

رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی

دانش آموزان دوره متوسطه شهر شیراز

چکیده

کیفیت زندگی از اساسی‌ترین مفاهیم روان‌شناسی مثبت‌گراست. هدف پژوهش حاضر بررسی میزان پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی، شامل «سلامت جسمی»، «سلامت روان»، «ارتباطات اجتماعی» و «ادراک محیط زندگی» توسط ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده، شامل «بعد گفت و شنود» و «بعد همنوایی» بود. مشارکت کنندگان در پژوهش ۴۳۵ دانش‌آموز (۲۱۵ نفر دختر و ۲۲۰ نفر پسر) دبیرستان‌های مختلف شهر شیراز بودند. برای سنجش کیفیت زندگی از مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۳ و برای سنجش ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده از مقیاس تجدیدنظر شده کوثرنر و فیتزپاتریک استفاده شد. روایی مقیاس‌ها از طریق همسانی درونی و پایایی آنها به روش آلفای کرونباخ تعیین شد. نتایج بیانگر روایی و پایایی مطلوب مقیاس‌ها بود. با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان میزان پیش‌بینی هریک از ابعاد کیفیت زندگی توسط دو بعد گفت و شنود و همنوایی الگوهای ارتباطی خانواده مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که در هر چهار بعد کیفیت زندگی، یعنی سلامت جسمی، سلامت روان، ارتباطات اجتماعی و ادراک محیط زندگی، جهت‌گیری گفت و شنود خانواده پیش‌بینی‌کننده مثبت و جهت‌گیری همنوایی پیش‌بینی‌کننده منفی بود. بنابراین، می‌توان گفت که ارتقاء گفت و شنود خانواده پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی فرزندان است. در حالی که تأکید بر همنوایی در خانواده از کیفیت زندگی فرزندان می‌کاهد.

واژه‌های کلیدی: الگوهای ارتباطی خانواده، کیفیت زندگی، گفت و شنود، همنوایی.

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شیراز (mehdirahimi_shiraz@yahoo.com)

۲- استاد بخش روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شیراز (mkhayyer@yahoo.com)

مقدمه

چگونه می‌توان بهتر زندگی کرد؟ با چه ساز و کارهایی می‌توان از این دنیا لذت برد؟ راز بهکامی و خوشبختی چیست؟ انسان از دیرباز به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤالات بوده است. متخصصان علوم اجتماعی و رفتاری در پی یافتن پاسخ و رسیدن به این غایات، نهایت سعی خود را می‌کنند. بهکامی، مثبت‌اندیشی، رضایت از کار، تولید و بهره‌وری و در نهایت، جامعه کامیاب نیز از جمله این غایات هستند که همگی در قالب روان‌شناسی مثبت‌نگر^۱ دست‌یافتنی است. روان‌شناسی مثبت‌نگر در حقیقت چیزی جز مطالعه علمی نقاط قوت و کمالات معمول انسانی نیست (سلیگمن^۲ و چیکسنتمیهالای^۳، ۲۰۰۰). هدف روان‌شناسی مثبت‌نگر تبلور یک تغییر در روان‌شناسی، از صرف پرداختن به ترمیم آسیب‌ها به سمت بهینه کردن کیفیت زندگی می‌باشد (اشنایدر^۴ و لوپز^۵، ۲۰۰۲). این جنبش در پی آن است که از نقاط قوت انسان‌ها به عنوان سبزی علی‌ه بیماری روانی استفاده نماید.

«کیفیت زندگی»^۶ یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در روان‌شناسی مثبت‌نگر است. تغییر عقیده از اینکه فقط پیشرفت‌های علمی، پزشکی، و تکنولوژی می‌تواند زندگی را بهبود بخشد، به این باور که بهزیستی فردی، خانوادگی، اجتماعی و جامعه از ترکیب این پیشرفت‌ها به همراه ارزش‌ها و ادراکات فرد از بهزیستی و شرایط محیطی به وجود می‌آید، از منابع اولیه گرایش به کیفیت زندگی است (اسکالاک^۷ و همکاران، ۲۰۰۲).

به لحاظ اهمیت و دامنه فراگیر کیفیت زندگی در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر عوامل مؤثر بر آن مورد کنکاش بسیار قرار گرفته است. تا کنون تأثیر عواملی همچون جنسیت، هوش، نیازهای معنوی، سلامتی خود و دیگران، فعالیت‌های اوقات فراغت، کار و زندگی اجتماعی، خانواده، خویشاوندان و شاخص‌های عینی و جمعیت‌شناختی بررسی شده است. در میان عوامل اجتماعی، نقش خانواده و نحوه ارتباطات اعضای آن با یکدیگر در شکل‌گیری کیفیت زندگی بسیار اساسی به نظر می‌رسد.

1. Positive Psychology

2. Seligman

3. Csikszentmihalyi

4. Snyder

5. Lopez

6. Quality of Life

7. Schalock

کیفیت زندگی

مطالعه کیفیت زندگی در دهه ۱۹۶۰ آغاز شد (مک کال^۱، ۱۹۷۵). با وجود اینکه از آن زمان تا کنون تحقیقات بسیار گسترده‌ای در این زمینه انجام گرفته، اما هنوز در مورد تعریف دقیق کیفیت زندگی توافق وجود ندارد (رافائل^۲، ۱۹۹۶؛ اسکونگتن^۳، ۲۰۰۲؛ به نقل از لی^۴، ۲۰۰۶). تحقیقات گذشته عمدتاً در تعاریف خود دچار دوگانگی در مورد عینی^۵ یا ذهنی^۶ بودن شده‌اند.

رویکرد عینی (لی، ۱۹۷۴؛ مورس^۷، ۱۹۷۹؛ ویلیامز^۸، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵؛ به نقل از لی، ۲۰۰۶) کیفیت زندگی را به عنوان مواردی آشکار و مرتبط با استانداردهای زندگی می‌داند. این موارد می‌تواند سلامت جسمی، شرایط شخصی (از جمله ثروت و شرایط زندگی)، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی و یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی باشد. در مقابل، رویکرد ذهنی (کمپبل^۹، ۱۹۸۰؛ هدی^{۱۰} و ورنسگ^{۱۱}، ۱۹۸۸؛ اسکالاک^{۱۲}، ۱۹۹۰، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶؛ نوردنفلت^{۱۳}، ۱۹۹۳؛ به نقل از لی، ۲۰۰۶) کیفیت زندگی را مترادف شادی یا رضایت فرد در نظر می‌گیرد. این منظر بر عوامل شناختی در ارزیابی کیفیت زندگی تأکید می‌کرد. در نوسان بین دو رویکرد عینی و ذهنی، یک دیدگاه کل‌نگر (فلس^{۱۴} و پری^{۱۵}، ۱۹۹۵، ۱۹۹۶؛ رنویک^{۱۶} و براون^{۱۶}، ۱۹۹۶) به وجود آمد. این دیدگاه کیفیت زندگی را یک پدیده چندبعدی می‌بیند و هر دو مؤلفه عینی و ذهنی را در نظر می‌گیرد.

1. McCall
2. Raphael
3. Skevington
4. Liu
5. Objective
6. Subjective
7. Morris
8. Williams
9. Campbell
10. Headey
11. Wearing
12. Nordenfelt
13. Felce
14. Perry
15. Renwick
16. Brown

در پژوهش حاضر، بر اساس مطالعات گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ جهانی^۲ (۱۹۹۸) چهار بُعد برای کیفیت زندگی در نظر گرفته شد: سلامت جسمی^۳؛ سلامت روان^۴؛ روابط روابط اجتماعی^۵؛ محیط زندگی^۶.

الگوهای ارتباطی خانواده

خانواده همواره به عنوان مهم ترین سیستم انسانی مورد توجه بوده است. واتزلویک، بیوین و جکسون^۷ (۱۹۶۷)، به نقل از کلارک^۸ و شیلدز^۹ (۱۹۹۷) خانواده را سیستمی قانونگذار تعریف می کنند که اعضای آن آن به طور مداوم در حال تعریف و تجدیدنظر در تعریف ماهیت روابط خود بر مبنای الگوی ارتباطاتشان هستند. شناخت این الگوها به شناخت بعضی از جنبه های عملکرد خانواده کمک می کند. در واقع، شناخت انواع مختلف الگوها و سبک های ارتباطات خانوادگی علاوه بر توصیف، به پیش بینی و توضیح عملکرد خانواده و توصیه ها و تجویزهای مربوط به آن هم کمک می کند.

محققان سعی کرده اند الگوهای ارتباطات خانوادگی را بشناسند و طبقه بندی کنند (فیتزباتریک^{۱۰} و ریچی^{۱۱}، ۱۹۹۴؛ مک لنود^{۱۲} و چفی^{۱۳}، ۱۹۷۲؛ به نقل از کوثرنر^{۱۴} و فیتزباتریک، ۲۰۰۲؛ ریچی و فیتزباتریک، ۱۹۹۰؛ به نقل از فیتزباتریک، ۲۰۰۴). فیتزباتریک و ریچی (۱۹۹۴) و ریچی و فیتزباتریک (۱۹۹۰)، به نقل از فیتزباتریک، ۲۰۰۴) دو بُعد زیربنایی جهت گیری گفت و شنود^{۱۵} و جهت گیری همنوایی^{۱۶} را در الگوهای ارتباطات خانوادگی شناسایی کردند. کوثرنر و فیتزباتریک (۱۹۹۷) جهت گیری گفت و شنود را میزان تحقق شرایطی در خانواده می دانند که در آن، همه اعضای خانواده به شرکت

1. WHOQOL-BREF Group
2. Physical Health
3. Psychological Health
4. Social Relationships
5. Life Environment
6. Watzlawick, Beavin & Jackson
7. Clark
8. Shields
9. Fitzpatrick
10. Ritchie
11. McLeod
12. Chaffee
13. Koerner
14. Conversation
15. Conformity

آزادانه و راحت در تعامل و بحث و تبادل نظر درباره طیف وسیعی از موضوعات تشویق می‌شوند، و جهت‌گیری همنوایی را نیز میزان تأکید بر همسانی نگرش‌ها، ارزش‌ها و عقاید اعضای خانواده تعریف می‌کند.

ترکیب این دو بُعد، چهار طرحواره ارتباطات خانوادگی را شکل می‌دهد (فیتزپاتریک و ریچی، ۱۹۹۴) که «الگوهای ارتباطات خانواده»^۱ خوانده می‌شوند (کوثرنر و فیتزپاتریک، ۱۹۹۷، ۲۰۰۲). هر الگو نوع خاصی از خانواده‌ها را توصیف می‌کند. این چهار نوع الگو یا چهار نوع خانواده از ترکیب وضعیت‌های زیاد یا کم بر روی پیوستارهای دو بُعد جهت‌گیری گفت و شنود و جهت‌گیری همنوایی حاصل می‌شوند و عبارتند از: خانواده توافق‌کننده^۲، خانواده کثرت‌گرا^۳، خانواده حمایت‌گرا^۴، و خانواده بی‌قید^۵.

خانواده‌های توافق‌کننده، گفت و شنود و همنوایی بالایی دارند. در چنین خانواده‌هایی از یک سو علاقه به ارتباطات باز و کشف عقاید تازه و از سوی دیگر حفظ سلسله مراتب موجود، اهمیت دارد. والدین ضمن علاقه وافر به فرزندان و اظهار نظراتشان، خودشان تصمیم‌گیرنده نهایی خانواده محسوب می‌شوند.

خانواده‌های کثرت‌گرا، گفت و شنود بالا و همنوایی کم دارند. موضوعات به صورت باز و سرگشاده مطرح می‌شوند و همه اعضای خانواده در گفتگوها شرکت دارند. والدین ضرورتی برای کنترل فرزندان یا تصمیم‌گیری در مورد آنها نمی‌بینند، تمایل به پذیرش عقاید فرزندان خود دارند و اجازه می‌دهند به طور برابر در تصمیم‌گیری‌های خانواده شرکت داشته باشند.

خانواده‌های حمایت‌گرا، گفت و شنود کم و همنوایی بالایی دارند. در این خانواده‌ها بر اطاعت از مرجعیت و صاحب اختیاری والدین تأکید می‌شود و به تفکر، تعقل، و ارتباطات باز اهمیت چندانی داده نمی‌شود. والدین معتقدند آنها باید برای خانواده و فرزندان‌شان تصمیم بگیرند و دلیلی نمی‌بینند در مورد تصمیمات خود توضیحی به فرزندان‌شان بدهند.

خانواده‌های بی‌قید، گفت و شنود و همنوایی پایینی دارند. میزان تعاملات بین اعضای خانواده کم است و معمولاً تنها تعداد محدودی از موضوعات مورد بحث و تبادل نظر قرار می‌گیرد. والدین معتقدند تمام

1. Family Communication Patterns
2. Consensual
3. Pluralistic
4. Protective
5. Laissez-Faire

اعضای خانواده باید قادر به تصمیم‌گیری باشند، اما بر خلاف خانواده‌های کثرت‌گرا به تصمیمات فرزندان خود و برقراری ارتباط و محاوره با آنها علاقه‌ای نشان نمی‌دهند.

تحقیقات پیشین

در زمینه اولین بعد کیفیت زندگی، یعنی «سلامت جسمی»، شواهد نشان می‌دهد که وضعیت سلامتی فرد به‌طور وسیعی تحت تأثیر محرک‌های اجتماعی است (هاوس^۱ و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از ویکرما^۲ و همکاران، ۲۰۰۱). زیست‌شناسان نشان داده‌اند که شرایط محیطی استرس‌زا تأثیر مستقیمی بر سلامتی از طریق تولید مفرط کورتیزول و متعاقب آن بیماری فشار خون، ایجاد اختلال در سیستم ایمنی بدن، اختلالات تنفسی و سرماخوردگی‌های مزمن می‌شود (گروه انتشارات سلامت دانشکده پزشکی هاروارد^۳، ۱۹۹۸، هربرت^۴ و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از ویکرما و همکاران، ۲۰۰۱؛ سانیک^۵، ۱۹۹۹؛ دلونگیس، فولکمن، و لازاوس^۶، ۱۹۸۸، کوهن، تیرل، و اسمیت^۷، ۱۹۹۱، به نقل از سانیک، ۱۹۹۹).

این در حالی است که در میان استرس‌های اجتماعی، استرس در ارتباطات والد-فرزندی و زناشویی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامتی است (تورنر، ویتون، ولوید^۸، ۱۹۹۵، به نقل از ویکرما و همکاران، ۲۰۰۱) و تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که جهت‌گیری گفت و شنود به‌صورت منفی (براون، ۱۹۹۷؛ رنو و کنی^۹، ۱۹۹۲؛ دورونتو، نیشیدا، و ناکایاما^{۱۰}، ۲۰۰۵؛ کوروش‌نیا، ۱۳۸۵) و جهت‌گیری همنوایی به‌صورت مثبت (والترز و کارال^{۱۱}، ۱۹۶۰؛ نیول و استوتمن^{۱۲}، ۱۹۹۱، به نقل از کورنر، و فیتزپاتریک، ۱۹۹۷؛ کوروش‌نیا، ۱۳۸۵) اضطراب و استرس را پیش‌بینی می‌کنند.

1. House
2. Wickrama
3. Harvard Medical School Health Publications Group
4. Herbert
5. Sunick
6. Delongis, Folkman & Lazarus
7. Cohen, Tyrrell & Smith
8. Turner, Wheaton & Liloyd
9. Reno & Kenny
10. Duronto, Nishida & Nakayama
11. Walters & Karal
12. Newel & Stutman

در زمینه دومین بعد کیفیت زندگی، یعنی «سلامت روان»، بروکس^۱ (۱۹۹۷) معتقد است که در خانواده‌های با گفت و شنود بالا، فرزندان احساس می‌کنند که والدینشان آنها را درک می‌کنند و برایشان اهمیت قائلند. در نتیجه، عزت نفس آنها رشد می‌کند. دوست داشتن دیگران، توجه به عواطف و احساسات دیگران، احساس مسئولیت، تبحر در حل مسائل و در نهایت، رشد استقلال از تبعات گفت و شنود بالاست.

رابطه مثبت با مهارت‌های ارتباطی، تاب‌آوری، رضایت از زندگی و رابطه منفی با اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه^۲، اضطراب اجتماعی^۳، افسردگی و مشکلات عاطفی نیز از دیگر ویژگی‌های خانواده‌های با گفت و شنود بالاست (کوثرنر، و فیتزپاتریک، ۱۹۹۶، به نقل از کوثرنر، و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲؛ گودی کانست^۴ و نیشیدا، ۲۰۰۱؛ ویتنگل و هولت^۵، ۱۹۹۸؛ براون ۱۹۹۷؛ هلسن، ولبرگ، و میوس^۶، ۲۰۰۳؛ برکل و کنستانتین^۷، ۲۰۰۵).

در مورد رابطه همنوایی و سلامت روان نیز تحقیقات مؤید آن هستند که والدینی که از الگوهای سخت‌گیرانه استفاده می‌کنند، فرزندان با مشکلات ارتباطی با همسالان، رفتارهای پر خاشگرانه، سطح تحصیلی پایین، اضطراب و افسردگی بیشتر و عزت نفس کمتر خواهند داشت (کروکبرگ، جکسون، و لنگروک^۸، ۱۹۹۶؛ پیت، بیتز و داج^۹، ۱۹۹۷، به نقل از ایزر، ایزر، میهو و گیسون^{۱۰}، ۲۰۰۵؛ هوانگ^{۱۱}، ۱۹۹۹؛ اسمیت و سواين^{۱۲}، ۱۹۶۵؛ کوثرنر-اسمیت، بنت و ارلر^{۱۳}، ۱۹۹۵).

در مورد سومین بعد کیفیت زندگی، یعنی «ارتباطات اجتماعی»، لازم به ذکر است که تحقیق لونچ^{۱۴} (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که اهداف و انتظارات مادران، رفتارهای اجتماعی فرزندان را پیش‌بینی می‌کند. همچنین، ارتباطات والد-فرزندی، پیش‌بینی‌کننده قوی ارتباطات و حساسیت‌های اجتماعی فرزندان است.

1. Brooks
2. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
3. Social Anxiety
4. Gudykunst
5. Vittengl & Holt
6. Helsen, Vollebergh & Meeus
7. Berkel & Constantine
8. Crockenberg, Jackson & Langrock
9. Pettit, Bates & Dodge
10. Eiser, Eiser, Mayhew & Gibson
11. Huang
12. Suinn
13. Curtner-smith, Bennet & O'rear
14. Levenbach

شواهدی نیز در تأیید تأثیر تجارب اولیه زندگی بر رشد اجتماعی بعدی وجود دارد (موس^۱، ۱۹۸۳، راتر^۲، راتر^۳، ۱۹۸۰، به نقل از تیلور^۴، ۱۹۹۸).

راتر (۱۹۸۸، به نقل از تیلور، ۱۹۹۸) معتقد است که روابط خانوادگی مطلوب با عزت نفس بالا و ارتباطات مثبت با دوستان در نوجوانی مرتبط است. مطالعه در باب سبک‌های فرزندپروری نیز نشان داده است که والدینی که از الگوهای سخت‌گیرانه استفاده می‌کنند، فرزندان با مشکلات ارتباطی با همسالان و رفتارهای پر خاشگرنه (کروکبرگ، جکسون، و لنگروک، ۱۹۹۶، به نقل از ایزر و همکاران، ۲۰۰۵) خواهند داشت. در مقابل، والدینی که از سبک‌های گرم و پذیرنده استفاده می‌کنند، با مشکلات اجتماعی کمتری در فرزندان خود مواجه می‌شوند (ایزر و همکاران، ۲۰۰۵).

در رابطه با چهارمین بُعد کیفیت زندگی، یعنی ادراک محیط زندگی^۵، در تحقیق حاضر احساس امنیت، کیفیت بهداشت، درآمد، دسترسی به اطلاعات، فرصت اوقات فراغت، کیفیت محل سکونت، دسترسی به خدمات پزشکی و رضایت از مسافرت‌های شخصی به عنوان شاخص قلمداد شده‌اند. کمبورن^۶ (۱۹۹۸) و استارک، همفری، کروک و لوئیز^۷ (۱۹۹۰، به نقل از کمبورن، ۱۹۹۸) در تحقیقات تحقیقات خود به این نتیجه رسیده‌اند که خانواده‌های دارای فرزندان مضطرب، کیفیت محیط زندگی خود را ضعیف‌تر از گروه کنترل می‌دانند. لاریا، استوارت، فری، لیدیارد و بلنگر^۸ (۱۹۹۴) نیز معتقدند که زنان مضطرب، محیط زندگی خود را به صورت منفی‌تر از گروه کنترل ادراک می‌کنند. از طرفی، تحقیقات مذکور در قسمت‌های قبل نشان داده‌اند که جهت‌گیری گفت و شنود به صورت منفی و جهت‌گیری همنوایی به صورت مثبت اضطراب را پیش‌بینی می‌کنند.

ضرورت تحقیق

همه جوامع به طبع خواستار شادی، سعادت و سلامت روان‌شناختی اعضای خانواده‌های خود هستند. برای رسیدن به این خواسته باید تا آنجا که ممکن است عوامل تأثیرگذار بر سلامت، بهداشت روان و کیفیت زندگی را شناخت. یکی از این عوامل، احتمالاً خانواده و نحوه ارتباطات اعضای آن با یکدیگر

1. Moos
2. Rutter
3. Taylor
4. Camborn
5. Stark, Hamphery, Crook & Lewis
6. Laria, Stuart, Frye, Lydiard & Ballenger

است. به طور مثال، ریچرتز^۱ و فرانکل^۲ (۱۹۹۰) بیان می کنند که در مقایسه با خانواده هایی که با فرزندان خود مسأله دارند، خانواده های بهینه در بین اعضای خود ارتباطات بازتر و راحت تری دارند که در آن، اعضای خانواده مجالی برای ابراز خود می یابند. از ویژگی های مهارت های ارتباطی خانواده، قابل یادگیری بودن آنهاست (هارجیه^۳، و دیکسون^۴، ۲۰۰۴). در نتیجه، می توان این مهارت ها را در جهت مثبت تغییر داد و در صورت داشتن رابطه، بهکامی و کیفیت زندگی بالاتری را سبب شد.

سؤال تحقیق

ابعاد گفت و شنود و همنوایی الگوهای ارتباطی خانواده، هر یک از ابعاد کیفیت زندگی یعنی (سلامت جسمی، سلامت روان، ارتباطات اجتماعی و ادراک محیط زندگی) را به چه صورت پیش بینی می کنند؟

فرضیه تحقیق

در تمامی ابعاد کیفیت زندگی، جهت گیری گفت و شنود پیش بینی کننده مثبت و جهت گیری همنوایی پیش بینی کننده منفی است.

فصل پنجم: روش تحقیق

روش تحقیق

گروه نمونه (جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه گیری):

دانش آموزان دوره متوسطه مشغول به تحصیل در شهر شیراز جامعه آماری این پژوهش را تشکیل می دهند. به منظور انتخاب اعضای گروه نمونه از طبقه اجتماعی متوسط، با نظر کارشناسان شورای آموزش و پرورش، نواحی دو و چهار از بین نواحی چهارگانه شهر شیراز انتخاب شدند. از بین کلیه کلاس های موجود در این دو ناحیه، پانزده کلاس به تصادف انتخاب گردید. این کلاس ها شامل دانش آموزان دختر و پسر پایه های اول، دوم و سوم بود. بدین ترتیب، ۴۴۱ دانش آموز دختر و پسر با روش خوشه ای تصادفی چندمرحله ای انتخاب شدند و به عنوان افراد تشکیل دهنده گروه نمونه مورد تحقیق قرار گرفتند. پس از اجرای مقیاس ها، شش مورد از آنها به علت نقایص عمده کنار گذاشته شدند. از ۴۳۵

1. Reichertz
2. Frankel
3. Hargie
4. Dickson

مقیاس باقیمانده، ۲۲۰ مقیاس متعلق به پسران و ۲۱۵ مقیاس متعلق به دختران است. تعداد دانش‌آموزان پایه‌های مختلف نزدیک به هم بود (اول، ۱۵۲ نفر؛ دوم، ۱۳۹ نفر و سوم، ۱۴۴ نفر). از نظر تحصیلات پدر، ۳۷ درصد زیر دیپلم، ۳۵ درصد دیپلم، ۲۲ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۴ درصد فوق لیسانس و بالاتر و از نظر تحصیلات مادر، ۵۲ درصد زیر دیپلم، ۳۴ درصد دیپلم، ۱۰ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۲ درصد فوق لیسانس و بالاتر بوده‌اند.

متغیرها و ابزار تحقیق

۱- مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

این مقیاس به مطالعه چهار دامنه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارتند از: سلامت جسمی؛ سلامت روان؛ روابط با دیگران؛ و محیط زندگی (گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). جهت سنجش سلامت جسمی، هفت گویه، سلامت روانی، شش گویه، روابط اجتماعی، سه گویه و محیط زندگی، هشت گویه در نظر گرفته شده است. به علاوه، دو گویه اضافی نیز برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد قرار داده شده است. یک مورد از گویه‌های بعد روابط اجتماعی به دلیل عدم تطابق فرهنگی حذف شد.^۱ برای هر گویه نمره‌ای از یک تا پنج در نظر گرفته شده است.

این مقیاس توسط نصیری و دو تن از اساتید بخش روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شیراز به زبان فارسی برگردانده شده است. نصیری (۱۳۸۵) روایی این مقیاس را از روش روایی همگرا^۲ مطلوب گزارش کرده است. در تحقیق حاضر، جهت تعیین روایی از ضریب همبستگی هر گویه با نمره بعد مربوط به خود استفاده گردید. تمام ضرایب معنادار بودند.

در مورد پایایی مقیاس، در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان صورت گرفته، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (نصیری و رضویه، ۱۳۸۵). در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای بررسی پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته‌ای)، تنصیفی^۳

۱- این گویه به ارزیابی کیفیت روابط جنسی افراد می‌پرداخت.

۲- وی از مقیاس سلامت عمومی (GHQ) استفاده کرد که روایی و پایایی آن را نقوی (۱۳۸۰)، بنقل از نصیری، (۱۳۸۵) مطلوب گزارش کرده است.

و آلفای کرونباخ استفاده کرد. هر سه مورد بیانگر مطلوبیت پایایی مقیاس بوده است. در تحقیق حاضر، جهت تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب ۰/۷۰ جهت بُعد سلامت جسمی، ۰/۷۷ بُعد سلامت روان، ۰/۶۵ بُعد روابط اجتماعی و ۰/۷۷ بُعد محیط زندگی، بیانگر پایایی مطلوب مقیاس می‌باشند.

۲- ابزار تجدید نظر شده الگوهای ارتباطی خانواده

این ابزار یک مقیاس خودسنجی است که درجه موافقت یا عدم موافقت پاسخ‌دهنده را در دامنه‌ای پنج-درجه‌ای درباره ۲۶ گزاره که در زمینه ارتباطات خانوادگی او هستند، می‌سنجد. نمره چهار معادل "کاملاً موافقم" و نمره صفر معادل "کاملاً مخالفم" می‌باشد. این ابزار ابعاد گفت و شنود و همنوایی را می‌سنجد، بدین صورت که ۱۵ گزاره اول مربوط به بُعد گفت و شنود و ۱۱ گزاره بعد مربوط به بُعد همنوایی است.

کوثرنر و فیتزباتریک (۲۰۰۲) روایی محتوایی و سازه و پایایی (آلفای کرونباخ و بازآزمایی) این مقیاس را مطلوب گزارش کرده‌اند. در ایران نیز کوروش‌نیا (۱۳۸۵) و جوکار و رحیمی (۱۳۸۶) روایی (تحلیل عاملی) و پایایی (آلفای کرونباخ) مطلوبی برای این مقیاس به دست آورده‌اند. در تحقیق حاضر، جهت تعیین روایی از ضریب همبستگی هر گونه یا نمره بُعد مربوط به خود استفاده گردید. تمام ضرایب معنادار بودند. جهت تعیین پایایی نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب ۰/۸۸ جهت بُعد گفت و شنود و ۰/۸۵ جهت بُعد همنوایی به دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد تحقیق

به منظور بررسی اطلاعات توصیفی متغیرها، میانگین و انحراف معیار متغیرها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق

الگوهای ارتباطی		کمیت زندگی			
گفت و شنود	همنوایی	سلامت جسمی	سلامت روان	ارتباطات اجتماعی	محیط زندگی
۳۷/۱۴	۲۲/۸۱	۲۴/۹۴	۲۰/۱۴	۶/۷۶	۲۸/۱۱
۱۱/۱۴	۹/۳۶	۴/۲۷	۴/۸۷	۱/۸۷	۵/۸۴

میانگین

انحراف استاندارد

ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

بررسی همبستگی‌های میان متغیرهای مورد مطالعه در جدول Y-Z نشان داده شده است. ضرایب پایین قسمت تیره رنگ مربوط به دختران و قسمت بالا مربوط به پسران است.

جدول Y-Z- ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
(۱) گفت و شنود		-.۱۸**	-.۲۸**	-.۳۲**	-.۳۵**	-.۳۲**
(۲) همنوایی	-.۲۸**		-.۱۸**	-.۲۱**	-.۲۱**	-.۲۶**
(۳) سلامت جسمی	-.۳۶**	-.۱۹**		-.۶۳**	-.۴۹**	-.۶۲**
(۴) سلامت روان	-.۵۸**	-.۳۲**	-.۵۷**		-.۴۵**	-.۶۱**
(۵) روابط اجتماعی	-.۳۵**	-.۱۳*	-.۲۸**	-.۴۷**		-.۵۱**
(۶) محیط زندگی	-.۴۸**	-.۳۱**	-.۵۸**	-.۶۰**	-.۴۴**	

* $p < 0.05$ و ** $p < 0.01$

نتایج جدول نشان می‌دهد که جهت گیری گفت و شنود با هر چهار بُعد کیفیت زندگی همبستگی مثبت و جهت گیری همنوایی با همه ابعاد همبستگی منفی برقرار کرده است. در ضمن، جهت گیری‌های گفت و شنود و همنوایی همبستگی منفی دارند.

تحلیل و آزمون سؤالات و فرضیات تحقیق

جهت بررسی و تعیین قدرت پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی توسط هر یک از ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده، از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان^۱، استفاده شد. نتایج در جدول ۲ مشهود است. بنابراین، جهت گیری گفت و شنود خانواده پیش‌بینی کننده مثبت و جهت گیری همنوایی پیش‌بینی کننده منفی همه ابعاد کیفیت زندگی است.

جدول ۲- نتایج رگرسیون چندگانه ابعاد الگوهای ارتباطی بر سلامت جسمی فرزندان

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	β	t	P	R	R ²	F	P
سلامت جسمی	گفت و شنود	۰/۳۰	۶/۴۱	۰/۰۰۱				
	همنوایی	۰/۱۰	۲/۲۴	۰/۰۲۶	۰/۳۴	۰/۱۱	۲۹	۰/۰۰۱
سلامت روان	گفت و شنود	۰/۴۷	۱۱/۰۴	۰/۰۰۱				
	همنوایی	۰/۱۰	۲/۵۱	۰/۰۱۲	۰/۵۱	۰/۲۶	۷۷/۰۷	۰/۰۰۱
ارتباطات اجتماعی	گفت و شنود	۰/۲۸	۶/۰۶	۰/۰۰۱				
	همنوایی	۰/۱۰	۲/۲۸	۰/۰۲۳	۰/۳۳	۰/۱۱	۲۶/۴۳	۰/۰۰۱
محیط زندگی	گفت و شنود	۰/۳۴	۷/۵۹	۰/۰۰۱				
	همنوایی	۰/۲۰	۴/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۱۹	۵۱/۷۹	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی میزان پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی، شامل سلامت جسمی، سلامت روان، ارتباطات اجتماعی و ادراک کیفیت محیط زندگی، توسط ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده شامل جهت‌گیری گفت و شنود و جهت‌گیری همنوایی بود.

در مورد رابطه جهت‌گیری گفت و شنود خانواده و سلامت جسمی فرزندان، نتایج نشان می‌دهد که همان‌طور که انتظار می‌رفت، جهت‌گیری گفت و شنود پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنادار سلامت جسمی است. در خانواده‌های با گفت و شنود بالا، ارتباطات باز و خودانگیزته وجود دارد. در چنین خانواده‌هایی بحث‌هایی گسترده و در رابطه با موضوعات مختلف صورت می‌گیرد. آرزوها، افکار و احساسات فرزندان مورد توجه قرار می‌گیرد. در چنین خانواده‌هایی است که فرزندان احساس می‌کنند که مورد پذیرش والدین هستند و توسط آنها درک می‌شوند. والدین نیز در چنین خانواده‌هایی بیشتر در مورد عواطف و احساساتشان صحبت می‌کنند و این مسأله نیز فرزندان را در ایجاد ارتباطات وسیع‌تر ترغیب می‌کند. تمام این موارد می‌تواند دلیلی بر کاهش اضطراب و استرس در چنین خانواده‌هایی باشد. اضطراب پایین‌تر این خانواده‌ها در تحقیقات متعدد تأیید شده است (براون، ۱۹۹۷؛ رنو و کنی، ۱۹۹۲؛ دورونتو، نیشیدا و ناکایاما، ۲۰۰۵؛ کوروش نیا، ۱۳۸۵).

از طرفی، تحقیقات وسیعی نیز ارتباط بیولوژیکی و روانی اضطراب با بیماری‌های جسمی متنوعی را گزارش کرده‌اند (گروه انتشارات سلامت دانشکده پزشکی هاروارد، ۱۹۹۸، به نقل از ویکرما و همکاران،

۲۰۰۱؛ هربرت و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از ویکرما و همکاران، ۲۰۰۱؛ سانیک، ۱۹۹۹؛ کوهن، تیرل و اسمیت، ۱۹۹۱، به نقل از سانیک، ۱۹۹۹؛ دلونگیس، فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۸، به نقل از سانیک، ۱۹۹۹). این نتیجه حاکی از آن است که گفت و شنود فرزندان و والدین در خانواده و تبعات آن می تواند پیش بینی کننده مثبت و معنادار سلامت جسمی اعضای خانواده باشد. این مسأله در درمان های بالینی که از طریق خانواده درمانی صورت می گیرد، نیز مورد توجه می باشد. این مورد همچنین می تواند نقطه عطفی در توجه به بیماری های جسمی همچون، فشار خون، سردرد و اختلالات سیستم ایمنی بدن لحاظ شود.

در خانواده های با همنوایی بالا، در تعاملات بر همسانی عقاید و نگرش ها تأکید می شود. تعاملات آنها بر همنوایی، اجتناب از تعارض و وابستگی متقابل خانواده به هم تکیه دارد. ارتباطات بین دو نسل در این خانواده ها منعکس کننده حرف شنوی از والدین و دیگر بزرگسالان است. بنابراین، اختلاف نظر با والدین، می تواند موجب ایجاد تعارضاتی جدی در خانواده گردد. در خانواده های با جهت گیری همنوایی زیاد، اعضای خانواده تشویق می شوند تا خود را با در نظر گرفتن عضویشان در خانواده تعریف کنند. بنابراین، خودپنداره های آنها عمدتاً به وسیله انتظاراتی که دیگران از آنها دارند، تعیین می شوند. در نتیجه، تهدیداتی که برای خودپنداره های آنها وجود دارد، به صورت ناهمخوانی بین خود واقعی و خود بایسته ایجاد می شود. بر این اساس، و با توجه به نظریه ناهمخوانی خود، جهت گیری همنوایی اضطراب فرزندان را پیش بینی می کند (کوروش نیا، ۱۳۸۵). این در حالی است که تحقیقات دیگر نیز مزید رابطه مثبت جهت گیری همنوایی و اضطراب می باشند (والترز و کارال، ۱۹۶۰؛ نیول و استومن، ۱۹۹۱، به نقل از کوثرنر و فیتزباتریک، ۱۹۹۷). از طرفی، همان طور که در مورد فرضیه پیش نیز ذکر شد، تحقیقات وسیعی ارتباط بیولوژیکی و روانی اضطراب با بیماری های جسمی متنوعی را گزارش کرده اند.

این نتیجه حاکی از آن است که تأکید بر همنوایی در ارتباطات خانواده می تواند پیش بینی کننده منفی و معنادار سلامت جسمی اعضای خانواده باشد. این مورد نیز در درمان های بالینی از طریق خانواده درمانی و همچنین نظر به برخی از بیماری های جسمی قابل توجه است.

در مورد رابطه جهت گیری گفت و شنود خانواده و سلامت روان فرزندان، نتایج قدرت پیش بینی کنندگی گفت و شنود را تأیید می کنند. افزایش عزت نفس، دوست داشتن دیگران، توجه به عواطف و احساسات دیگران، احساس مسئولیت، تبخّر در حل مسائل، مهارت های ارتباطی قوی تر، سطح تاب آوری بالاتر و در نهایت، رشد استقلال از تبعات گفت و شنود بالاست (بروکس، ۱۹۹۷).

رابطه منفی جهت گیری گفت و شنود با اضطراب، استرس پس از سانحه، اضطراب اجتماعی و افسردگی نیز در تحقیقات مختلف تأیید شده است. مطالعات پیشین رابطه مستقیم کیفیت ارتباطات خانواده با بهداشت روان و رضایت از زندگی را نیز مثبت و معنادار گزارش کرده‌اند (برکل و کنستانتین، ۲۰۰۵؛ کنی و پرز^۱، ۱۹۹۶؛ کوان، باند و سینگلیس^۲، ۱۹۹۷). بنابراین، مطابق با نتایج مطالعات پیشین، یافته‌های تحقیق حاضر و با توجه به قدرت پیش‌بینی بالای ($\beta = 0.47$) سلامت روان از طریق جهت گیری گفت و شنود، توجه و تأکید بر کیفیت و میزان ارتباطات والدین با فرزندان ضروری به نظر می‌رسد.

تکیه بر همنوایی و اجتناب از تعارض از ویژگی‌های خانواده‌های با همنوایی بالاست. بنابراین، اختلاف نظر و تعارض با والدین، می‌تواند مشکلاتی روان‌شناختی را به فرد تحمیل کند، زیرا اغلب به صورت تهدیدی برای خودپنداره عمل می‌کند (نیول و استومن، ۱۹۹۱، به نقل از کونرنر و فیتزپاتریک، ۱۹۹۷). از سویی دیگر، مطالعات پیشین رفتارهای پرخاشگرانه و سطح تحصیلی پایین‌تر را از تبعات الگوهای سخت‌گیرانه فرزندپروری می‌دانند (پتیت، بیتز و داج، ۱۹۹۷؛ کروکبرگ و همکاران، ۱۹۹۶، به نقل از ایزر و همکاران، ۲۰۰۵).

مطالعات متعدد، تأثیر جهت گیری همنوایی بر اضطراب و افسردگی و از طرفی کاهش عزت نفس را تأیید کرده‌اند (والترز و کارال، ۱۹۶۰؛ کونرنر و ماکی، ۲۰۰۴؛ هوانگ، ۱۹۹۹؛ اسمیت و واین، ۱۹۶۵؛ کوروش نیا، ۱۳۸۵؛ کرتز-اسمیت و همکاران، ۱۹۹۵). بنابراین، تأکید بر یکسانی در تصمیم‌گیری‌های خانواده و سلب آزادی و استقلال فرزندان، خطر بزرگی جهت کاهش سلامت روان آنها می‌باشد. این در حالی است که خانواده‌های با جهت گیری همنوایی کم، برای آرزوها، احساسات و تفکرات فرزندان ارزش قائلند و آنان را برای زندگی با سلامت بیشتر آماده می‌کنند.

در مورد رابطه جهت گیری گفت و شنود خانواده و ارتباطات اجتماعی فرزندان، نتایج مبتنی بر نقش پیش‌بینی‌کنندگی گفت و شنود می‌باشند. بامریند^۳ (۱۹۶۶، به نقل از الوود و اشراذر^۴، ۱۹۹۸) معتقد است که خانواده‌های با گفت و شنود بالا تمایل دارند که فرزندان با مهارت‌های اجتماعی، قدرت حل مسأله و توانایی رهبری بالا تربیت کنند.

¹ Kenny & Perez

² Kwan, Bond & Singelist

³ Baumrind

⁴ Elwood & Schrader

خانواده‌های با گفت و شنود بالا معمولاً ارتباطاتی باز در خانواده ایجاد می‌کنند. آنها مخالفت‌ها و ابراز احساسات را تشویق می‌کنند که این امر لذت از ایجاد ارتباطات باز و وسیع با دیگران و درگیر شدن در این ارتباطات را به دنبال دارد. الوود و اشراذر (۱۹۹۸) نیز در تحقیق خود دریافتند که جهت‌گیری گفت و شنود پیش‌بینی‌کننده منفی و معنادار هراس از ارتباط است. مطالعات دیگر نیز تأثیر کیفیت ارتباطات والد-فرزند را بر وسعت و کیفیت ارتباطات اجتماعی فرزندان معنادار لحاظ کرده‌اند (راتر، ۱۹۸۸، به نقل از تیلور، ۱۹۹۸؛ لونچ، ۲۰۰۴؛ ایزر و همکاران، ۲۰۰۵). بنابر یافته تحقیق حاضر و همچنین نتایج تحقیقات پیشین، تأثیر جهت‌گیری گفت و شنود خانواده بر ارتباطات اجتماعی فرزندان بارز و قوی قلمداد می‌شود. در نتیجه، جهت پرورش فرزندانی با قابلیت‌های اجتماعی بالا، ایجاد ارتباطات باز و وسیع در خانواده و ارزش قائل شدن برای نظرات و تفکرات فرزندان ضروری به نظر می‌رسد.

اصولاً خانواده‌های با جهت‌گیری همنوایی بالا از ارتباطات باز از طریق درخواست از فرزندان جهت حفظ سلسله مراتب قدرت خانواده و همرنگی با آنها اجتناب می‌کنند. فرزندان چنین خانواده‌هایی معمولاً در ارتباط با دیگران یا به صورت محتاط عمل می‌کنند و یا کلاً اجتناب می‌کنند (ریچی، ۱۹۹۱، به نقل از الوود و اشراذر، ۱۹۹۸). کوثرنر و فیتزپاتریک (۱۹۹۷) نیز معتقدند که اجتناب از تعارض و علاقه کمتر به افشای احساسات و جستجوی حمایت اجتماعی در فرایندهای چالش‌انگیز از مشخصه‌های خانواده‌های با جهت‌گیری همنوایی بالاست. تحقیقات دیگر مشکلات ارتباطی و رفتارهای پرخاشگرانه نسبت به دیگران را از تبعات سبک‌های فرزندپروری سخت‌گیرانه می‌دانند (کروکبرگ و همکاران، ۱۹۹۶، به نقل از ایزر و همکاران، ۲۰۰۵).

بنابراین، یافته حاضر نتایج تحقیقات پیشین را تأیید می‌کند. این یافته بیانگر آن است که تأکید بر همنوایی و یکسانی در تصمیم‌گیری‌های خانواده، خطرانی در ایجاد ارتباطات اجتماعی آتی فرزندان دارد و ممکن است موجب انزوای اجتماعی آنها گردد. این پیامد در فرهنگ جمع‌گرایی همچون کشور ما، از اهمیت مضاعفی برخوردار است.

در مورد رابطه جهت‌گیری گفت و شنود خانواده و ادراک محیط زندگی فرزندان، نتایج فرضیه تحقیق را تأیید نمودند. کمبورن (۱۹۹۸)؛ استارک و همکاران (۱۹۹۰، به نقل از کمبورن، ۱۹۹۸)؛ لاریا و همکاران (۱۹۹۴) معتقدند که اضطراب بر ادراک کیفیت زندگی مؤثر است و این در حالی است که تحقیقات متعدد تأثیر منفی جهت‌گیری گفت و شنود را بر اضطراب نشان داده‌اند. بنابراین، یافته حاضر مؤید این مطلب است که کیفیت گفت و شنود اعضای خانواده می‌تواند حتی بر نحوه ادراک آنها از محیط

زندگی‌شان مؤثر باشد. این مورد از یافته‌های جالب تحقیق حاضر می‌باشد و اهمیت کیفیت و وسعت گفت‌وگوهای خانوادگی را برجسته می‌سازد.

همان‌طور که در پاراگراف قبل ذکر شد، محققان چندی معتقدند که اضطراب بر ادراک کیفیت زندگی مؤثر است و این در حالی است که جهت‌گیری هم‌نواپی به‌صورت مثبت و معنادار اضطراب را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین، میزان تأکید بر هم‌نواپی در خانواده بر ادراک فرزندان از کیفیت محیط زندگی مؤثر است. خانواده‌های با هم‌نواپی بالا به دلیل مشکلاتی که نمونه‌ای از آنها در تحقیق حاضر آورده شده است، نسبت به خانواده‌های دیگر کیفیت محیط زندگی خود را ضعیف‌تر می‌پندارند. این اثر از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است، چراکه تأثیر هم‌نواپی را بر ادراک مسایلی کاملاً عینی نشان می‌دهد.

کاربرد

در قلمرو نظری، این پژوهش را با ارایه بک رابطه نظری خاص می‌توان گامی مهم در مطالعه کیفیت زندگی افراد بهنجار و پیشایندهای آن در ایران دانست. با توجه به عدم وجود تحقیق پیشین در زمینه ارتباط مستقیم این دو متغیر و پراکندگی تحقیقات مرتبط با ابعاد این متغیرها، مطالعه حاضر را می‌توان تلاشی هر چند ناچیز در جهت ارتقاء علم موجود دانست.

در عرصه عمل نیز، یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مهمی برای والدین و نوجوانان ایرانی داشته باشد. این یافته بیانگر آن است که جهت ارتقاء کیفیت زندگی و بهداشت روان فرزندان، والدین می‌توانند در ارتباطات خود در خانواده تجدید نظرهایی به‌عمل آورند. ایجاد ارتباطات باز و گسترده با فرزندان، ابراز احساسات به آنها و ترغیب آنها به سخن گفتن و ابراز عقاید از یک‌سو و توجه به افکار و عقاید فرزندان و شرکت دادن آنها در تصمیم‌گیری‌های خانواده و دادن مقدراری آزادی و استقلال به آنها از سوی دیگر می‌تواند سلامت جسمی، سلامت روان، ایجاد ارتباطات اجتماعی مناسب و حتی ادراک محیط زندگی غنی‌تر فرزندان را در پی داشته باشد.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای مدارس نیز مفید باشد. از مدارس انتظار می‌رود که مهارت‌های ارتباطی، اجتماعی و مهارت‌های زندگی را آموزش دهند. مدرسه جایی است که می‌تواند نقایص موجود در جو خانواده را تا حدودی جبران نماید. آموزش فنون گفت‌وگو به دانش‌آموزان و ارائه مسئولیت و ایجاد حس استقلال در آنها می‌تواند گامی بس بزرگ در جهت کیفیت زندگی دانش‌آموزان باشد.

منابع

- جوکار، بهرام؛ رحیمی، مهدی (۱۳۸۶). بررسی تأثیر الگوهای ارتباطی خانواده بر شادی در گروهی از دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستانی شهر شیراز، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (فصلنامه اندیشه و رفتار سابق)*، سال سیزدهم، شماره ۴.
- کوروش نیا، مریم (۱۳۸۵). بررسی تأثیر ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده بر میزان سازگاری روانی فرزندان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- نصیری، حبیب‌الله (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و تهیه نسخه ایرانی آن، *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ۳ و ۴ خردادماه ۱۳۸۵.
- نصیری، حبیب‌الله؛ رضویه، اصغر (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز بر اساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)، *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ۳ و ۴ خردادماه ۱۳۸۵.

Berkel, L. & Constantine, M. G. (2005). Relational variables and life satisfaction in African American and Asian American college women, *Journal of College Counseling*, 8, 5-15.

Brooks, Jane, B. (1997). *Parenting*: second edition. Mountain View. Mayfield.

Brown, E. (1997). Self-disclosure, social anxiety and symptomatology in rape victimsurvivors: the effect of cognitive and emotional processing, *Dissertation Abstracts International: the science and Engineering*, 57(10-B): 6559.

Camborn, S.L. (1998). *Anxious parent and child interactions: Perceptions of family environment and parental behavior*, Unpublished doctoral dissertation, University of Louisville, Louisville, Kentucky.

Campbell, A. (1980). *The Sense of Well-being in America: Recent Patterns and Trends*, New York: McGraw-Hill.

Clark, R. D. & Shields, G. (1997). Family communication and Delinquency. *Academic Search Premier*, 32, 125.

Curtner-Smith, P., Bennet, T. L. & O'Rear, M. R. (1995). Father's occupational conditions, values of self-direction and conformity, and perceptions of nurturant and restrictive parenting in relation to young children's depression and aggression, *Family Relations*, 44, 3, 299-306.

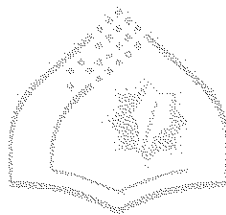
Duronto, P.M., Nishida, T. & Nakayama, S. (2005). Uncertainty anxiety, and avoidance in communication with strangers, *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 5, 549-560.

- Eiser, C., Eiser, J.R., Mayhew, A.G. & Gibson, A.T. (2005). parenting the premature infant: Balancing vulnerability and quality of life, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 11, 1169-1177.
- Elwood, T.D. & Schrader, D.C. (1998). Family communication patterns and communication apprehension, *Journal of Social Behavior and Personality*, 13, 3, 493-502.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement, *Research in Developmental Disabilities*, 16, 51-74.
- Felce, D., & Perry, J. (1996). Exploring current conceptions of quality of life: A model for people with and without disabilities', in R. Renwick, I. Brown and M. Nagler (eds.), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications* (Sage, Thousand Oaks), 51-62.
- Fitzpatrick, M.A. & Ritchie, L.D. (1994). Communication schemata within the family: Multiple perspectives on family interaction, *Human Communication Research*, 20, 275-301.
- Fitzpatrick, M.A. (2004). The family communication patterns theory: Observations on its development and application, *The Journal of Family Communication*, 4, 167-179.
- Gudykunst, W.B. & Nishida, T. (2001). Cultural variability in communication: An introduction, *Communication Research*, 24, 327-348.
- Headey, B., and Wearing, A. (1988). The sense of relative superiority – central to wellbeing, *Social Indicators Research*, 20, 497-516.
- Helesen, M., Vollebergh, W. & Meeus, W. (2003). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence, *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 3, 319-335.
- Huang, L.N. (1999). Family Communication Patterns and Personality Characteristics. *Academic Research Library*, 47, 2, 230-244.
- Kenny, M.E. & Perez, V. (1996). Attachment and psychological well-being among racially and ethnically diverse first-year college students, *Journal of College Student Development*, 37, 527-535.
- Koerner, A.F. & Fitzpatrick M.A. (2002). Understanding family communication patterns and family functioning: the roles of conversation orientation and conformity orientation. *Communication yearbook*, 28, 36-68.
- Koerner, A. F. & Fitzpatrick M.A. (1997). Family type and conflict: The impact of conversation orientation and conformity orientation on conflict in the family, *Communication Studies*, 48, 59-78.
- Kwan, V.S.Y., Bond, M.H. & Singelis, T.M. (1997). Pancultural explanation for life satisfaction: Adding relationship harmony to self-esteem, *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1038-1051.
- Laria, M.T., Stuart, G.W., Frye, L.H., Lydiard, R.B. & Ballenger, J. (1994). Childhood environment of women having panic disorder with agoraphobia, *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 1, 1-17.
- Levenbach, J. (2004). *Mothers parenting style and preschoolers social behaviour in Japan and Canada*, Unpublished doctoral dissertation, university of Windsor, Windsor, Ontario, Canada.
- Liu, B.C. (1974). Quality of life indicators: A preliminary investigation, *Social Indicators Research*, 1, 187-208.

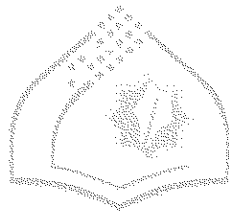
- Liu, L. (2006). Quality of life as a social representation in China: a qualitative study, *Social Indicators Research*, 75, 217-240.
- McCall, S. (1975). Quality of life, *Social Indicators Research*, 2, 229-248.
- Morris, D.M. (1979). *Measuring the Condition of the World's Poor: The Physical Quality of Life Index*, New York: Pergamon.
- Raphael, D. (1996). Defining quality of life: Eleven debates concerning its measurement, in R. Renwick, I. Brown and M. Nagler (eds.), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications* (Sage, Thousand Oaks), 146-169.
- Reno, R. R. & Kenny, D.A. (1992). Effects of self-consciousness and social anxiety on self-disclosure among unacquainted individuals: An application of the social relations model, *Journal of Personality*, 60, 79-94.
- Renwick, R., & Brown, I. (1996). The center for health promotion's conceptual approach to quality of life', in R. Renwick, I. Brown and M. Nagler (eds.), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications* (Sage, Thousand Oaks).
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologists*, 55, 5-14.
- Schalock, R.L. (1990). Attempts to conceptualize and measure quality of life', in R. L. Schalock (ed.), *Quality of Life: Perspectives and Issues* (American Association on Mental Retardation, Washington, DC, USA), 141-148.
- Schalock, R.L. (1994). Quality of life, quality enhancement and quality assurance: Implications for program planning and evaluation in the field of mental retardation and development disabilities, *Evaluation and Program Planning*, 17, 121-131.
- Schalock, R.L. (1996). Quality of life and quality of assurance, in R. Renwick, I. Brown and M. Nagler (eds.), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications* (Sage, Thousand Oaks), 104-118.
- Schalock, R.L., Brown, I., Brown, R., Cumins, R.A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K.D. & Paramenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40, 6, 457-470.
- Smith, T.L. & Suinn, R.M. (1965). A note on identification, self-esteem, anxiety, and conformity, *Journal of Clinical Psychology*, 21, 3, 286-296.
- Snyder, C.R. & Lopez, J. (2002). *Handbook of positive Psychology*, Oxford University Press.
- Sunick, M.E. (1999). *Predicting mental and physical health from work and family stress, coping and gender role*, unpublished doctoral dissertation, Lehigh University.
- Taylor, L. (1998). *Adolescent psychosocial development and perception of family environment: A comparative study of fatherless, step-fathered, and intact-family adolescent families*, unpublished doctoral dissertation, Saint Louis University.
- Vittengl, J.R. & Holt, C.S. (1998). Positive and negative affect in social interactions as a function of partner familiarity, quality of communication, and social anxiety, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 2, 196-209.
- Walters, R.H. & Karal, P. (1960). Social deprivation and verbal behavior, *Journal of Personality*, 28, 89-107.

WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF), *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Wickrama, K.A.S., Lorenz, F.O., Wallace, L.E., Peiris, L., Conger, R.D. & Elder, G.H. (2001). Family influence on physical health during the middle years: The case of onset of hypertension, *Journal of Marriage and Family*, 63, 2, 527-539.



فصلنامه علمی-پژوهشی
روانشناسی خانواده و ازدواج



مکتبہ اسلامیہ