

Comparison of quality of life of single-parent couples with couples with more than two children in families living in Tehran

Received: 7 - 5 - 2018

Accepted: 3 - 5 - 2019

Ebrahim Naeimi

Assistant Professor, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (**Corresponding Author**)

Milad Saeidi

MA in Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Somayeh Kazemian

Assistant Professor, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Abstract

Today, improving the quality of life has emerged as a new concept of health that addresses the scientific aspects of the psychological, social, functional, and physical aspects. One of the important events of family life is the decision on the number of children. Because this decision affects the lifestyle and, more importantly, the quality of family life. This study aimed to comparison of quality of life of single-parent couples with couples with more than two children. Regarding the subject of the research, in order to test the hypothesis, the correlation method is used. The study population was single-parent couples and more than two children in Tehran's 7th district. In this research, sampling was done with maximum diversity, so that single-parent couples and couples with more than two children of ages, educational levels and different economic and social classes were selected. Sampling method is a random method. In our research, 300 were selected as samples. The Quality of Life Questionnaire (SF-36) is the most popular and used tool for assessing quality of life. It was also used in this study. The results of the test showed that there is a relationship between physical function, emotional well-being, general health and social function with the number of children for both groups. The results of our research showed that there is a relationship between physical function and the number of children, and this relationship has been established between single-parent couples and couples with more than a few children.

Key words: *quality of life, single-parent couples, couples with more than two children*

citation

Naeimi, E., Saeidi, M and Kazemian, S (2019). Comparison of quality of life of single-parent couples with couples with more than two children. . *Family Counseling and Psychotherapy*, 1, 161- 172.

مقایسه کیفیت زندگی زوجین تک‌فرزند با زوجین دارای بیش از دو فرزند در خانواده‌های تهرانی

پذیرش: ۱۳۹۸-۰۲-۱۳

دریافت: ۱۳۹۷-۰۲-۱۷

ابراهیم نعیمی	استادیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
میلاذ سعیدی	کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی.
سمیه کاظمیان	استادیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.

چکیده

امروزه بهبود کیفیت زندگی به‌عنوان مفهوم تازه‌تری از سلامتی مطرح‌شده است که به جنبه‌های روان‌شناختی، اجتماعی، عملکردی و جسمی مربوط می‌شود. یکی از رویدادهای برجسته زندگی خانوادگی تصمیم‌گیری درباره تعداد فرزندان است. چراکه این تصمیم بر سبک زندگی و از آن مهم‌تر کیفیت زندگی خانوار مؤثر است. پژوهش حاضر باهدف مقایسه کیفیت زندگی زوجین تک‌فرزند با زوجین دارای بیش از دو فرزند در خانواده‌های تهرانی انجام شده است. با توجه به موضوع پژوهش، به‌منظور آزمون فرضیه از روش همبستگی استفاده شد. جامعه موردپژوهش زوجین تک‌فرزند و نیز با بیش از دو فرزند منطقه هفت شهر تهران بود. در این پژوهش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و در دسترس با حداکثر تنوع انجام شد؛ به‌طوری‌که زوجین تک‌فرزند و زوجین با بیش از دو فرزند سنین، سطوح تحصیلی و طبقات اقتصادی و اجتماعی مختلف انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری روش تصادفی ساده است. در پژوهش ما نیز ۳۰۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36) مشهورترین و پرستفاده‌ترین ابزار برای سنجش کیفیت زندگی است که در این پژوهش از آن استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد که میان کارکرد جسمی، بهزیستی هیجانی، سلامت عمومی و کارکرد اجتماعی با تعداد فرزندان برای هر دو گروه رابطه برقرار است. نتایج پژوهش ما نشان داد که میان کارکرد جسمی و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد و البته این رابطه هم در میان زوجین تک‌فرزند و هم زوجین با بیش از چند فرزند برقرار بوده است.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، زوجین تک‌فرزند، زوجین با بیش از دو فرزند

ارجاع
نعیمی، ابراهیم؛ سعیدی، میلاذ و کاظمیان، سمیه. (۱۳۹۷). مقایسه کیفیت زندگی زوجین تک‌فرزند با زوجین با بیش از دو فرزند. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱، ۱۶۱-۱۷۲.

مقدمه

کیفیت زندگی از جمله مسائلی است که ابتدا در دوران صنعتی شدن با افزایش تولید کالا و صنایع گوناگون مورد توجه قرار گرفت. در واقع افزایش جمعیت و تمرکز سرمایه و صنایع موجبات تبدیل شهرهای بزرگ به کلان شهر را فراهم آورد. این تغییر و تحولات موجبات پدیده‌های زیست محیطی و انسانی فراوانی در جوامع شد. از جمله این پدیده ها می توان به آلودگی هوا و تخریب محیط زیست اشاره کرد. با ادامه این روند مشکلات دیگری چون استرس روانی نیز برای بشریت مسئله ساز شد. به این دلایل بود که کیفیت زندگی مورد توجه دانشمندان قرار گرفت. محققان حوزه کیفیت زندگی ابتدا سالمندان و بیماران را به‌عنوان جامعه هدف خود انتخاب کردند (schuessler & fisherg، 1985)؛ اما در حال حاضر گستره ی این موضوع فراتر رفته و تمامی مردم را در بر می گیرد. در این میان بررسی ابعاد کیفیت زندگی مخصوصاً در حوزه سلامت روانی و زندگی خانوادگی بسیار حائز اهمیت است.

به نظر می رسد که کیفیت زندگی در گذشته بیشتر ناظر به مسائل اقتصادی و رفاهی بوده است اما در قرن حاضر این روند بیشتر سمت و سوی انسانی به خود گرفته است. چراکه آمار بالای بیماری های روانی و جسمی و همچنین مشکلات خانوادگی که همه و همه ناشی از صنعتی شدن و عوارض آن است گریبان گیر جوامع بشری شده است. (حاج یوسفی، ۲۰۰۱).

یکی از وقایع مهم زندگی خانوادگی تصمیم‌گیری در مورد تعداد فرزندان است. چراکه این تصمیم بر سبک زندگی و از آن مهم‌تر کیفیت زندگی خانوار مؤثر است و در این میان آنچه مهم‌تر جلوه می کند این است که افزایش تعداد فرزندان چه تاثیری بر سلامت روانی، اجتماعی و جسمی سایر فرزندان دارد کمیت و کیفیت در بحث تعداد فرزندان همواره شاخص‌هایی بودند که در بحث ابعاد اقتصادی و رفاهی کیفیت زندگی هم مطرح هستند (مهربانی، ۱۳۹۳). امروزه بهبود کیفیت زندگی به‌عنوان مفهوم جدیدتری از سلامتی مطرح شده است که به جنبه‌های علمی همچنین از بعد روان‌شناختی، اجتماعی، عملکردی، جسمی و سلامتی مربوط می، شود. برخلاف گذشته فقط از جنبه‌های کمی مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد (Ware، 2003). آنچه در تحقیقات روانشناسی مشخص و معلوم شده است این است که تک‌فرزندی همواره موجب اختلالات روانی و بعضاً ناگواری در میان کودکان و نوجوانان می‌شود از جمله می توان به فقدان توانایی برون سازی و درون سازی در تک‌فرزندان اشاره کرد. ناپایداری در حوزه مسائل رفتاری و هیجانی نیز در میان نامبردگان بسیار دیده شده است (ساطوریان، طهماسیان و احمدی، ۱۳۹۳). از سوی دیگر فرزندان بیشتر نیز به نوعی در روزگار امروز ما مسائل دیگری را موجب شده است به لحاظ روانشناسی که البته به یقین جنبه‌های اجتماعی نیز دارد که از آن جمله دیده شده است بسیاری از فرزندان خانواده های چند فرزند به دلیل نبود نظارت والدینی دچار اختلالات روانی اجتماعی چون اختلال سلوک و همچنین رفتارهای ضد اجتماعی شده اند (عزیزی، ۱۳۹۰). حال به نظر می رسد که در این شرایط آنچه مفید به فایده باشد استخراج محتوایی چندگانه در مورد مسئله کمی و جمعیتی فرزندآوری و هم در عین حال توجه به حوزه محتوایی این مورد که همان شاخص های روانی و اجتماعی است که می تواند در برنامه ریزی چند محوری یاری رسان باشد.

کیفیت زندگی مفهوم چند بعدی و متنوعی می باشد و در واقع فرایندی جامع و درعین حال چند وجهی است که ابعاد مختلفی از زندگی افراد مانند سلامت جسمی، وضعیت اقتصادی، وضعیت روانی، استقلال، تعاملات اجتماعی و محیطی، باورها و اعتقادات را برحسب تعریفی که از آن می شود در بر می گیرد. در دهه اخیر بخصوص بعد از دهه ۱۹۹۰، یکی از شاخص های بسیار مهم در ارزیابی برنامه های بهداشتی، رفاهی، اجتماعی و توانبخشی یکی از روش ها و معیارهای قابل سنجش، معتبر و با ارزش ارزیابی، کیفیت زندگی است (حاج یوسفی، ۲۰۰۱). واقعیت های اجتماعی این روزهای ایران و این که شاخص های جمعیتی روز به روز در حال کاهش است و جمعیت فعال کاری مخصوصا در شهرها در حال پیر شدن هستند به عنوان یک نگرانی جدی مطرح است و برای آینده کشور مخاطره آمیز است (سیف الهی، ۱۳۷۰). در مطالعه سیف الهی علی رغم این که برای دو دهه ی قبل است روند کاهش جمعیت به عنوان یک خطر جدی بیان شده است. البته از طرفی این مسئله هم مطرح است که افزایش تعداد فرزندان گرچه شاخص های جمعیتی و اقتصادی کلان را بهبود می دهد اما اثرش بر کیفیت زندگی زوجین کمی مبهم به نظر می رسد. البته پژوهش هایی مثل پژوهش های مرادی و همکاران (۱۳۸۷) انجام شده است و بررسی کرده اند که افزایش تعداد فرزندان موجب افزایش اعتماد به نفس مادران شده است. البته در همان پژوهش هم به شاخص های اساسی هم چون اشتغال زوجین و تحصیلات اشاره شده است که بیشتر ناظر به مادران و کیفیت زندگی آنان بوده است.

از جمله مواردی که در رابطه با شاخص کیفیت زندگی در ایران می دانیم این است که به گزارش مجله اکونومیست در سال ۲۰۰۵ ایران کشور ۸۸ در میان کشورهای جهان و کشور ۱۵ در بین کشورهای خاورمیانه است و نمره ای که ایران کسب کرده است ۵/۳۴۳ است و در میان کشورهای جهان جمهوری ایرلند با شاخص ۸/۳۳۳ بالاترین نمره را دارد؛ اما در رابطه با شاخص کیفیت زندگی شخص که بیشتر به حوزه سلامت روان و جسم نزدیک است وضعیت ایران بهتر است و در رتبه ۶۵ قرار دارد با نمره ۷/۶۳۰ و در جهان هم لوکزامبورگ با نمره ۸/۰۱۵ در جایگاه نخست قرار دارد؛ که گفته می شود این جایگاه بهتر در این شاخص به دلیل جایگاه ویژه خانواده و فرزند در ایران است (وزارت بهداشت، ۱۳۹۲). همچنین در رابطه با آمار تعداد فرزندان در میان زوجین ایرانی می دانیم این است که با مراجعه به مرکز آمار دهی ثبت احوال در سال ۱۳۹۵ بدین شرح است که ۱۹ درصد از خانواده های ایرانی تک فرزند و ۱۴ درصد نیز بدون فرزند هستند که البته به دنبال رشد نسبی و تا حدودی مقطعی در ۶ ماهه اول سال نسبت به همین مدت در سال گذشته ۴ درصد افزایش دیده شده است. ولی آنچه نگرانی ها را زیاد کرده است این است که در ۲۵ سال آینده، به سمت صفر تمایل خواهد داشت. اما موردی که در تحقیقات قبلی بررسی نشده است و حائز اهمیت است و مسئله این پژوهش را شکل داده است این است که اولاً شاخص های کیفیت زندگی در قالب یک تحقیق ملی و مبتنی بر ارزش های دینی و فرهنگی در داخل کشور بررسی نشده و اطلاعی از آن در دست نیست. ثانياً در رابطه با زوجینی که بیش از دو فرزند دارند تحقیق کافی و گسترده ای شکل نگرفته تا از برآیندش هم فرصت ها و هم آسیب های احتمالی که ممکن است در این زمینه برای زوجین حاصل شود بررسی و تحلیل شود. از

طرفی این دست تحقیقات در رابطه با زوجین تک‌فرزند نیز بررسی نشده است. نکته دیگری هم که خلا آن حس می‌شود برمی‌گردد به سه شاخص کیفیت زندگی از نه شاخص که بیشتر جنبه روانی، خانوادگی و اجتماعی دارد و می‌تواند در بررسی میان زوجین بیشتر به لحاظ علمی مفید واقع شود؛ که آن چهار شاخص عبارت هستند از: سلامتی، زندگی خانوادگی، زندگی اجتماعی و امنیت شغلی که البته دارای اثرات متقابل هستند و از آن جا که بخش عمده ای از سلامتی روانی و جسمی و همچنین نحوه زندگی اجتماعی و خانوادگی در خانواده مبدا و در میان همشیران شکل می‌گیرد.

از عواملی که در رابطه با تک‌فرزندی در دوران ما مطرح است این است که شرایط ارزشی و نگرشی خانواده ها تغییر کرده است و نگرش نسبت به باروری و فرزند پروری دچار تغییر شده و انگیزه های جایگزین موجبات این تغییرات فرهنگی و اجتماعی را به با آورده است (فراهانی و سرایی، ۱۳۹۵).

به علت دارا بودن ابعاد گوناگون دست یافتن به تعریفی جامع و واحد این واژه بسیار سخت است، لذا در جوامع مختلف معنای گوناگون و بعضا متفاوتی را می‌توان از کیفیت زندگی و ابعادش یافت. این معانی می‌تواند از سلامت جسم گرفته تا سلامتی روانی اجتماعی را در خود جای دهد. (سید حسینی، ۱۳۹۱) حال ما در پی پاسخ به این سوال هستیم که:

آیا میان کیفیت زندگی و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد؟

روش

با توجه به موضوع پژوهش، به‌منظور آزمون فرضیه از روش همبستگی استفاده می‌شود. تحقیقات همبستگی شامل کلیه تحقیقاتی است که در آن سعی می‌شود روابط میان متغیرهای مختلف را از ضریب همبستگی کشف یا تعیین می‌شود. هدف روش همبستگی مطالعه حدود تغییرات یک یا چند متغیر دیگر است. مزیت عمده آن این است که به محقق اجازه می‌دهد متغیرهای زیادی را اندازه‌گیری کند و همزمان همبستگی درونی میان آن‌ها را محاسبه می‌کند در علوم رفتاری غالباً چند متغیر به طور مشترک یک الگوی رفتاری معین را تبیین می‌کنند. روش همبستگی به محقق اجازه می‌دهد که احتمال ارتباط چند متغیر را چه به تنهایی و چه به صورت گروهی با الگوی رفتاری مشخص مورد پژوهش قرار دهد (دلاور، ۱۳۹۲). جامعه مورد پژوهش زوجین تک‌فرزند و نیز با بیش از دو فرزند منطقه هفت شهر تهران بود. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و در دسترس با حداکثر تنوع انجام شد؛ به طوری که زوجین تک‌فرزند و زوجین با بیش از دو فرزند سنین، سطوح تحصیلی و طبقات اقتصادی و اجتماعی مختلف انتخاب خواهند شد. روش نمونه‌گیری روش تصادفی ساده می‌باشد؛ که با توجه به شرایط ورود به پژوهش انجام می‌پذیرد. روش نمونه‌گیری تصادفی ساده روشی است که اعضای جامعه امکان مساوی برای انتخاب شدن دارا می‌باشند (دلاور، ۱۳۹۲). در مورد حجم نمونه نیز در تحقیقات همبستگی و یا رابطه‌ای روش‌شناسان بهترین حجم نمونه ۳۰۰ نفر ذکر کردند. (دلاور، ۱۳۹۲). در پژوهش ما نیز ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. پرسشنامه کیفیت

زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36) مشهورترین و پر استفاده ترین ابزار برای سنجش کیفیت زندگی است. که ما نیز در این پژوهش از آن استفاده می کنیم.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36) دارای ۳۶ سوال است و از هشت مقیاس تشکیل شده است که هر مقیاس متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. زیرمقیاس های این پرسشنامه عبارتند از: ۱- کارکرد جسمی ۲- اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی ۳- اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی ۴- انرژی/خستگی ۵- بهزیستی هیجانی ۶- کارکرد اجتماعی ۷- درد ۸- سلامت عمومی. زیر مقیاس سلامت جسمی: جمع زیرمقیاس های کارکرد جسم (PF)، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP)، درد (P)، و سلامت عمومی (GH). زیرمقیاس سلامت روانی: جمع زیرمقیاس های اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW) و کارکرد اجتماعی (SF). در این پژوهش نیز ما ۴ مقیاس را بررسی کردیم که عبارت هستند از: کارکرد جسم، سلامت عمومی، بهزیستی هیجانی و کارکرد اجتماعی.

ملاحظات اخلاقی

گواهی می گردد اصول اخلاقی طبق معیارهای APA رعایت شده است.

یافته ها

جدول ۱. تحلیل واریانس رابطه کارکرد جسمی و تعداد فرزندان (زوجین تک فرزند)

R		ضریب تشخیص	ضریب تشخیص تعدیل شده	خطای استاندارد	
R2					
۰/۱۸۸		۰/۰۳۴	۰/۰۲۶	۸/۶۵۸	
منبع	درجه	مجموع مربعات	میانگین مربعات	سطح اطمینان	
تغییرات	آزادی		F	سطح معنی داری	
رگرسیون	۲	۵۹۷/۳۶۲	۲۹۶/۱۷۲	۰/۹۵	۰/۰۴۱
باقیمانده	۱۴۸	۱۷۲۳۴/۲۹۷	۸۳/۰۸۸		
کل	۱۵۰	۱۷۸۳۱/۶۵۹			
				نتیجه آزمون:	
				تایید فرضیه و مدل پژوهش	
				H1 تایید شد	

چنانچه در جدول شماره ۱ ملاحظه گردید سطح معنی داری آزمون مربوط برابر ۰/۰۴۱ می باشد، می توان چنین ادعا کرد مدل رگرسیونی پژوهش حاضر شامل رابطه ی میان کارکرد جسمی و تعداد فرزندان می باشد و با خطای ۰/۰۵ یا سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی دار می باشد پس فرضیه ی پژوهش تایید و فرضیه ی صفر رد می گردد با توجه به ضریب تشخیص که عبارت است از نسبت تغییرات توضیح داده شده توسط متغیرهای یک و دو به تغییرات کل ۰/۰۳۴ می باشد می توان بیان نمود ۳/۱۴ درصد از تغییرات تعداد فرزند توسط تغییرات در متغیر مستقل تبیین می گردد.

جدول ۲. تحلیل واریانس رابطه کارکرد جسمی و تعداد فرزندان (زوجین چند فرزند)

R		ضریب تشخیص R2	ضریب تشخیص تعدیل شده	خطای استاندارد		
۰/۱۹۸		۰/۰۵۴	۰/۰۴۶	۷/۴۳۲		
منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	سطح اطمینان	سطح معنی داری
رگرسیون	۲	۷۸۷/۵۱۲	۲۶۷/۳۳۲	۳/۱۸۲	۰/۹۵	۰/۰۶۳
باقیمانده	۱۴۸	۱۶۷۸۴/۳۹۶	۸۶/۰۷۵	H1	نتیجه آزمون: تایید فرضیه و مدل پژوهش	
کل	۱۵۰	۱۷۵۷۱/۸۰۸	-----	تایید شد		

معنی داری آزمون مربوط برابر ۰/۰۶۳ می‌باشد، می‌توان چنین ادعا کرد مدل رگرسیونی پژوهش حاضر شامل رابطه‌ی میان کارکرد جسمی و تعداد فرزندان می‌باشد و با خطای ۰/۰۵ یا سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی دار می‌باشد پس فرضیه‌ی پژوهش تایید و فرضیه‌ی صفر رد می‌گردد با توجه به ضریب تشخیص که عبارت است از نسبت تغییرات توضیح داده شده توسط متغیرهای یک و دو به تغییرات کل ۰/۰۵۴ می‌باشد می‌توان بیان نمود ۵/۲۴ درصد از تغییرات تعداد فرزند توسط تغییرات در متغیر مستقل تبیین می‌گردد.

جدول ۳. تحلیل واریانس رابطه سلامت عمومی و تعداد فرزندان (زوجین تک‌فرزند)

R		ضریب تشخیص R2	ضریب تشخیص تعدیل شده	خطای استاندارد		
۰/۱۶۰۱		۰/۰۶۵	۰/۰۵۹	۳/۶۶۷		
منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	سطح اطمینان	سطح معنی داری
رگرسیون	۲	۶۵۱/۸۹۱	۵۵۴/۶۵۵	۳/۰۱۴	۰/۹۵	۰/۰۶۸
باقیمانده	۱۴۸	۱۶۶۶۴/۱۸۱	۳۲/۶۶۶	H1	نتیجه آزمون: تایید فرضیه و مدل پژوهش	
کل	۱۵۰	۱۷۳۱۶/۰۷۲	-----	تایید شد		

چنانچه در جدول شماره ۳ ملاحظه گردید سطح معنی داری آزمون مربوط برابر ۰/۰۶۸ می‌باشد، می‌توان چنین ادعا کرد مدل رگرسیونی پژوهش حاضر شامل رابطه‌ی میان سلامت عمومی و تعداد فرزندان می‌باشد و با خطای ۰/۰۵ یا سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی دار می‌باشد پس فرضیه‌ی پژوهش تایید و فرضیه‌ی صفر رد می‌گردد با توجه به ضریب تشخیص که عبارت است از نسبت تغییرات توضیح داده شده توسط متغیرهای یک و دو به تغییرات کل ۰/۰۶۵ می‌باشد می‌توان بیان نمود ۶/۵۳ درصد از تغییرات تعداد فرزند توسط تغییرات در متغیر مستقل تبیین می‌گردد.

جدول ۴. تحلیل واریانس رابطه سلامت عمومی و تعداد فرزندان (زوجین چند فرزند)

R	ضریب تشخیص		ضریب تشخیص تعدیل شده		خطای استاندارد	
	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	سطح اطمینان	سطح معنی داری
۰/۶۲۳	۰/۰۶۱	۰/۰۴۲	۳/۶۶۷			
منبع تغییرات	۲	۴۳۱/۸۴۵	۴۱۴/۶۹۵	۳/۴۳۳	۰/۹۵	۰/۰۵۵
رگرسیون	۱۴۸	۱۶۴۵۷/۱۰۱	۲۹/۷۶۶	H1	نتیجه آزمون:	
باقیمانده	۱۵۰	۱۶۸۸۸/۹۴۶	-----	تایید شد	تایید فرضیه و مدل پژوهش	
کل						

چنانچه در جدول شماره ۴ ملاحظه گردید سطح معنی داری آزمون مربوط برابر ۰/۰۵۵ می باشد، می توان چنین ادعا کرد مدل رگرسیونی پژوهش حاضر شامل رابطه‌ی میان سلامت عمومی و تعداد فرزندان می باشد و با خطای ۰/۰۵ یا سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی دار می باشد پس فرضیه‌ی پژوهش تایید و فرضیه‌ی صفر رد می گردد با توجه به ضریب تشخیص که عبارت است از نسبت تغییرات توضیح داده شده توسط متغیرهای یک و دو به تغییرات کل ۰/۰۶۱ می باشد می توان بیان نمود ۶/۱۳ درصد از تغییرات تعداد فرزند توسط تغییرات در متغیر مستقل تبیین می گردد

جدول ۵. تحلیل واریانس رابطه بهزیستی هیجانی و تعداد فرزندان (زوجین تک فرزند)

R	ضریب تشخیص		ضریب تشخیص تعدیل شده		خطای استاندارد	
	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	سطح اطمینان	سطح معنی داری
۰/۶۱۱	۰/۰۷۸	۰/۰۳۹	۳/۵۵۷			
منبع تغییرات	۲	۸۸۵/۴۸۶	۷۸۷/۵۳۵	۲/۳۵۶	۰/۹۵	۰/۰۶۵
رگرسیون	۱۴۸	۱۹۷۸۴/۰۳۲	۸۷/۱۶۳	H1	نتیجه آزمون:	
باقیمانده	۱۵۰	۲۰۶۶۹/۵۱۸	-----	تایید شد	تایید فرضیه و مدل پژوهش	
کل						

چنانچه در جدول شماره ۵ ملاحظه گردید سطح معنی داری آزمون مربوط برابر ۰/۰۶۵ می باشد، می توان چنین ادعا کرد مدل رگرسیونی پژوهش حاضر شامل رابطه‌ی میان بهزیستی هیجانی و تعداد فرزندان می باشد با خطای ۰/۰۵ یا سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی دار می باشد پس فرضیه‌ی پژوهش تایید و فرضیه‌ی صفر رد می گردد با توجه به ضریب تشخیص که عبارت است از نسبت تغییرات توضیح داده شده توسط

متغیرهای یک و دو به تغییرات کل ۰/۰۷۸ می‌باشد می‌توان بیان نمود ۷/۸۳ درصد از تغییرات تعداد فرزند توسط تغییرات در متغیر مستقل تبیین می‌گردد.

جدول ۶. تحلیل واریانس رابطه میان بهزیستی هیجانی و تعداد فرزندان (زوجین چند فرزند)

R	ضریب تشخیص			خطای استاندارد		
	ضریب تشخیص	R2	تعدیل شده			
۰/۴۲۱	۰/۰۶۳	۰/۰۳۱	۴/۷۳۷			
<u>منبع</u>	<u>درجه</u>	<u>مجموع</u>	<u>میانگین</u>	<u>F</u>	<u>سطح اطمینان</u>	<u>سطح معنی داری</u>
<u>تغییرات</u>	<u>آزادی</u>	<u>مربعات</u>	<u>مربعات</u>			
رگرسیون	۲	۷۱۵/۸۹۶	۷۰۹/۵۹۹	۲/۴۱۶	۰/۹۵	۰/۰۵۸
باقیمانده	۱۴۸	۱۵۶۷۴/۰۳۲	۵۷/۱۳۲	H1		نتیجه آزمون:
کل	۱۵۰	۱۶۳۸۹/۹۲۸	-----	تایید شد		تایید فرضیه و مدل پژوهش

چنانچه در جدول شماره ۶ ملاحظه گردید سطح معنی داری آزمون مربوط برابر ۰/۰۵۸ می‌باشد، می‌توان چنین ادعا کرد مدل رگرسیونی پژوهش حاضر شامل رابطه‌ی میان بهزیستی هیجان و تعداد فرزندان می‌باشد و با خطای ۰/۰۵ یا سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی دار می‌باشد پس فرضیه‌ی پژوهش تایید و فرضیه‌ی صفر رد می‌گردد با توجه به ضریب تشخیص که عبارت است از نسبت تغییرات توضیح داده شده توسط متغیرهای یک و دو به تغییرات کل ۰/۰۶۳ می‌باشد می‌توان بیان نمود ۶/۵۳ درصد از تغییرات تعداد فرزند توسط تغییرات در متغیر مستقل تبیین می‌گردد.

جدول ۷. تحلیل واریانس رابطه کارکرد اجتماعی و تعداد فرزندان (زوجین تک‌فرزند)

R	ضریب تشخیص			خطای استاندارد		
	ضریب تشخیص	R2	تعدیل شده			
۰/۱۰۱	۰/۰۳۸	۰/۰۳۴	۳/۵۵۷			
<u>منبع</u>	<u>درجه</u>	<u>مجموع</u>	<u>میانگین</u>	<u>F</u>	<u>سطح اطمینان</u>	<u>سطح معنی داری</u>
<u>تغییرات</u>	<u>آزادی</u>	<u>مربعات</u>	<u>مربعات</u>			
رگرسیون	۲	۳۵۵/۴۶۱	۳۷۶/۱۶۵	۲/۱۰۹	۰/۹۵	۰/۰۲۷
باقیمانده	۱۴۸	۱۲۳۴۴/۰۵۵	۴۹/۱۸۸	H1		نتیجه آزمون:
کل	۱۵۰	۱۲۶۹۹/۵۱۶	-----	تایید نشد		تایید فرضیه و مدل پژوهش

چنانچه در جدول شماره ۷ ملاحظه گردید سطح معنی داری آزمون مربوط برابر ۰/۰۲۷ می‌باشد، می‌توان چنین ادعا کرد مدل رگرسیونی پژوهش حاضر شامل رابطه‌ی کارکرد اجتماعی و تعداد فرزندان می‌باشد و با خطای ۰/۰۵ یا سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی دار می‌باشد پس فرضیه‌ی پژوهش رد و فرضیه‌ی صفر تایید

می‌گردد با توجه به ضریب تشخیص که عبارت است از نسبت تغییرات توضیح داده شده توسط متغیرهای یک و دو به تغییرات کل $0/038$ می‌باشد نمی‌توان بیان نمود $3/84$ درصد از تغییرات تعداد فرزند توسط تغییرات در متغیر مستقل تبیین می‌گردد.

جدول ۸. تحلیل واریانس رابطه میان کارکرد اجتماعی و تعداد فرزندان (زوجین چند فرزند)

R		ضریب تشخیص R2	ضریب تشخیص تعدیل شده	خطای استاندارد		
0/691		0/063	0/033	4/737		
منبع	درجه	مجموع	میانگین	F	سطح اطمینان	سطح معنی داری
تغییرات	آزادی	مربعات	مربعات			
رگرسیون	2	835/846	799/591	3/816	0/95	0/088
باقیمانده	148	17844/132	63/193	H1	نتیجه آزمون:	
کل	150	18679/978	-----	تایید شد	تایید فرضیه و مدل پژوهش	

چنانچه در جدول شماره ۸ ملاحظه گردید سطح معنی داری آزمون مربوط برابر $0/088$ می‌باشد، می‌توان چنین ادعا کرد مدل رگرسیونی پژوهش حاضر شامل رابطه‌ی میان کارکرد اجتماعی و تعداد فرزندان می‌باشد و با خطای $0/05$ یا سطح اطمینان $0/95$ معنی دار می‌باشد پس فرضیه‌ی پژوهش تایید و فرضیه‌ی صفر رد می‌گردد با توجه به ضریب تشخیص که عبارت است از نسبت تغییرات توضیح داده شده توسط متغیرهای یک و دو به تغییرات کل $0/085$ می‌باشد می‌توان بیان نمود $8/53$ درصد از تغییرات تعداد فرزند توسط تغییرات در متغیر مستقل تبیین می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج آزمون نشان داد که میان کارکرد جسمی، بهزیستی هیجانی، سلامت عمومی و کارکرد اجتماعی با تعداد فرزندان برای هر دو گروه رابطه برقرار است. نتایج پژوهش ما نشان داد که میان کارکرد جسمی و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد و البته این رابطه هم در میان زوجین تک‌فرزند و هم زوجین با بیش از چند فرزند برقرار بوده است. بررسی‌هایی همچون تحقیق دیک و مک کابل در سال ۲۰۰۱ وجود دارد که در فضایی کلی همسو با تحقیق ماست ولی این بررسی تا به حال در مورد زوجین آن هم به تفکیک فرزندان صورت نگرفته است.

اما در تبیین این فرضیه با توجه به این که هم در مورد زوجین تک‌فرزند هم زوجین با بیش از دو فرزند تایید شده است می‌توان بیان نمود که کارکرد جسمی سالم زوجین اساساً ارتباط مستقیمی با بهبود زندگی آنان دارد که حال درباره زوجین تک‌فرزند موجب بالا بودن این شاخص شده و در چند فرزند اساساً از

جمله عواملی تبدیل شده که موجب فرزندآوری می‌شود. در پژوهشی محققان آمریکایی بر ۱۲ هزار زوج که از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۵، در مجموع صاحب ۱۷۴ هزار کودک شدند نتایج این پژوهش نشان داد هرچه تعداد فرزندان در خانواده افزایش پیدا کند، سلامت والدین بیشتر در معرض خطر قرار می‌گیرد و در نتیجه احتمال مرگ زود هنگام والدین در این خانواده‌ها بیشتر است. در این مطالعات، محققان دانشگاه اوتا، اطلاعات قرن نوزدهم از پایگاه داده‌های جمعیت در اوتا را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند بنابراین گزارش در خانواده‌هایی که تعداد فرزندان بیشتری دارند، عمر والدین اغلب کوتاه‌تر می‌شود این وضعیت برای زنان وخیم‌تر است چراکه مادران بار جسمی بیشتری را در هر بارداری و زایمان متحمل می‌شوند (پرشین وی به نقل از شیکاگو نیوز، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش ما نشان داد که میان کارکرد اجتماعی و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد و البته این رابطه در میان زوجین تک‌فرزند نبود و در زوجین با بیش از چند فرزند برقرار بوده است. در واقع پژوهش ما نشان داده است که تعداد فرزندان بیشتر موجب بهبود کارکرد اجتماعی زوجین شده است. نتایج پژوهش نشان داد که میان سلامت عمومی و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد و البته این رابطه هم در میان زوجین تک‌فرزند و هم زوجین با بیش از چند فرزند برقرار بوده است. در تحقیقی که عراقی در سال ۱۳۸۷ انجام داده میان کارکرد و خانواده و سلامت عمومی رابطه هست و کاملاً همسو با تحقیق ما است چراکه اساساً سلامت عمومی جمع‌مقیاس دیگر بوده حال چه تک‌فرزند چه چند فرزند معیاری که در نوع زندگی بشر همواره مؤثر است. به طور کلی می‌توان بیان داشت از این پژوهش که در دیدگاهی خرد و کلان عوامل و ابعاد فرزندآوری از نظر کیفیت زندگی روشن شده است و می‌توان با یک برنامه‌ریزی که هم شامل مسائل جمعیت‌شناختی و در عین حال مسائل روانشناسانه باشد به اصلاح سیاست‌های فعلی، و در عین حال طراحی نوین طراحی کرد تا بیش از پیش بتوان وجوه مسئله فرزندآوری را روشن ساخت و همچنین نقاط ضعف را بهبود و نقاط قوت را تقویت کرد.

تعارض منافع

از این پژوهش، از طرف دانشگاه علامه طباطبایی حمایت معنوی شده است.

سپاسگزاری

این مقاله استخراج شده از نتایج پایان‌نامه تحصیلی دوره کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی و حمایت معنوی این مرکز می‌باشد. نویسندگان از همه خانواده‌های شرکت‌کننده در تحقیقات، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع

بوند، جان و کورنر، لین (۲۰۱۱). کیفیت زندگی و سالمندان، مترجم، سیدحسین محقق‌کمال، نشر دانژه.

- دلاور، علی، (۱۳۹۲) روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. چاپ اول. تهران: انتشارات ویرایش. ساپوریان، سیدعباس، طهماسیان، کارینه، احمدی، محمدرضا (۱۳۹۳) مشکلات رفتاری کودکان در خانواده‌های تک‌فرزند و دو فرزند. *مجله دین و روانشناسی*. سال هفتم، شماره ۳، ص ۶۵-۸۰.
- سیدحسینی، رسول، فتحی، حسن، یوسفی، بهرام، سیدحسینی، ابراهیم (۱۳۹۰) مقایسه سلامت روانی، کیفیت زندگی و هوش هیجانی معلمان تربیت بدنی و غیر تربیت بدنی گیلان. *نشریه مدیریت ورزشی*. سال ۱۱. ص: ۵۳-۷۳.
- سیف الهی، حجت ا... (۱۳۷۰) بررسی تمایل و عدم تمایل زنان سه فرزندی استان‌های ایران به افزایش تعداد فرزندان با توجه به زبان، *مجله علمی و پژوهشی علوم انسانی دانشگاه الزهرا* - شماره ۱۱. ص ۱۳۱ - ۱۴۹.
- عراقی، یحیی (۱۳۸۷). کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان. روانشناسی و دین. سال ۱. شماره ۳ و ص: ۶۳-۷۶.
- عزیزی، الهه (۱۳۹۰) بررسی خانوادگی کودکان مبتلا به بیش فعالی و مقایسه آن با کودکان عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد خانواده درمانی. تهران پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی.
- فراهانی، فریده؛ سرایی، حسن (۱۳۹۵) واکاوی شرایط زمینه ساز قصد و رفتار تک‌فرزندی در تهران، فصلنامه شورای فرهنگی و اجتماعی زنان و خانواده، سال هجدهم، شماره ۷۱، ص ۲۹-۵۷.
- گزارش سالانه اداره کل سلامت روان وزارت بهداشت مندرج در سایت وزارت بهداشت health.behdasht.gov.ir (۱۳۹۴).
- گزارش شیکاگو نیوز از داشتن یک خانواده با فرزندان زیاد به نقل از persianv.com (۱۳۹۵). مرادی، اعظم؛ زرگر، فاطمه؛ کلاتری، مهرداد؛ طاهرپور، فاطمه (۱۳۸۷) سهم وضعیت اشتغال، سن و تعداد فرزندان در پیش بینی اعتماد به نفس زنان متأهل. *مجله علمی پژوهشی تحقیقات زنان*، سال دوم، شماره چهارم، ص ۶۷-۸۲.
- مهربانی، وحید (۱۳۹۳) شواهدی از وجود تبادل میان فرزندان و سلامت آنها. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال پانزدهم، شماره ۵۶، ص ۲۰۱-۲۲۶.

- Haj Yousefi.A. (2001). Quality of life and breeding strategies Welfare and Rehabilitation Sciences university of Tehran, *social worker J.* 8, 30-8.
- Schuessler, K. F. fisherg.A. (1985) "Quality of life research and sociology" annual review of sociology, vol.11: 129-49.
- Ware. JE. (2003). Conceptualization and measurement of health-related quality of life comments an evolving field. *Arch Phys Rehabil.* 84, 43-51.