

مقایسه ابعاد جسمانی و روانشناختی زوجین بر اساس تعداد فرزندان^۱

میلاد سعیدی (نویسنده مسئول^۲)

دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره واحد علوم تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

ابراهیم نعیمی

استادیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

سمیه کاظمیان

استادیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

چکیده

امروزه بهبود کیفیت زندگی مفهوم جدیدتری از سلامتی مطرح شده است که به جنبه های علمی همچنین از بعد روانشناختی، اجتماعی، عملکردی، جسمی و سلامتی مربوط می شود. بر خلاف گذشته فقط از جنبه های کمی مورد ارزیابی قرار نمی گیرد. یکی از وقایع خانوادگی تصمیم گیری در مورد تعداد فرزندان است. چرا که این تصمیم بر سبک زندگی و از آن مهم تر کیفیت زندگی خانوار موثر است. با توجه به موضوع پژوهش، از روش همبستگی استفاده می شود. جامعه مورد پژوهش زوجین تک فرزند و نیز با بیش از دو فرزند منطقه هفت شهر تهران بود. در این پژوهش نمونه گیری به صورت هدفمند و در دسترس با حداکثر تنوع انجام شد؛ به طوری که زوجین تک فرزند و زوجین با بیش از دو فرزند سنین، سطوح تحصیلی و طبقات اقتصادی و اجتماعی مختلف انتخاب خواهند شد. روش نمونه گیری روش تصادفی ساده می باشد. در پژوهش ما نیز ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-36) مشهورترین و پراستفاده ترین ابزار برای سنجش کیفیت زندگی است و مورد تایید دفتر محلی بهداشت جهانی در ایران اسنه. که ما نیز در این پژوهش از آن استفاده کردیم. نتایج آزمون نشان داد که بین 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 بین کارکرد جسمی و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد و البته این رابطه هم در بین زوجین تک فرزند و هم زوجین با بیش از چند فرزند برقرار بوده است.

کلید واژه: تربیت، ابعاد جسمانی، روانشناسی.

۱. 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 پدیده های 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 مساله ساز شد. به این دلایل بود که کیفیت زندگی مورد توجه دانشمندان قرار گرفت. محققان حوزه کیفیت زندگی ابتدا سالمندان و بیماران را به عنوان جامعه هدف خود انتخاب کردند (شوسلر و فیشر، ۱۹۸۵:۱۸۸).^۱ اما در حال حاضر گستره 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. چرا که 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، ۲۰۰۱:۱۰۸).

آنچه در رابطه با این مفهوم اهمیت دارد این است که بتوان ارتباط منطقی و درستی بین این مفهوم و سایر مفاهیم مثل خوب بودن، سلامت بودن، رضایت از زندگی و امید بر قرار کرد و در عین حال بین این مفهوم و مفاهیم یاد شده بتوان تمییز و تفاوت قائل شد اغلب محققان امتیاز و قوت این مفهوم را در این می دانند که این مفهوم هم جنبه های مثبت و هم جنبه های منفی را در برمی گیرد و از طرفی در عین حال که یک مفهوم نظری است آن را یک مفهوم عملی نیز می دانند. افراد در رابطه با دامنه کیفیت زندگی دچار اختلاف هستند به طوری که عده ای دامنه آن را کافی و عده دیگری معتقد به محدودیت دامنه آن هستند (کامینز، ۱۹۸۵:۱۹).^۲ یکی از وقایع مهم زندگی خانوادگی تصمیم گیری در مورد تعداد فرزندان است. چرا که این تصمیم بر سبک زندگی و از آن مهم تر کیفیت زندگی خانوار موثر است و در این میان آنچه مهم تر 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 شاخص هایی بودند که در بحث ابعاد اقتصادی و رفاهی کیفیت زندگی هم مطرح هستند (مهربانی، ۲۰۰۳:۱۸۸).

امروزه بهبود کیفیت زندگی به عنوان مفهوم جدیدتری از سلامتی مطرح شده است که به جنبه های علمی همچنین از بعد روانشناختی، اجتماعی، عملکردی، جسمی و سلامتی مربوط می شود. بر خلاف گذشته فقط از جنبه های کمی مورد ارزیابی قرار نمی گیرد (وار، ۲۰۰۳:۱۴۱).^۳

آنچه که در تحقیقات روانشناسی مشخص و معلوم شده است این است که تک فرزندی همواره موجب اختلالات روانی و بعضاً ناگواری در بین کودکان و نوجوانان می شود از جمله می توان به فقدان توانایی برون سازی و درون سازی

1- schuessler, K. F. fisherg. A

2 -Cummins

3-Ware

در تک فرزندان اشاره کرد. ناپایداری در حوزه مسائل رفتاری و هیجانی نیز در بین نامبردگان بسیار دیده شده است (ساطوریان، طهماسیان و احمدی، ۱۳۹۳: ۱۸).

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 جنبه های 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: ۲۸).

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 برمی 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 (جان بوند و لین کورنر ۲۰۱۱: ۵).

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: ۱۷). 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 مساله 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 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 بین 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. گفته می شود این جایگاه بهتر ما در این شاخص به دلیل جایگاه ویژه خانواده و فرزند در ایران است (اداره سلامت، ۲۳۴۱۳۹۲).

همچنین در رابطه با آمار تعداد فرزندان در بین 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 تک فرزند نیز بررسی نشده است. نکته دیگری هم که خلا آن حس می شود برمی گردد به سه شاخص کیفیت زندگی از نه شاخص که بیشتر جنبه روانی، خانوادگی و اجتماعی دارد و می تواند در بررسی بین 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 می گیرد. همچنان که هرچند به طور کلی زمانی که کارکرد جسمی را بررسی می کنیم در حوزه کیفیت زندگی در دو جهت در حال حرکت هستیم یکی از آن جهت ها این است که افراد چه تصویری از کارکرد جسمی خود دارند و یکی از جهت ها این است که در واقعیت زندگی چه توانایی دارند پس ما یک تصور از کارکرد جسمی داریم و یک عملکرد مبتنی بر نتایج عینی از کارکرد جسمی خواهیم داشت. که حال اگر بخواهیم از جهت روانشناسی نیز این مورد را بررسی و تحلیل کنیم می توان گفت که اگر میان این تصور و عملکرد عینی فاصله زیاد شود به لحاظ روانی اثرات آسیب زای فراوانی از خود به جای خواهد گذاشت. (حاجی یوسفی، ۱۳۸۱: ۱۸). سلامت روانی دارای ۱۳ نشانه است که ۲ نشانه مرتبط با بهزیستی هیجانی ۵ نشانه مرتبط با بهزیستی اجتماعی و ۶ نشانه مرتبط با بهزیستی روانشناختی است. بهزیستی روانشناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعداد های فرد است. و دارای مولفه های ۱- خودمختاری (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون فرد و ...) ۲- رشد شخصی (داشتن رشد مداوم و ...) ۳- روابط مثبت با دیگران (داشتن روابط گرم و ...) ۴- هدفمندی در زندگی (داشتن هدف در زندگی) ۵- پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود و ...) ۶- تسلط بر محیط (توانایی انتخاب و ایجاد محیطی مناسب و ...) می باشد. مدل سلامت، این سه نوع بهزیستی را باهم ترکیب کرده و مفهوم جامع و کاملی از بهزیستی را که هم جنبه عاطفی (بهزیستی هیجانی) و هم جنبه کارکردی (بهزیستی روانشناختی و اجتماعی) سلامت روانی را در بر می گیرد، به وجود می آورد. (بزازیان و بشارت، ۱۳۹۰: ۴۸).

از عواملی که در رابطه با تک فرزندی 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: ۶۸).

به علت دارا بودن ابعاد گوناگون دست یافتن به تعریفی جامع و واحد این واژه بسیار سخت است، لذا در جوامع مختلف معناهای گوناگون و بعضا متفاوتی را می توان از کیفیت زندگی و ابعادش یافت. این معانی می تواند از سلامت جسم گرفته تا سلامتی روانی اجتماعی را در خود جای دهد. (سید حسینی ، ۱۳۹۰: ۳۲) حال ما در پی پاسخ به این سوال هستیم که آیا بین کیفیت زندگی و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد؟

۱.۱. روش پژوهش

با توجه به موضوع پژوهش، به منظور آزمون فرضیه از روش همبستگی استفاده می شود. تحقیقات همبستگی شامل کلیه تحقیقاتی است که در آن سعی می شود روابط بین متغیرهای مختلف را از ضریب همبستگی کشف یا تعیین می شود. هدف روش همبستگی مطالعه حدود تغییرات یک یا چند متغیر دیگر است. مزیت عمده آن این است که به محقق اجازه می دهد متغیرهای زیادی را اندازه گیری کند و همزمان همبستگی درنی بین آنها را محاسبه می کند در علوم رفتاری غالباً چند متغیر به طور مشترک یک الگوی رفتاری معین را تبیین می کنند. روش همبستگی به محقق اجازه می دهد که احتمال ارتباط چند متغیر را چه به تنهایی و چه به صورت گروهی با الگوی رفتاری مشخص مورد پژوهش قرار دهد (دلور، ۱۳۹۲: ۵۸).

جامعه مورد پژوهش زوجین تک فرزند و نیز با بیش از دو فرزند منطقه هفت شهر تهران است. در این پژوهش نمونه گیری به صورت هدفمند و در دسترس با حداکثر تنوع انجام خواهد شد؛ به طوری که زوجین تک فرزند و زوجین با بیش از دو فرزند سنین، سطوح تحصیلی و طبقات اقتصادی و اجتماعی مختلف انتخاب خواهند شد. روش نمونه گیری ما روش تصادفی ساده می باشد. که با توجه به شرایط ورود به پژوهش انجام می پذیرد. روش نمونه گیری تصادفی ساده روشی است که اعضای جامعه امکان مساوی برای انتخاب شدن دارا می باشند (دلور، ۱۳۹۲: ۵۸). در مورد حجم نمونه نیز در تحقیقات همبستگی و یا رابطه ای روش شناسان بهترین حجم نمونه ۳۰۰ نفر ذکر کردند. (دلور، ۱۳۹۲: ۵۸). در پژوهش ما نیز ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند.

پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-36) مشهورترین و پر استفاده ترین ابزار برای سنجش کیفیت زندگی است. که ما نیز در این پژوهش از آن استفاده می کنیم. پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (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^۱ (PF)

۲- اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی^۲ (RP)

1-Physical function

2-Role disorder due to physial health

۳- اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی^۱ (RE)

۴- انرژی/خستگی^۲ (EF)

۵- بهزیستی هیجانی^۳

۶- کارکرد اجتماعی^۴ (SF)

۷- درد^۵ (P)

۸- سلامت عمومی^۶ (GH)

۱. زیر مقیاس سلامت جسمی: جمع زیرمقیاس‌های کارکرد جسم (PF)، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP)، درد (P)، و سلامت عمومی (GH).

۲. زیرمقیاس سلامت روانی: جمع زیرمقیاس‌های اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW) و کارکرد اجتماعی (SF).

جدول ۱: شاخص‌های جمعیتی

جنسیت	تعداد فرزند	تحصیلات	سن	۳. شغل
مرد: ۱۵۰ نفر	تک فرزند: ۱۵۰	دیپلم: ۱۱۳	۳۵ تا ۲۵:	دولتی: ۸۹
	۳ فرزند: ۸۸	لیسانس: ۱۰۴	۶۹	
زن: ۱۵۰ نفر	۴ فرزند و بیشتر: ۶۲	فوق لیسانس و معادلش: ۵۸	۴۵ تا ۳۵:	خصوصی: ۶۱
			۸۱	
		دکتری و معادلش: ۲۵	۴۵ تا ۵۵:	بازنشسته: ۷۳
			۷۹	
	کل: ۳۰۰		۶۵ تا ۵۵:	آزاد: ۷۷
		کل: ۳۰۰	۷۱	
			کل: ۳۰۰	کل: ۳۰۰

1- Role dysfunction due to emotional health

2- Energy / Fatigue

3- Emotional well-being

4- Social function

5- the pain

6- general health

در جدول ۱، به شاخص‌های جمعیتی پرداخته شده است و به تفکیک جنسیت، تعداد فرزند، تحصیلات، سن و شغل آورده شده است.

۲. یافته‌های توصیفی

در این پژوهش که به صورت رابطه‌ای مقایسه می‌کند کیفیت زندگی زوجین تک فرزند با زوجین دارای بیش از دو فرزند ابتدا اطلاعات حاصل از اجرای پرسشنامه گزارش می‌شود. این اطلاعات شامل فراوانی، انحراف استاندارد، دامنه تغییرات، مقدار کمینه و پیشینه می‌شود.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای زوجین تک فرزند

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	پیشینه
کارکرد جسمی	۳۰۰	۵۸/۷۴	۲۴	۱۳	۷۹
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی	۳۰۰	۴۳/۴۴	۳/۲۴	۱۰	۶۳
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۳۰۰	۵۹/۵۵	۴۱/۸	۱۴	۸۳
انرژی/خستگی	۳۰۰	۶۰/۲۵	۲۱/۷	۱۷	۸۴
بهبودی هیجانی	۳۰۰	۶۱/۷۲	۱۸/۷	۱۶	۹۱
کارکرد اجتماعی	۳۰۰	۶۱/۷۸	۲۶/۴	۴	۶۹
درد	۳۰۰	۶۱/۴۴	۲۵	۸	۷۳
سلامت عمومی	۳۰۰	۵۳/۸۲	۱۷/۴	۱۱	۶۸

در جدول (۲) شاخص‌های توصیفی (شامل میانگین، انحراف استاندارد، مقدار کمینه و پیشینه) در متغیرهای پژوهش آورده شده است. لازم به ذکر است که متغیر کیفیت زندگی دارای هشت زیر مقیاس کارکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهبودی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی بود که در این پژوهش این زیر مقیاس‌ها مورد تحلیل قرار گرفته‌اند.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای زوجین دارای بیش از دو فرزند

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	پیشینه
کارکرد جسمی	۳۰۰	۵۹/۹۴	۲۳/۲	۱۵	۷۱
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی	۳۰۰	۴۳/۴۴	۳/۴	۱۹	۵۸
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۳۰۰	۵۴/۵۵	۴۰/۲	۱۸	۷۳
انرژی/خستگی	۳۰۰	۶۳/۲۱	۱۸/۷	۱۵	۸۹
بهبودی هیجانی	۳۰۰	۶۲/۶۲	۱۴/۷	۱۱	۹۱
کارکرد اجتماعی	۳۰۰	۶۱/۴۸	۲۴/۲	۸	۵۸
درد	۳۰۰	۶۶/۴۴	۲۳	۱۳	۷۷
سلامت عمومی	۳۰۰	۵۵/۷۲	۱۷/۴	۱۰	۶۸

در جدول (۲) نیز مانند (۳) شاخص‌های توصیفی (شامل میانگین، انحراف استاندارد، مقدار کمینه و پیشینه) در متغیر-های پژوهش آورده شده است منتها برای زوجین دارای بیش از دو فرزند است. لازم به ذکر است که متغیر کیفیت زندگی دارای هشت زیر مقیاس کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهبودی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی بود که در این پژوهش این زیر مقیاس‌ها مورد تحلیل قرار گرفته‌اند. در این پژوهش نیز ما ۲ مقیاس را بررسی کردیم که عبارت هستند از: کارکرد جسمی و ثبات هیجانی.

۲.۱. یافته‌ها

فرضیه اول پژوهش: بین کارکرد جسمی و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد.

- بین کارکرد جسمی و تعداد فرزندان رابطه وجود ندارد. H_0

- بین کارکرد جسمی و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد. H_1

جدول ۴: تحلیل واریانس مدل رگرسیونی پژوهش مربوط به رابطه‌ی میان کارکرد جسمی و تعداد فرزندان (زوجین تک فرزند)

R		ضریب تشخیص R2	ضریب تشخیص تعدیل شده		خطای استاندارد	
۸۰/۱۸		۰/۰۳۴	۰/۰۲۶		۸/۶۵۸	
منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	سطح اطمینان	سطح معنی داری
رگرسیون	۲	۵۹۷/۳۶۲	۲۹۶/۱۷۲	۳/۱۶۲	۰/۹۵	۰/۰۴۱
باقیمانده	۱۴۸	۱۷۲۳۴/۲۹۷	۸۳/۰۸۸	H1 تایید شد	نتیجه آزمون: تایید فرضیه و مدل پژوهش	
کل	۱۵۰	۱۷۸۳۱/۶۵۹	-----			

چنانچه در جدول شماره ۴-۶ ملاحظه گردید سطح معنی داری آزمون مربوط برابر ۰/۰۴۱ می باشد، می توان چنین ادعا کرد مدل رگرسیونی پژوهش حاضر شامل رابطه‌ی میان کارکرد جسمی و تعداد فرزندان می باشد و با خطای ۰/۰۵ یا سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی دار می باشد پس فرضیه 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 ۰/۰۳۴ می باشد می توان بیان نمود ۳/۱۴ درصد از تغییرات تعداد فرزند توسط تغییرات در متغیر مستقل تبیین می گردد.

جدول ۵: تحلیل واریانس مدل رگرسیونی پژوهش مربوط به رابطه میان کارکرد جسمی و تعداد فرزندان (زوجین چند فرزند)

R		ضریب تشخیص R2	ضریب تشخیص تعدیل شده		خطای استاندارد	
۹۸۰/۱		۰/۰۵۴	۰/۰۴۶		۷/۴۳۲	
منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	سطح اطمینان	سطح معنی داری
رگرسیون	۲	۷۸۷/۵۱۲	۲۶۷/۲۳۲	۳/۱۸۲	۰/۹۵	۰/۰۶۳

باقیمانده	۱۴۸	۱۶۷۸۴/۲۹۶	۸۶/۰۷۵	H1 تایید شد	نتیجه آزمون: تایید فرضیه و مدل پژوهش
کل	۱۵۰	۸۰۸۱۷۵۷۱	-----		

چنانچه در جدول شماره ۵: ملاحظه گردید سطح معنی داری آزمون مربوط برابر $۰/۰۶۳$ می باشد، می توان چنین ادعا کرد مدل رگرسیونی پژوهش حاضر شامل رابطه میان کارکرد جسمی و تعداد فرزندان می باشد و با خطای $۰/۰۵$ یا سطح اطمینان $۰/۹۵$ معنی دار می باشد پس فرضیه پژوهش تایید و فرضیه 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 $۰/۰۵۴$ می باشد می توان بیان نمود $۵/۲۴$ درصد از تغییرات تعداد فرزند توسط تغییرات در متغیر مستقل تبیین می گردد.

فرضیه دوم پژوهش: بین بهزیستی هیجانی و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد.

- بین بهزیستی هیجانی و تعداد فرزندان رابطه وجود ندارد. H0

- بین بهزیستی هیجانی و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد. H1

جدول ۶: تحلیل واریانس مدل رگرسیونی پژوهش مربوط به رابطه میان بهزیستی هیجانی و تعداد فرزندان (زوجین تک فرزند)

R		ضریب تشخیص R2	ضریب تشخیص تعدیل شده		خطای استاندارد	
۶۱۱۰/		۰/۰۷۸	۰/۰۳۹		۳/۵۵۷	
منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	سطح اطمینان	سطح معنی داری
رگرسیون	۲	۸۸۵/۴۸۶	۷۸۷/۵۳۵	۲/۳۵۶	۰/۹۵	۰/۰۶۵
باقیمانده	۱۴۸	۱۹۷۸۴/۰۳۲	۸۷/۱۶۳	H1 تایید شد	نتیجه آزمون: تایید فرضیه و مدل پژوهش	
کل	۱۵۰	۲۰۶۶۹/۵۱۸	-----			

چنانچه در جدول شماره ۶: 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 فرضیه 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 می باشد می توان بیان نمود ۷/۸۳ درصد از تغییرات تعداد فرزند توسط تغییرات در متغیر مستقل تبیین می گردد.

جدول ۷: تحلیل واریانس مدل رگرسیونی پژوهش مربوط به رابطه میان بهزیستی هیجانی و تعداد فرزندان (زوجین چند فرزند)

R		ضریب تشخیص R2	ضریب تشخیص تعدیل شده		خطای استاندارد	
۴۲۱۰/		۰/۰۶۳	۰/۰۳۱		۴/۷۳۷	
منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	سطح اطمینان	سطح معنی داری
رگرسیون	۲	۷۱۵/۸۹۶	۷۰۹/۵۹۹	۲/۴۱۶	۰/۹۵	۰/۰۵۸
باقیمانده	۱۴۸	۱۵۶۷۴/۰۳۲	۵۷/۱۳۳	H1 تایید شد	نتیجه آزمون: تایید فرضیه و مدل پژوهش	
کل	۱۵۰	۱۶۳۸۹/۹۲۸	-----			

چنانچه در جدول شماره ۸ : ملاحظه گردید سطح معنی داری آزمون مربوط برابر ۰/۰۵۸ می باشد، می توان چنین ادعا کرد مدل رگرسیونی پژوهش حاضر شامل رابطه میان بهزیستی هیجان و تعداد فرزندان می باشد و با خطای ۰/۰۵ یا سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی دار می باشد پس فرضیه 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 ۰/۰۶۳ می باشد می توان بیان نمود ۶/۵۳ درصد از تغییرات تعداد فرزند توسط تغییرات در متغیر مستقل تبیین می گردد.

۳. بحث و نتیجه گیری

نتایج آزمون نشان داد که بین کارکرد جسمی و بهزیستی هیجانی با تعداد فرزندان برای هر دو گروه رابطه برقرار است نتایج پژوهش ما نشان داد که بین کارکرد جسمی و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد و البته این رابطه هم در بین زوجین تک فرزند 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 تک فرزند 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 تک فرزند 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 روی ۱۲ هزار زوج که از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۵، در مجموع صاحب ۱۷۴ هزار کودک شده 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 چرا که مادران بار جسمی بیشتری را در هر بارداری و زایمان متحمل می‌شوند (پرشین وی به نقل از (شیکاگو نیوز، ۱۳۸۷، ۶۷).

منابع

- بوند، جان و کوزنر، لین (۲۰۱۱). *کیفیت زندگی و سالمندان*، مترجم، سیدحسین محقق‌کی کمال، نشر دانش. بزازیان، علی؛ بشارت، محمدعلی (۱۳۸۹). «سبک‌های دلبستگی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک». *مجله روانشناسی معاصر*. دوره یک. شماره ۵. ص: ۳-۱۱.
- دلاور، علی (۱۳۹۲). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. چاپ اول. تهران: انتشارات ویرایش.
- ساطوریان، سیدعباس؛ طهماسبیان، کارینه؛ احمدی، محمدرضا (۱۳۹۳). «مشکلات رفتاری کودکان در خانواده‌های تک فرزند و دو فرزند». *مجله دین و روانشناسی*. سال هفتم، شماره ۳، صص 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، صص: 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 الزهراء*، شماره ۱۱، صص ۱۳۱-۱۴۹.
- عراقی، یحیی (۱۳۸۷). «کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان». *روانشناسی و دین*. سال ۱، شماره ۳، صص: ۶۳-۷۶.
- عزیزی، الهه (۱۳۹۰). «بررسی خانوادگی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی و مقایسه آن با کودکان عادی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانواده‌درمانی. تهران: پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی.
- فراهانی، فریده؛ سربابی، حسن (۱۳۹۵). «واکاوی شرایط زمینه ساز قصد و رفتار تک‌فرزندی در تهران»، فصلنامه شورای فرهنگی و اجتماعی زنان و خانواده، سال هجدهم، شماره ۷۱، صص 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 persian.v.com (۱۳۹۵).
- مرادی، اعظم؛ زرگر، فاطمه؛ کلانتری، مهرداد؛ طاهرپور، فاطمه (۱۳۸۷). سهم وضعیت اشتغال، سن و تعداد فرزندان در پیش‌بینی اعتماد به نفس زنان متأهل. *مجله علمی پژوهشی تحقیقات زنان*، سال دوم، شماره چهارم، صص ۶۷-۸۲.

مهربانی، وحید(۱۳۹۳) شواهدی از وجود تبادل میان فرزندان و سلامت آنها. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی . سال پانزدهم، شماره ۵۶، صص ۲۰۱-۲۲۶.

-Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. Journal of intellectual disability research. (2005):49:699-706.

-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.

