷۶، مارانز ۲۰۰۳).

نظریه مارک راپلی (۲۰۰۳): راپلی می‌گوید مشکلات اخلاقی، مفهومی و فلسفی جدی در مطالعه کیفیت زندگی وجود دارد که محققان باید آن را جدی بگیرند وی در کتاب «تحقیق کیفیت زندگی» در سال ۲۰۰۳ کیفیت زندگی را به شادی، رضایت از زندگی، رفاه، خودشکوفایی، عملکرد عینی، تعادل، تعادل یا «سعادت واقعی»، رفاه، رضایتمندی، بیکاری کم تعریف می‌کند و می‌گوید در مورد کیفیت زندگی باید دو بعد عینی و ذهنی را در نظر داشت. بعد ذهنی آن بر ادراک ذهنی و تجربی از بهزیستی و کیفیت زندگی توسط فرد متمرکز است و مربوط به حس درونی انسان چون حس شادمانی و رضایتمندی از مقوله‌هایی نظیر احساس اجتماعی بودن

مالکیت مادی، احساس سلامتی و شادکامی، رابطه با خانواده، رضایت شغلی، احساس عدالت توزیعی، هویت طبقاتی، عضویت انجمنی و رضایت از زندگی بطور کلی می‌باشد. اما بعد عینی آن بر زمینه‌های عینی زندگی که بیانگر واقعیت‌های اجتماعی مستقل از ارزشگذاری‌های شخصی هستند، تأکید می‌کند مانند نرخ خودکشی، نرخ جرم و فقر، نرخ بیکاری، تولید ناخالص داخلی، دسترسی به مدرسه، ساعت کار در هفته، نرخ مرگ و میر نوزادان و امید به زندگی. فرض پایه در این تعریف این است که شرایط زندگی را می‌توان از راه قیاس شرایط واقعی با معیارهای هنجارین مورد قضاوت قرار داد (راپلی ۲۰۰۳).

بنابراین دستگاه نظری پژوهش حاضر برای تبیین کیفیت زندگی در ابعاد عینی، ذهنی و محیطی، تلفیقی از شاخص‌های دیدگاه فرانس و پاورز (۱۹۹۳)، شالوک (۲۰۰۴)، راپلی (۲۰۰۳)، مدل‌های کیفیت زندگی شهری و گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی می‌باشد. در پژوهش حاضر براساس چهار دسته رویکرد مذکور می‌توان گفت کیفیت زندگی نه تنها به عنوان یک وضعیت بلکه به عنوان یک فرایند قابل ملاحظه است که شامل عناصر ذهنی و عینی می‌باشد. براساس رویکرد فرایندی باید بر نقش فعال

تجربه شخصی و ظرفیت افراد به عنوان عناصر سازنده کیفیت زندگی توجه نمود. یعنی کیفیت زندگی را باید براساس رابطه بین دو عنصر ذهنی یا فرد محور و شرایط عینی یا محیط محور تعریف نمود. بعدذهنی فردی و اجتماعی زندگی شامل وضعیت فردی فرد (کیفیت سلامت و بهزیستی جسمانی، بهزیستی روانی، بهزیستی مادی، رشد شخصی و حقوق فردی) و وضعیت اجتماعی (روابط، مشارکت اجتماعی و روابط خانوادگی)، و بعدعینی -ذهنی محیطی شامل کیفیت شرایط محیطی شامل بکارگیری فرصت ها در زندگی نظیر ویژگی های محیطی (فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی) از نظر میزان آلودگی در محیط، امنیت محیطی، شلوغی محیط، دسترسی به خدمات شهری (آموزشی، فرهنگی، بهداشتی، تفریحی، اضطراری، حمل و نقل شهری، فضای سبز)، کیفیت مسکن، تغذیه، سرزندگی محیط زندگی، روابط اجتماعی حاکم بر محیط زندگی، میزان جرم، کیفیت قرارگیری عناصر شهری می باشد.



شکل ۱. مدل نظری کیفیت زندگی زنان

۴. روش شناسی پژوهش:

پژوهش حاضر از لحاظ هدف از نوع تحقیقات کاربردی، از لحاظ استراتژی کمی و از لحاظ فرایند اجرا از نوع تحقیقات پیمایشی است زیرا پیمایش، مجموعه ای از روش های منظم و استاندارد است که برای بدست آوردن اطلاعاتی درباره ی دیدگاه ها، باورها، نظرات، رفتارها یا مشخصات گروهی از اعضای یک جامعه ی آماری بکار برده می شود. و از طریق آن به توصیف، پیش بینی و تحلیل ارتباط میان متغیرها پرداخته می شود. بنا به سیاست های کارفرما و بهره بردار اصلی طرح یعنی اداره کل امور بانوان در قبال بانوان شهر تهران، جامعه آماری طرح شامل کلیه زنان ۱۵ سال به بالای مراجعه کننده به مراکز و زیرمجموعه اداره کل امور بانوان می باشد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد که در مجموع حجم نمونه نهایی ۱۲۰۰ نفر بدست آمد. اما از آنجایی که در بیشتر تحقیقات پیمایشی تعدادی از پرسشنامه ها به دلایل گوناگون (بی جوابی، الگوی یکنواخت در پاسخ دهی، پاسخ های نامربوط و مفقود شدن پرسشنامه،...) قابل استفاده نمی باشند، لذا برای جلوگیری از کاهش حجم نمونه، ۵ تا ۱۰ درصد بیشتر از تعداد حجم نمونه محاسبه شده توزیع گردید تا در نهایت حجم نمونه مورد نظر مورد بررسی قرار گیرد. در پژوهش حاضر ابتدا فهرست کلیه مراکز و مجموعه های خاص زنان (نظیر بهشت مادران، پردیس بانوان، بوستان نرگس، مجموعه شهربانو، بوستان ریحانه) در مناطق ۲۲ گانه که زیرمجموعه اداره کل امور بانوان می باشد، استخراج گردید سپس از بین مناطق گوناگون، سه خوشه بالا، متوسط و پایین برای جمع داده ها انتخاب

شد که حجم نمونه ۱۲۰۰ نفری به نسبت مساوی در خوشه های سه گانه مناطق یعنی در بین کل زیرمجموعه ها تقسیم شد و به جهت رعایت منطق نمونه گیری تصادفی، از هر ۵ نفر مراجعه کننده به مجموعه های یاد شده، به طور تصادفی یک نفر به عنوان عضو نمونه انتخاب گردید.

ابزار گردآوری داده ها در پژوهش حاضر، پرسشنامه بود که با ترکیبی از پرسشنامه های معتبر جهانی از جمله پرسشنامه فرانس و پاورز (۱۹۹۳)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۳) و پرسشنامه شالوک و وردگو (۲۰۰۲)، شالوک و همکاران (۲۰۰۵ و ۲۰۰۸) و شاخص های مدل راپلی (۲۰۰۳) در باره کیفیت زندگی و شاخص های بومی خاص جامعه مورد مطالعه، پرسشنامه نهایی تهیه و تنظیم گردید و برای تشخیص اعتبار صوری پرسشنامه تهیه شده در مراحل مختلف (قبل از پیش آزمون و پس آزمون) در اختیار صاحب نظران محترم قرار گرفت و دیدگاه آنها جهت تصحیح و رفع اشکالات موجود لحاظ شد. سپس با استفاده از پیش آزمون های مکرر، این پرسشنامه به صورت نهایی تدوین خواهد شد. برای سنجش پایایی پرسش نامه از آلفای کرونباخ استفاده شد.

جدول ۱. ابعاد و شاخص های کیفیت زندگی زنان

ابعاد و شاخص های کیفیت زندگی	تعداد سوال	ضریب آلفای کرونباخ
وضعیت سلامت و تندرستی (نظیر احساس سلامت جسمی و روانی جهت انجام فعالیت روزانه، احساس نشاط، آرامش ذهنی، احساس یأس، ناامیدی، ناتوانی، اضطراب، احساس عدم بهبودی، احساس مهم و کارآمدی در زندگی، رضایت از میزان مصرف مواد پروتئین و میوه و سبزیجات در برنامه غذایی هفتگی خانواده)	۱۱	۰,۷۶۷
اشتغال، درآمد و معیشت (نظیر رضایت از میزان درآمد، وضعیت مالی، توانایی پرداخت هزینه ها، توانایی خرید، توان پس انداز و رضایت از شغل)	۶	۰,۷۸۵
تعاملات و همبستگی اجتماعی (نظیر روحیه کارگروهی، روابط صمیمانه بین اعضای خانواده، تعامل با همسایگان، همکاران، بستگان، اطرافیان)	۱۰	۰,۹۰
حمایت اجتماعی (نظیر حمایت مادی و معنوی همسر، فرزندان، والدین، دوستان، همکاران، فامیل، همسایگان)	۷	۰,۷۵۳
وضعیت اوقات فراغت (نظیر امکانات ورزشی مناسب، امکانات بازی کودکان، امکانات فرهنگی هنری، فضاهای سبز و بوستان های مناسب بانوان، امکان مسافرت کافی، فرصت کافی برای تماشای فیلم و برنامه های تلویزیونی، توانایی مالی برای تأمین اوقات فراغت)	۷	۰,۷۳۵
عدالت توزیعی و عدم احساس محرومیت (از نظر معیشت، درآمد، تحصیلات، شغل، تفریح و فراغت)	۵	۰,۸۴۴
کیفیت محیطی (وضعیت کوچه و خیابان از نظر روشنایی و نظافت، فضای مناسب پیاده روی، دسترسی آسان به فضاهای آموزشی، فرهنگسراها، کتابخانه های عمومی، سینما و تئاتر، فضاهای تفریحی و شهر بازی، دسترسی به امکانات و فضاهای ورزشی، فضای سبز و بوستان، خدمات عمومی (مانند بانک ها)، مراکز درمانی و بهداشتی، مراکز خرید، پاسگاه پلیس، وسائل حمل و نقل عمومی (اتوبوس، مترو، تاکسی)، کیفیت شبکه فاضلاب، امنیت محیطی از نظر میزان جرم و حضور مجرمین، کارتن خواب، معتاد، متکدی، اراذل و اوباش، مزاحمت خیابانی در شبانه روز)	۱۸	۰,۸۴۳
کیفیت زندگی (کلی)	۶۴	۰,۹۳

در جدول ۱ وضعیت آلفای کرونباخ مولفه های مربوط به کیفیت زندگی نشان داده شده است. با توجه به اینکه تمامی ضرایب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ می باشد، بنابراین سوالات مربوط به مولفه های کیفیت زندگی زنان شهر تهران از اعتبار مناسب و قابل قبولی برخوردار است.

در پژوهش حاضر، علاوه بر سنجش کیفیت زندگی زنان، براساس مطالعات پیشین، عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آن مانند

خاستگاه اجتماعی، سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه، داشتن فرزند و حضورش، قومیت، محل سکونت، وضع تأهل، مدت زندگی مشترک، فاصله سنی با همسر، سرپرستی خانواده و بعد خانوار مورد بررسی قرار گرفت.

۵. یافته‌های پژوهش

بر اساس داده‌های نمونه، میانگین سنی افراد ۴۰,۳ سال با انحراف استاندارد ۱۴,۲۳ بوده است. همچنین بر اساس متغیر تحصیلات، ۱,۸ درصد از پاسخگویان بی سواد، ۴۴,۳ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم، ۱۶,۸ درصد کاردانی، ۲۸,۵ درصد کارشناسی و ۵,۶ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر و ۳ درصد نیز بدون پاسخ می باشند. به لحاظ وضعیت تأهل، ۷۲,۹ درصد از پاسخگویان متاهل، ۱۸,۵ درصد مجرد بوده و ۴,۸ درصد در مقوله سایر (همانند طلاق و ...) و ۳,۸ درصد از پاسخگویان نیز به این سؤال پاسخی ندادند. همچنین یافته‌ها نشان داد که ۳۳,۴ درصد از پاسخگویان دارای فرزند و ۴۸,۵ درصد بدون فرزند و ۱۸,۱ درصد پاسخی به سؤال مذکور پاسخ ندادند. میانگین مدت زمان زندگی مشترک زوجین ۱۱,۳ سال بود. توزیع درصد فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت شغلی نشان داد که ۲۹,۵ درصد از پاسخگویان شاغل، ۵۴,۸ درصد خانه دار، ۶,۸ درصد دانشجو و ۱,۶ درصد بازنشسته می باشند. ۷,۲ درصد نیز اظهار داشته اند که این سؤال ارتباطی به وضعیت آنها ندارد و ۰,۳ درصد از آنها نیز هیچ پاسخی به سؤال مذکور ندادند. از نظر وضعیت مسکن ۵۸,۹ درصد از پاسخگویان دارای مسکن شخصی، ۳۷,۴ درصد رهنی - استیجاری و ۰,۷ درصد سازمانی می باشند و ۳ درصد از پاسخگویان نیز پاسخی به سؤال مذکور ندادند. یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد به لحاظ وضعیت زبانی ۶۰,۵ درصد از پاسخگویان فارس، ۲۵ درصد ترک، ۳,۶ درصد لر، ۳,۱ درصد کرد، ۲,۸ درصد گیلک، ۰,۱ درصد بلوچ و ۲,۸ درصد سایر قومیت ها می باشند و ۲,۱ درصد از پاسخگویان نیز به این سؤال پاسخی ندادند. همچنین گزارش پاسخگویان به لحاظ اختلاف سنی با همسر به این صورت بود که ۲۷ درصد از پاسخگویان اظهار داشته اند که از نظر سنی اختلاف چندانی با همسر خود ندارند. میزان اختلاف سنی ۴۳,۵ درصد از پاسخگویان با همسر خود بین ۵-۱ سال، ۲۴,۷ درصد بین ۱-۶ سال، ۴,۲ درصد بین ۱۱-۱۵ سال و ۰,۴ درصد بیش از ۱۵ سال با همسر خود اختلاف سنی دارند. ۰,۳ درصد از آنها نیز پاسخی به سؤال مذکور ندادند. به لحاظ میزان سابقه کار ۳,۵ درصد از پاسخگویان کمتر از ۷ سال، ۲۴,۳ بین ۷-۱۵ سال، ۵۴,۸ درصد بین ۱۶-۲۳ سال و ۱۷,۴ درصد بیشتر از ۲۴ سال می باشد.

متغیر اصلی پژوهش حاضر کیفیت زندگی بوده که خود شامل ۷ حیطه (حیطه وضعیت سلامت (جسمی و روانی) و تغذیه و بهزیستی مادی، حیطه اشتغال، درآمد و معیشت، حیطه تعاملات و همبستگی اجتماعی، حیطه حمایت اجتماعی، حیطه وضعیت اوقات فراغت، حیطه عدالت توزیعی و عدم احساس محرومیت و حیطه کیفیت محیطی) می باشد. یافته‌های توصیفی حیطه‌های کیفیت زندگی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. توزیع آماری حیطه‌های کیفیت زندگی زنان

حیطه های کیفیت زندگی	حجم نمونه	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
وضعیت سلامت (جسمی و روانی)	۸۷۵	۲,۶۸	۰,۵۴۵	۱	۵
اشتغال، درآمد و معیشت	۱۱۴۵	۳,۴۲	۰,۷۵۱	۱	۵
تعاملات و همبستگی اجتماعی	۴۶۶	۲,۵۷	۰,۷۹۱	۱	۴,۹
حمایت اجتماعی	۳۴۴	۳,۰۲	۰,۷۱۶	۱	۴,۸۶
وضعیت اوقات فراغت	۱۱۷۳	۳,۴۱	۰,۸۶۵	۱	۵
عدالت توزیعی و عدم احساس محرومیت	۱۱۵۸	۳,۱۹	۰,۶۷۰	۱	۵
کیفیت محیطی	۹۰۹	۲,۷۶	۰,۵۱۸	۱	۴,۵
کیفیت زندگی (نمره کلی)	۱۰۲۰	۲,۸۴	۰,۴۵	۱,۲۸	۳,۹۰

جدول ۲ یافته‌های توصیفی حیطه‌های مربوط به کیفیت زندگی زنان را نشان می‌دهد. میانگین نمرات حیطه‌های کیفیت زندگی در دامنه ۱ تا ۵ قرار گرفته است. میانگین حیطه "وضعیت سلامت (جسمی و روانی) و تغذیه و بهزیستی مادی" ۲,۶۸، میانگین حیطه "اشتغال، درآمد و معیشت" ۳,۴۲، میانگین حیطه "تعاملات و همبستگی اجتماعی" ۲,۵۷، میانگین حیطه "حمایت اجتماعی" ۳,۰۲، میانگین حیطه "وضعیت اوقات فراغت" ۳,۴۱، میانگین حیطه "عدالت توزیعی و عدم احساس محرومیت" ۳,۱۹ و میانگین حیطه "کیفیت محیطی" ۲,۷۶ می‌باشند. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی زنان به طور کلی ۲,۸۴ و ۰,۴۵ بود. بنابراین در میان حیطه‌های کیفیت زندگی، حیطه‌ی "اشتغال، درآمد و معیشت" با میانگین ۳,۴۲ بالاتر از حد متوسط و حیطه "تعاملات و همبستگی اجتماعی" با میانگین ۲,۵۷ پایین‌تر از مقدار متوسط قرار دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون تی مستقل جهت مقایسه کیفیت زندگی بر اساس بعد خانوار و حضور فرزند

متغیر	سطح	میانگین	آماره T	سطح معنی داری	اختلاف میانگین
بعد خانوار	بعد خانوار کمتر از ۳	۳,۱۳	۳,۳۱	۰,۰۰۱	۰,۰۹۴
	بعد خانوار بیشتر از ۳	۳,۰۳۳			
حضور فرزند	با فرزند	۳,۰۵۴	-۰,۷۸۶	۰,۴۳۲	-۰,۰۲۴
	بدون فرزند	۳,۰۷۸			

در جدول ۳ به مقایسه کیفیت زندگی زنان بر اساس بعد خانوار و داشتن فرزند آورده شده است. بر اساس یافته‌های جدول ۳ بین میانگین کیفیت زندگی زنان در خانوارهای بیشتر از ۳ نفر و کمتر از ۳ نفر تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰,۰۵$)؛ به طور که میانگین کیفیت زندگی در خانوارهای کمتر از ۳ نفر بیشتر از میانگین کیفیت زندگی در خانوارهای بیشتر از ۳ نفر است. اما بین میانگین کیفیت زندگی زنان در خانواده‌های بدون فرزند و با فرزند در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P > ۰,۰۵$).

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس یک راه و آزمون تعقیبی جهت مقایسه کیفیت زندگی بر اساس وضعیت اشتغال، تحصیلات و وضع تأهل

نتایج تحلیل واریانس			نتایج آزمون تعقیبی (بنفرونی)		
متغیر	F	سطح معنی داری	گروه (I) - گروه (J)	اختلاف میانگین	سطح معنی داری
اشتغال	۲,۴۳	۰,۰۴۸	شاغل - خانه دار	-۰,۲۲۴	۰,۰۰۷
			شاغل - بازنشسته	۰,۲۸۹	۰,۲۰۶
			خانه‌دار - بازنشسته	-۰,۰۶۴	۰,۷۸۵
تحصیلات	۳,۶۴	۰,۰۰۳	(دیپلم و پایین‌تر) - (لیسانس)	۰,۲۵۷	۰,۰۰۱
			(دیپلم و پایین‌تر) - (فوق لیسانس و بالاتر)	۰,۳۴۳	۰,۰۰۳
			متاهل - مجرد	۰,۱۲۱	۰,۵۱۷
وضع تأهل	۹,۶۵	۰,۰۰۵	متاهل - مطلقه	۰,۵۰۱	۰,۰۰۸
			مجرد - مطلقه	۰,۶۲۳	۰,۰۱۸

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در بین زنان شاغل و خانه‌دار تفاوت بین کیفیت زندگی به لحاظ آماری معنادار است ($P < ۰,۰۱$)؛ که در بین این دو گروه نیز کیفیت زندگی زنان خانه‌دار از شاغل بیشتر بوده است. اما بین سایر گروه‌ها به لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نگردید همچنین کیفیت زندگی زنان شاغل در مشاغل مختلف در وضعیت نسبتاً برابری قرار دارد. و در بین زنان با سطوح مختلف تحصیلات، تنها میانگین کیفیت زندگی زنان (دیپلم و پایین‌تر) با (لیسانس) ($P < ۰,۰۱$) و گروه (دیپلم و

پایین تر) با (فوق لیسانس و بالاتر) ($P < 0/01$) تفاوت معناداری وجود داشت، بدین معنا که زنانی که تحصیلات غیر دانشگاهی دارند از افراد دارای تحصیلات دانشگاهی، کیفیت زندگی بالاتری دارند. این بدین معناست که انتظارات افراد در زندگی و ایدآل هایشان با سطح تحصیلات آنها بالا می رود. اما بین میانگین کیفیت زندگی زنان در سطوح تحصیلی مختلف تفاوت معناداری مشاهده نشد. از نظر وضعیت تأهل بین زنان متأهل و مطلقه تفاوت بین کیفیت زندگی به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/01$)؛ که در این بین کیفیت زندگی زنان مطلقه بیشتر از زنان متأهل بوده است. همچنین کیفیت زندگی زنان مجرد و مطلقه به لحاظ آماری معنادار بود که میانگین کیفیت زندگی زنان مطلقه بیشتر از زنان مجرد بود.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی جهت مقایسه کیفیت زندگی بر اساس وضعیت سن، درآمد و قومیت

نتایج تحلیل واریانس			نتایج آزمون تعقیبی (بنفرونی)	
متغیر	F	سطح معنی داری	گروه (I) - گروه (J)	اختلاف میانگین
سن	۶,۷۴	۰,۰۰۰	(زیر ۲۵ سال) - (۳۵-۴۵)	۰,۳۹
			(زیر ۲۵ سال) - (۴۵ سال و بیشتر)	-۰,۲۶
			(۴۵ سال و بالاتر) - (کمتر از ۲۵ سال)	۰,۱۵
			(۴۵ سال و بالاتر) - (۲۵ تا ۳۵)	۰,۲۶
			(۴۵ سال و بالاتر) - (۳۵ تا ۴۵)	۰,۲۹
درآمد	۲,۴۵	۰,۰۴۴	(زیر ۶ میلیون) - (۶ تا ۱۰ میلیون)	-۰,۱۵۳
			(زیر ۶ میلیون) - (۱۰ تا ۱۵ میلیون)	-۰,۴۱۲
			قومیت	۰,۲۷۴
	-	-		۰,۹۶۴

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می شود کیفیت زندگی بین گروه سنی کمتر از ۲۵ سال با گروه های ۳۵-۴۵، ۴۵ سال و بیشتر و همچنین بین گروه سنی ۲۵-۳۵ با گروه سنی ۴۵ سال و بالاتر تفاوت معنی داری وجود دارد. براساس آزمون تعقیبی کیفیت زندگی در گروه های سنی بالاتر بهتر از گروه های سنی جوان می باشد. براساس نتیجه آزمون تعقیبی می توان گفت که در رده سنی ۴۵ سال و بیشتر کیفیت زندگی بالاتر از سایر رده ها بوده است. یعنی با گروه کمتر از ۲۵ سال و ۲۵-۳۵ سال و ۳۵-۴۵ سال دارای تفاوت معنی داری بوده است. که این می تواند به معنی دیر رسیدن گروه های جوان تر به ایده آل های ذهنیشان از کیفیت مطلوب در زندگی باشد. همچنین میانگین کیفیت زندگی در بین زنان با سطح درآمد کمتر از ۶ میلیون و ۶ تا ۱۰ میلیون، به لحاظ آماری معناداری وجود دارد. و در این بین کیفیت زندگی زنان با درآمد ۱۰ تا ۱۵ میلیون بیشتر از زنان با درآمد کمتر از ۶ میلیون بوده و هر چه درآمد بیشتر باشد کیفیت زندگی زنان بالاتر است. اما میانگین کیفیت زندگی زنان متعلق به قومیت های مختلف تفاوت معناداری نشان نداد.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی جهت مقایسه کیفیت زندگی بر اساس وضعیت مدت زمان زندگی مشترک، فاصله سنی با همسر

نتایج تحلیل واریانس			نتایج آزمون تعقیبی (بنفرونی)	
متغیر	F	سطح معنی داری	گروه (I) - گروه (J)	اختلاف میانگین
مدت زمان زندگی	۷,۳۶۰	۰,۰۰۰۱	۱۰- و (۲۱-۳۰)	۰,۱۲۸۴۷*
			۱۰- و (۳۱ و بالاتر)	۰,۲۱۱۲۵*
			۲۰- و (۳۱ و بالاتر)	۰,۱۹۵۳۹*

-	-	-	۰,۴۶۸	۰,۹۸۹	فاصله سنی با همسر
-	-	-	۰,۰۸	۱,۴۹	منطقه

همانطور که جدول ۶ نشان می‌دهد، باتوجه به مقدار آماره F محاسبه شده در آزمون تحلیل واریانس که برابر (۷,۳۶۰) در سطح معنی داری (۰,۰۵) میانگین کیفیت زندگی زنان باتوجه به مدت زندگی مشترک زناشویی اختلاف معنی داری به لحاظ آماری وجود دارد. کیفیت زندگی زنان با مدت زندگی مشترک کمتر از ۲۰ سال با گروه های با زندگی مشترک بیشتر از ۲۰ سال دارای تفاوت معنی دار آماری می باشد. بدین معنا کیفیت زندگی افراد زیر ۲۰ سال زندگی مشترک، بالاتر از بقیه گروه های دیگر است. این امر احتمالاً به دلیل آن است که افراد در اوایل زندگی مشترک زوجین از نظر شاخص های سلامت جسمی و روحی، تعامل و همبستگی اجتماعی، اشتغال، و گذران اوقات فراغت در وضعیت بهتری نسبت به افراد در سنین بالاتر به سر می برند. اما میانگین کیفیت زندگی زنان براساس فاصله سنی با همسر و منطقه محل سکونت تفاوت معناداری نشان نداد.

۶. بحث و نتیجه گیری

کیفیت زندگی نتیجه ارزیابی سلامت عمومی فرد یا جامعه است که می تواند منفی یا مثبت باشد زنان همانند سایر اقشار جامعه خواهان کیفیت زندگی بهتری هستند، با این حال، کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می گیرد. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی زنان در تهران و نقش متغیرهای زمینه ای تأثیرگذار بر آن است. با استنتاج از نظریه شالوک (۱۹۹۴) می توان گفت کیفیت زندگی زنان نوعی طرز تلقی و ارزیابی ذهنی آنها از وضعیت عینی زندگی شخصی و اجتماعی شان است. یافته ها نشان داد که میانگین کیفیت زندگی زنان پایین تر از حد متوسط است و از بین حیطه های کیفیت زندگی، به ترتیب از بالاترین به پایین ترین میانگین، حیطه های اشتغال، درآمد و معیشت، وضعیت اوقات فراغت، عدالت توزیعی، حمایت اجتماعی، کیفیت محیطی، سلامت جسمی و روانی و تعاملات و همبستگی اجتماعی قرار دارند. نتیجه آزمون رابطه بین متغیرهای زمینه ای و کیفیت زندگی زنان نشان داد که کیفیت زندگی زنان متأثر از بعد خانوار است بطوری که میانگین کیفیت زندگی در خانوارهای کمتر از ۳ نفر بالاتر از بقیه خانوارها است و این امر حاکی از آن است که خانوارهای کوچک تر نسبت به خانوارهای پر تعداد از بار مالی کمتر و فرصت و امکان بیشتری برای ارتقای کیفیت زندگی خود از جهت مدیریت اقتصادی خانواده، گذران اوقات فراغت، کار و تحصیلات خود برخوردار هستند این یافته با نتایج پژوهشهای بهاتیا و همکاران (۲۰۲۲) همسوست. همچنین علیرغم اینکه تحصیلات زنان به عنوان سرمایه فرهنگی و یکی از منابع افزایش قدرت زن در ساختار قدرت خانواده تلقی می شود اما یافته های پژوهش حاضر نشان داد کیفیت زندگی در بین زنان دارای سطح تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بالاتر از زنان دارای تحصیلات دانشگاهی است، این امر به این معناست که انتظارات افراد تا حدود زیادی تابع تحصیلات آنهاست و هر چه تحصیلات افراد بالاتر باشد، سطح ایدآل ها و انتظارات شان از زندگی بالاتر می رود در نتیجه میزان رضایت آنها از زندگی کاهش می یابد و کیفیت زندگی خود را نامطلوب تر ارزیابی می نمایند. این یافته با نتایج پژوهشهای شیردل و همکاران (۱۴۰۲)، صادقی فسایی و میرحسینی (۱۳۹۵)، یلدیز و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر تأثیر مثبت تحصیلات بالاتر بر کیفیت زندگی ناهمخوان است. همچنین یافته ها نشان داد علیرغم تأثیرات بدیهی شغل زنان در ابعاد مختلف زندگی آنان و خانواده هایشان، اما کیفیت زندگی زنان خانه دار از زنان شاغل بالاتر است. این وضعیت احتمالاً ناشی از این امر است که زنان شاغل چون وقت روزانه خود را بیشتر صرف کار و اشتغال می کنند بنابراین اوقات فراغت کمتری برای پرداختن به فعالیت های بدنی، استراحت کافی، تغذیه، تفریح و... دارند، لذا کیفیت زندگی خود را در مقایسه با زنان خانه داری که از آزادی عمل بیشتری برخوردارند، نامطلوب ارزیابی می کنند. این یافته با نتایج پژوهش های بهاتیا و همکاران (۲۰۲۲)، قبادی و همکاران (۱۴۰۱) و آناند و شارما (۲۰۱۷)، مفتی

و همکاران (۲۰۱۵) و شریف و همکاران (۲۰۱۵) همسوست اما با نتایج پژوهش های نظری و همکاران (۱۴۰۰)، برفه ئی و هدایتی شاهدی (۱۳۹۶)، ترکمن و فتحی (۱۳۹۵)، هوشیار و همکاران (۱۳۹۳)، یوانا و همکاران (۲۰۲۳)، سینگ و کومار (۲۰۲۰)، قوش (۲۰۱۹) ناهمخوان است.

همچنین یافته های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که کیفیت زندگی زنان مطلقه بیشتر از زنان متأهل و زنان مجرد ازدواج نکرده است. این امر نیز احتمالاً بدین معناست که زنان مطلقه از آزادی بیشتری نسبت به زنان خانه دار برخوردار بوده و اوقات فراغت و زمان کافی برای پرداختن به امورات زندگی شخصی دارند. این یافته با نتایج پژوهشهای الهمدان و التیمی (۲۰۲۳) همسوست. همچنین کیفیت زندگی زنان متأثر از سن آنان است به گونه ای که افراد زیر ۲۵ سال و بالای ۴۵ سال کیفیت زندگی خود را بالاتر از سایر گروههای سنی ارزیابی کرده اند. احتمالاً این امر به دلیل آن است که زندگی این گروه از زنان هنوز به ثبات لازم از جهت تشکیل زندگی و استقلال مالی نرسیده است در نتیجه این قشر هنوز به ایده آل های ذهنیشان از کیفیت مطلوب در زندگی خود دست نیافته اند. این یافته با نتایج پژوهش ترکمن و فتحی (۱۳۹۵) مبنی بر بالا بودن کیفیت زندگی زنان در رده سنی ۳۴-۲۵ ساله و پژوهش بهاتیا و همکاران (۲۰۲۲) مبنی بر همبستگی معکوس سن و کیفیت زندگی ناهمسوست. همچنین میانگین کیفیت زندگی زنان تابع درآمد آنان است و هر چه درآمد زنان در خانواده بیشتر باشد کیفیت زندگی زنان افزایش می یابد. این یافته با نتایج پژوهشهای میرجلیلی و همکاران (۱۳۹۹) همسوست. کیفیت زندگی زنان با مدت زندگی مشترک کمتر از ۲۰ سال با گروه های با زندگی مشترک بیشتر از ۲۰ سال دارای تفاوت معنی دار آماری می باشد. بدین معنا کیفیت زندگی افراد زیر ۲۰ سال زندگی مشترک، بالاتر از بقیه گروه های دیگر است. این امر احتمالاً به دلیل آن است که افراد در اوایل زندگی مشترک زوجین از نظر شاخص های سلامت جسمی و روحی، تعامل و همبستگی اجتماعی، اشتغال، و گذران اوقات فراغت در وضعیت بهتری نسبت به افراد در سنین بالاتر به سر می برند این یافته با نتایج پژوهشهای بهاتیا و همکاران (۲۰۲۲) همسوست. بنابراین یافته های پژوهش حاضر مبنی بر تأثیرپذیری کیفیت زندگی زنان از متغیرهای دموگرافیک موید نظریات فرانس و پاورز (۱۹۸۵) در مورد نقش وضعیت خانوادگی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی و نظریات کمبل و همکاران (۱۹۷۶) و مارانز (۲۰۰۳) در مورد نقش ویژگیهای افراد در تعیین کیفیت زندگی آنان است.

مأخذ مقاله:

مستخرج از طرح پژوهشی با عنوان « سنجش کیفیت زندگی زنان در شهر تهران»، با حمایت معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران در این مقاله تعارض منافی وجود ندارد.

منابع و مأخذ

- آیین وند، صادق، دلاور، علی، مظفری، افسانه، مجیدی قهرودی، نسیم (۱۴۰۰). نقش ویژگی های شخصیتی در کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، روانشناسی تربیتی دوره ۱۷، شماره ۶۱، صص ۱۸۹-۲۰۷.
- <https://doi:10.22054/jep.2022.48185.2821>
- ابراهیمی، مرضیه؛ حسن زاده، فرشاد؛ وزهراکار، کیانوش (۲۰۴۲). ناباروری و کیفیت زندگی زناشویی زوجین (مطالعه موردی زوجین نابارور شهر تهران). مجله علوم روانشناختی، دوره بیست و یکم، شماره ۲۲۱، ۱۴۳۷-۱۴۰۱.
- <https://doi:10.52547/JPS.21.118.2037>
- احمدی، محمد عزیز، مردادی، علیرضا، پروایی، شیوا (بی تا) همه گیر شدن آسیب های اجتماعی زنان در شهر تهران - گزارش بازار ایران، ناشر شهرداری تهران.

- امراه مجدآبادی، زهرا، نیک پیم، نسرین، حضرتی گنبد، سارا، نوری، فاطمه، نوعی محمدباقر، الهام (۱۳۹۷) کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در ایران: یک مطالعه مروری، نشریه پژوهش پرستاری ایران، ۱۴(۵)، ۶۵-۵۸. <https://doi.org/10.21859/ijnr-14508>
- انتظاری، اردشیر، غیاثوند، احمد، عباسی، فاطمه (۱۳۹۶)، عوامل موثر بر افزایش سن ازدواج جوانان در شهر تهران، فصلنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۹(۳۴)، ۲۶۹-۲۰۱. <https://doi.org/10.22054/qjsd.2018.9452>
- بخارایی، احمد، شربتیان، محمد حسن (۱۳۹۳) مطالعه جامعه شناختی عوامل موثر بر توسعه کیفیت زندگی زنان شهر مشهد، فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)، ۸(۴)، صص ۱۳۲-۱۰۷. <https://doi.org/10.25383205.1393.8.4.6.8>
- برفه ئی، سیمین، هدایتی شاهدی، سعیده (۱۳۹۶) مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و غیرشاغل شهرستان یزد، نخستین همایش ملی سبک زندگی و سلامت، <https://civilica.com/doc/747226.Yazd>
- ترکمن، سولماز، فتحی، سروش (۱۳۹۵) تحلیل اثرهای اشتغال زنان بر کیفیت زندگی آنان (مطالعه موردی زنان شاغل در وزارت علوم، تحقیقات و فناوری)، فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه، سال هفتم، شماره چهارم، صص ۲۵-۱۳. <https://doi.org/10.22108/jas.2017.75232.0>
- خادمی، زهرا، صفایی، صفی الله، مرادی شهباز، نسرین (۱۳۹۷) بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی (مورد مطالعه: زنان ۵۵ تا ۱۵ ساله شهر تهران)، فصلنامه جامعه شناسی کاربردی، ۲۹(۲)، ۱۶۸-۱۴۷. <https://doi.org/10.22108/jas.2017.75232.0>
- رضایی، مهدی، محمودی، فاطمه (۱۳۹۸) بازسازی معنایی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در کردستان: یک مطالعه کیفی، جامعه شناسی کاربردی، ۳۰(۱)، ۱۶۶-۱۴۳. <http://10.22108/jas.2018.111204.1404>
- ریماز، شهناز، دستورپور، مریم، وصالی آذرشربانی، سمیرا، ساعیپور، نرگس، بیگی، زهرا، نجات، سحرناز (۱۳۹۲) بررسی کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۹ شهر تهران، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۱۰، شماره ۲، صص ۴۸-۵۵. <http://irje.tums.ac.ir/article-1-5239-fa.html>
- زارعی قبادی، زهرا، مرادیان، یوسف، سحافی، حکیم، زارعی قبادی، فاطمه (۱۴۰۱) بررسی عوامل اجتماعی مختلف بر کیفیت زندگی زنان شاغل و خانهدار با تأکید بر ساختار قدرت در خانواده، مجله پیشرفتهای نوین در علوم رفتاری، دوره هفتم، شماره پنجاه و پنجم، صص ۵۴۱-۵۲۲. <http://ijndibs.com/article-1-775-fa.html>
- شیردل، الهام، معینی، مهدی و دهانی، عبدالحمید (۱۴۰۲) رتبهبندی عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی زنان متأهل شاغل و خانهدار با استفاده از تکنیک AHP، زن در توسعه و سیاست، ۲۱(۲)، ۵۴۰-۵۱۷. <https://doi.org/10.22059/jwdp.2022.344209.1008222>
- صادقی فسایی، سهیلا میرحسینی، زهرا (۱۳۹۵) مطالعه جامعه شناختی کیفیت زندگی زنان خانه دار شهر تهران، پژوهشهای جامعه شناختی، سال دهم، شماره دوم، صص ۴۸-۲۷.
- صلحی مهناز، شعبانی همدان مرضیه، صالحی مسعود (۱۳۹۴). بررسی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بهزیستی استان تهران. مجله ره آورد سلامت، ۱(۱)، ۱-۱۰. <http://rsj.iuums.ac.ir/article-1-21-fa.html>
- عنایت، حلیمه، حیدری، ساناز، پژوهان فرد، سعید (۱۳۹۹)، مطالعه عوامل اجتماعی- فرهنگی موثر بر کیفیت زندگی زنان در خانواده های نابارور شهر شیراز، جامعه شناسی نهادهای اجتماعی، ۷(۱۶)، ۵۹-۴۱. <https://doi.org/10.22080/ssi.2021.18477.1741>
- کرمان ساروی، فتحیه و همکاران (۱۳۹۰)، «مقایسه کیفیت زندگی وابسته به سلامت زنان شاغل و خانه دار»، فصلنامه پایش، ۱۱(۱)، ۹۹-۱۰۴. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.16807626.1390.11.1.13.1>

- کلانتری، معصومه، ستوده، سمانه، دهقان بنادکی، مریم، عربگری، فاطمه (۱۴۰۱) نقش سرمایه های معنوی و روانشناختی در پیش بینی کیفیت زندگی زنان مطلقه، فصلنامه خانواده درمانی کاربردی ۳(۵): ۳۸۹-۴۰۴. <https://doi.org/10.22034/aftj.2022.338837.1542>
- میرجلیلی، سیدحسین، مرادخانی، نرگس، عباس زاده، مهری (۱۳۹۹) بررسی تاثیر درآمد بر کیفیت زندگی زنان (مطالعه موردی کارکنان زن دانشگاه زنجان)، پژوهش نامه زنان، دوره ۱۱، شماره ۳۴ - شماره پیاپی ۳۴، صص ۱۵۶-۱۳۹. <https://doi.org/10.30465/ws.2021.24110.2600>
- نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نایینی، کوروش، محمد، کاظم، مجدزاده، سید رضا (۱۳۸۵)، استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴): ۱-۱۲. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html>
- نظری، فهیمه، کریمیان، حبیبالله، شریفی، منصور (۱۴۰۰) بررسی تاثیر کیفیت اشتغال زنان بر کیفیت زندگی (مطالعه موردی زنان شاغل شهر تهران)، فصلنامه علمی مطالعات فقه اقتصادی، ۳(۳): ۱۶۸-۱۵۰. <https://doi.org/10.22034/ejs.2023.369537.1328>
- Al-Hamdan, M., & Al-Tamimi, R. (2023). Mindfulness and work experience associated with quality of life among divorced women in Kuwait. *North American Journal of Psychology*, 25(2), 261-274.
- Amin A, Munir Mohd Salleh A, Shaladdin Muda M, Ahmad N, Ibrahim Y.(2013) Modeling quality of life and life satisfaction amongst homestay program in Malaysia. *Int Asian Social Science*; Vol. 9, No. 3. 33-41. <http://dx.doi.org/10.5539/ass.v9n3p33>
- Anand, S. and Sharma, M. (2019). Comparative Study on the Quality of Life of Working and Non-Working. *International Journal of Health Sciences and Research*. 256-259.
- Andrews, F. M. (1980). Comparative studies of life quality: Comments on the current state of the art and some issues for future. *research*. In A. Szalai and F. M. Andrews (Eds.), *The quality of life: Comparative studies* (pp. 273-285). London: Sage Publications.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: The development and measurement of perceptual indicators*. New York: Plenum.
- Barcaccia, B. (2013). *Quality of life: everyone wants it, but what is it?*. Forbes/ Education.
- Bhatia R, Shyam R , Kumar M(2022)A Comparative Study to Assess the Quality of Life among Married and Unmarried Individuals in University of North India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. Volume 3 | Issue 2. p1-6.
- Bilevičienė T., Bilevičiūtė E., Drakšas R. (2016), Employment as a factor of life quality. *Journal of International Studies*, 9 (3), 203-216. <https://doi.org/10.14254/2071-8330.2016/9-3/16>.
- Blishen, B., & Atkinson, T.(1980).Anglophone and francophone differences in perceptions of the quality of life in Canada. In A. Szalai and F. M. Andrews (Eds.), *The Quality of Life: Comparative Studies* (pp, 25-39). London: Sage Publications.
- Campbell, A., Converse, R., & Rodgers, W. (1976a). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campos AC, eFerreira EF, Vargas AM, Albala C.(2014)Aging, gender and quality of life (AGEQOL) study: Factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes*;12:166.2-1. <http://www.hqlo.com/content/12/1/166>.
- Cimete, G. Gencalp, N. S., & Keskin, G. (2003). Quality of life and job satisfaction of Nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 18(2), 151- 158.
- Delhey, J., Böhnke, P., Habich,R., Zapf, W., (2002). Quality of life in a European Perspective: The EUROMODULE as a New Instrument for Comparative Welfare Research. *Social Indicators Research*, volume 58, issue 1/3, pages 161-175. <https://doi.org/10.1023/a:1015783800462>
- Dijk AJV (2000) Quality of life assessment: its integration in rehabilitation care through a mode! of daily living. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*32(3): 104-110.<https://doi.org/10.1080/003655000750045442>
- Ferrans, C., & Powers, M. (2008). *Quality of Life Index: Questionnaires and Scoring* [text on the Internet]. Chicago: University of Illinois;. [cited 2008 nov. 3]. Available from: <http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/questionnairehome.htm>.
- Ferrans C.(1996)." Development of conceptual model of quality of life". *Journal of scholarly inquiry for nursing practice*. 10(3), pp: 293-304.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1985). Quality of Life Index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8, 15-24.

- Ferreira M, Ferreira S, Ferreira N, Andrade J, Chaves C, Duarte J. Lifestyles and surveillance of sexual and reproductive women's health. *Procedia Soc Behav Sci*. 2016; 217: 1019-27.
- Farquhar M. (1995). Definitions of Quality of Life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing* 22, 502~508.
- Farquhar M. (1995). Eider! y people's Definitions of Quality of Life: *Social Science & Medicine*. 41 (1 0): 1439-46, 1995 Nov.
- Ghosh. S (2019). Quality of life among working and nonworking mothers in Kolkata. *International Journal of Indian Psychology*, 7(4), 672-679. <https://doi:10.25215/0704.076>.
- Gregory, D; Johnston, R; Pratt, G; Watts, M; et al., eds. (2009). "Quality of Life". Dictionary of human geography (5th ed.). Oxford: Wiley-Blackwell. ISBN 978-1-4051- 3287-9.
- Hajian,Tilaki K, Heidari B, Hajian,Tilaki A. (2017)Health related quality of life and its sociodemographic determinants among Iranian elderly people: A population based cross-sectional study. *ournal of Caring Sciences*, 2;6:39-47. <https://doi:10.15171/jcs.2017.005>.
- Hart PD, Kang M.(2014). Physical inactivity and health-related quality of life among U.S. adult men and women. *J Women's Health Care*;3:201-4.
- Hoshyar, P., Nazary, A. M., Zahrakar, K., Poormalek, M M.(2015). Comparison of Marital Quality of Life among Housewives and Employed Women of Tehran City. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*. 4(1), 53-57.
- Hunt S (1997). The problem of quality of life. *Quality of life research*, 6(3): 205-212. <https://doi:10.1023/A:1026402519847>.
- Inoguchi, T. & Fujii, S. (2012). The quality of life in Asia: A comparison of quality of life in Asia (Vol. 1). *Springer Science & Business Media*.
- Kerce, E. W. (1992). Quality of Life: Meaning, Measurement and Models. SanDiego,California: Navy Personnel research and development center.
- Khan, Aqeel., Ahmad ,Mehfooz(2018)Quality of life among married working women and housewives. *International Journal of Engineering & Technology Singaporean Social Science*, 13-18.
- Kowalska, M., Marcinkowska, U., Joško ,J.,(2010) Occupational satisfaction and quality of life in women aged 45-60 years in the Silesia voivodeship. *Medycyna Pracy*. 61(3):277-85.
- Lee, Kyung Hee. , Xu, Hanzhang., Wu, Bei.(2020) Gender differences in quality of life among community-dwelling older adults in low- and middle-income countries: results from the Study on global AGEing and adult health. *BMC Public Health*. 20:114. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8212-0>.
- Marans, R. W. (2003). Understanding Environmental Quality through Quality of Life Studies: The 2001 DAS and Its Use of Subjective and Objective Indicators. *Landscape and Urban Planning*, 65, 73–83. [http://dx.doi.org/10.1016/S0169-2046\(02\)00239-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0169-2046(02)00239-6).
- Mir, M., Wani, M. A. & Sankar, R. (2016). Impact of Unemployment on Quality of Life. *Journal of Contemporary Psychological Research*, 3 (3), 86 – 91.
- Mitra, Sauli (2018) Quality of Life among Working Women, *The International Journal of Indian Psychology*, Volume 6, Issue 4, <https://doi:10.25215/0604.079>.
- Nussbaum, M. &Sen, A. (1993). *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press.
- Pereira-Morales, A.J., Adan, A., Lopez-Leon, S.,Forero, D. (2018). Personality traits and health-related quality of life: the mediator role of coping strategies and psychological distress, *Ann Gen Psychiatry* 17, 25 .
- Rapley, M. (2003). *Quality of life research: A critical introduction*. London, UK:Sage.
- Ruzevicius,J.(2014). *Quality life and of working life: conceptions and research*. Conference Paper. 17th Toulon-Verona International Conference Excellence in Services. Conference Proceedings.
- Schalock, Robert, (2004),The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*. (48)3 (203-216). <https://doi.:10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x>
- Schneider-Matyka, D., Jurczak, A., Samochowiec, A., Karakiewicz, B., Szkup, M., Grzywacz, A., Grochans, E. (2016). Analysis of personality traits and their influence on the quality of life of postmenopausal women with regard to genetic factors, *Ann Gen Psychiatry*, vol 15(1): 25. <https://doi.10.1186/s12991-016-0110-6>.
- Seyed-Nematollah-Roshan FS,Alhani F, Zareiyan A, Kazemnejad A. (2020)Women's quality of life in Iran: A mixed method study. *Iranian J Nursing Midwifery Res*; 25: 217-23.
- Shabila NP, Al-Hadithi TS. Women's health and status in the Kurdistan Region of Iraq: A review. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*. Vol. 5, No. 2, 70-75.
- Singh, S., & Kumar, K. (2020). Life satisfaction and quality of life level among working and non-working women. *The International Journal of Indian Psychology*, 1(4), 121. <http://doi.org/10.25215/0104.015>.
- Spiker B. (1990) Quality of Life Assessment in Clinica! Trials. *Raven Press*, New York.
- Syahirah SS, S., Norfarhanis, Ms., Mohd Faizal Mohd ,Arif.(2015) Quality Of Life of Women Middle Decision Makers in Malaysian Public Sector, *Journal of Computational and Theoretical Nanoscience*. <http://doi:10.1166/asl.2015.6169>.

- Uwannah, N. C., Ayodele, K. O., Nwakanma, C. H., Starris-Onyema, P. N., Nwachukwu C. U. (2023) Equality of Life Among Employed and Unemployed Women in Remo Community: An Empirical Assessment. *Community practitioner: the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association* 20(8):368. <https://www.researchgate.net/publication/373924856>.
- Varrhcchio, C,G(2001),Relevance of Quality of life to clinical nursing practice, *Seminars in Oncology Nursing*, Volume 6, Issue 4, November 1990, Pages 255-259. [https://doi: 10.1016/0749-2081\(90\)90027-3](https://doi: 10.1016/0749-2081(90)90027-3).
- Wajiha Naveed Mufti, Issha Abaid Ullah, Sehrish Fatima (2015). AGGRESSION, SELF-CONTROL AND QUALITY OF LIFE AMONG WORKING AND NON-WORKING WOMEN. *European Journal of Business and Social Sciences*, 4(8), 132-140. <https://www.europub.co.uk/articles/-A-10666>
- World Health Organization. (2004), *The World Health Organization Quality of Life(WHOQOL)-BREF*: www.who.int/substance_abuse/research_tools/enfarsi_whoqol.pdf.
- WHO Quality of Life Scale-Brief (WHOQOL) (2012). *Measuring quality of life. World Health Organization*.<https://depts.washington.edu/uwcsc/sites/default/files/hw00/d40/uwcsc/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale.pdf>
- Yıldız, Dilek., Arslan, Hilal., Alanur Caylin(2021)Understanding women's well-being in Turkey. *Vienna Yearbook of Population Research* (Vol. 19), pp. 1–37. <https://doi:10.1553/populationyearbook2021.res2.3>.
- Yuan Y, Aghdam N, King C, Fuller D. (2019). Testosterone Levels and Sexual Quality of Life Following Stereotactic Body Radiotherapy for Prostate Cancer: A Multi-Institutional Analysis of Prospective Trials. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*.17. pii: S0360-3016(19)30727-8.