

بررسی رابطه‌ی الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی نوجوانان

فریبا شهرکی ثانوی

دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت (کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان)

دکتر علی نویدیان^۱

استادیار مشاوره‌ی خانواده (مرکز تحقیقات ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان)

دکتر علیرضا انصاری مقدم

استادیار اپیدمیولوژی (مرکز تحقیقات ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان)

دکتر مهدی فرجی شوی

دکترای حرفه‌ای (دانشگاه علوم پزشکی زاهدان)

پذیرش مقاله: ۹۰/۶/۱

دریافت مقاله: ۸۹/۱۲/۳

هدف: به لحاظ اهمیت و دامنه‌ی فراگیر کیفیت زندگی، عوامل موثر بر آن همواره بررسی شده است. در این میان، نقش خانواده و نحوه‌ی ارتباطات اعضای آن با یکدیگر در شکل‌گیری کیفیت زندگی بسیار اساسی به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر الگوهای ارتباط خانوادگی بر کیفیت زندگی نوجوانان انجام شد.

روش: این مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) است که در شهر زاهدان در سال ۸۹ انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش، ۴۳۹ نوجوان دبیرستانی است که با روش نمونه‌گیری تصادفی وارد مطالعه شدند. جهت بررسی الگوی ارتباطی خانوادگی از ابزار تجدید-نظر شده‌ی الگوی ارتباطات خانوادگی و جهت بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه‌ی استاندارد 52 – Kidscreen استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که از نظر الگوهای ارتباط خانوادگی، الگوهای ارتباطی کثرت‌گرا و توافق‌کننده بیشترین فراوانی را در خانواده‌ها به خود اختصاص داده بودند. نتایج تحلیل رگرسیون به روش همزمان بین متغیرهای مستقل الگوهای ارتباط خانوادگی با ابعاد کیفیت زندگی در تمام ابعاد، به جز بین الگوی ارتباط خانوادگی و بعد پذیرش اجتماعی رابطه‌ی معنی‌دار را نشان داد. الگوی ارتباط خانوادگی، قویترین پیش‌بینی کننده‌ی بعد رابطه‌ی خانوادگی ($\beta = 0/45$) بود. همچنین نتایج تحلیل واریانس یک طرفه، رابطه‌ی معنی‌داری را بین کیفیت زندگی نوجوانان با نوع الگوهای ارتباطی خانواده نشان داد ($P < 0/01$).

نتایج: بر طبق نتایج، هر چه محیط خانواده شرایط گفتگوی راحت را بیشتر فراهم آورد، سلامت و زندگی غنی‌تر فرزندان را در پی دارد.

واژه‌های کلیدی: الگوهای ارتباطی خانواده، کیفیت زندگی، نوجوانان

۱- آدرس نویسنده مسئول، دکتر علی نویدیان، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان،

Alinavidian@gmail.com

تلفاکس: ۰۵۴۱-۲۴۴۲۴۸۱

رابطه‌ی الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی/فربیا شهرکی ثانوی و همکاران

مقدمه

خانواده اولین پایه‌گذار شخصیت، ارزش‌ها و معیارهای فکری کودک است (کميجانی و ماهر، ۲۰۰۷). واتزلاویک، بیونو جکسون خانواده راسیستمی قانونگذار تعریف می‌کنند که اعضای آن به طور مداوم در حال تعریف و تجدید نظر در تعریف ماهیت روابط خود بر مبنای الگوی ارتباطاتشان هستند (کلارک و شیلدز، ۱۹۹۷). کنش‌های متقابل میان والدین و فرزندان، اساس تحوّل عاطفی کودک تلقی می‌گردد و این کنش متقابل در تمام مراحل عمر وی، خود را نشان می‌دهد. از جمله مراحل بسیار مهم، دوره‌ی نوجوانی است (مؤمنی و امیری، ۲۰۰۸) که مرحله‌ای استرس‌آور برای والدین و نوجوان است و تأثیرات والدینی در طی کردن این مرحله و توسعه‌ی تغییرات نرمال آن بسیار حایز اهمیت است (اکروودیو، ۲۰۱۰، دریسکولو همکاران، ۲۰۰۸).

معنای ابتدایی ارتباط خانوادگی این است که بچه‌ها ارتباط با دیگران، تفسیر رفتارهای دیگران، تجربه‌ی احساسات و فعالیت‌های ارتباطی با دیگران را یاد بگیرند (کوثرنر، ۲۰۰۴). با توجه به این مسأله، فیزپاتریکو کوثرنر دوبعد زیربنایی گفت و شنود و همنوایی را در الگوهای ارتباط خانوادگی شناسایی کردند (فیتزپاتریک، ۲۰۰۴). در بعد گفت و شنود اعضای خانواده به طور پیوسته و خودانگیخته با یکدیگر تعامل دارند و در بعد همنوایی، ارتباط‌های خانوادگی به گونه‌ای است که اعضا را وادار به یکسان نمودن نگرش‌ها، ارزش‌ها و باورها می‌کند و بر حرف شنوی از پدر و مادر و دیگر بزرگسالان استوار است (فیتزپاتریک، ۲۰۰۴، کوثرنر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۴a).

از ترکیب دو نوع جهت‌گیری چهار نوع خانواده پدید می‌آید. خانواده‌های توافق‌کننده³ که در هر دو بعد جهت‌گیری گفت و شنود و همنوایی نمره‌ی زیادی می‌گیرند (کوروش‌نیا و لطیفیان، ۲۰۰۷). ارتباطات آنها کشمکش بین کشف عقاید در میان روابط باز و مبادله‌ای و فشار برای موافقت با حمایت از سلسله مراتب خانوادگی را منعکس می‌کنند (کوثرنر، ۲۰۰۴). فرزندان برای گفت و شنودهای خانواده ارزش قایل هستند و ارزش‌ها و عقاید والدین خود را به کار می‌بندند (کوثرنر ماکی، ۲۰۰۴). خانواده‌های کثرت‌گرا که در جهت‌گیری گفت و شنود، نمره‌ی زیاد و در جهت‌گیری همنوایی نمره‌ی کم می‌گیرند (کوروش‌نیا و لطیفیان، ۲۰۰۷)، ارتباطات آنان شامل ویژگی‌های باز بودن و توسعه‌ی ارتباطات جدی و رقابت‌جویانه می‌باشد (کوثرنر، ۲۰۰۴). فرزندان در این خانواده‌ها ضمن

احترام به دیدگاه‌های پدر و مادر، مستقل و خودمختار هستند (کوثرنر و ماکی، ۲۰۰۴). خانواده‌های حمایت‌گر که در جهت‌گیری گفت و شنود، نمره‌ی کم و در جهت‌گیری هم‌نوایی نمره‌ی زیاد می‌گیرند (کوروش‌نیا و لطیفیان، ۲۰۰۷). ارتباطات و عملکردها برای ادامه‌ی اطاعت و اجرای هنجارهای خانواده است (کوثرنر، ۲۰۰۴). در این خانواده‌ها بر پیروی از مرجع قدرت (پدر و مادر) تأکید می‌شود (کوثرنر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲b). خانواده‌های بی‌قید که در هر دو بعد جهت‌گیری گفت و شنود و هم‌نوایی نمره‌ی کمی می‌گیرند (کوروش‌نیا و لطیفیان، ۲۰۰۷). اعضای خانواده اغلب نسبت به یکدیگر در گفت و شنودها متعهد نیستند و جایگاه ارزشی کمی برای ارتباطات یا نگهداری و حمایت از واحد خانواده قایل هستند (کوثرنر، ۲۰۰۴)؛ میزان تعاملات بین اعضای خانواده کم است و برخلاف خانواده‌های کثرت‌گرا، والدین به تصمیمات فرزندان و برقراری ارتباط و محاوره با آنان علاقه‌ای نشان نمی‌دهند (کلارک و شیلدز، ۱۹۹۷).

مطالعات فراوانی نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری و انحرافات افراد بیشتر ریشه در خانه‌هایشان دارد و عملکردهای بد خانوادگی به وسیله‌ی طلاق یا مرگ والدین ممکن است نوجوانان را به سوی مشارکت در رفتارهای پرخطر سوق دهد (اکرودیدویو، ۲۰۱۰). از طرف دیگر، میزان حمایت و گرمی والدین نشان داده که در کسب سلامتی کودکان مؤثر است (دریسکول و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین بین عملکرد خانواده و سلامت روانی نوجوانان رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد (الیاس و هیو-یی، ۲۰۰۹). در حقیقت الگوی روابط والدینی، یک عامل بسیار مهم و عمده سلامت کودکان است (ویمپانی، ۲۰۱۰).

سلامت کودکان ترکیبی از سلامت جسمی، فکری، احساسی و روحی آنها و همچنین سلامت والدین و کیفیت روابط بین والدین و کودکان می‌باشد. اتادا (۲۰۰۱) گزارش کرد که ارتباط بین والدین و نوجوان زمانی که گرم هست، یک محیط سالم برای توسعه و پیشرفت نوجوان خلق می‌شود و نوجوانان بلوغ کامل را در خانواده‌های با احساس و پذیرش نشان می‌دهند (اکرودیدویو، ۲۰۱۰).

از طرف دیگر، کیفیت زندگی^۸ نیروی قدرتمندی در راستای هدایت، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف می‌باشد (تستا و سیمسون، ۱۹۹۶). سازمان بهداشت جهانی چهار بعد سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی را برای کیفیت زندگی در نظر گرفته است (رحیمی و خیر، ۲۰۰۷). رافایل در مرکز ارتقای سلامت نوجوانان، کیفیت زندگی را

«درجه‌ای که شخص از حالت‌های متفاوت و بااهمیت در زندگی‌اش لذت می‌برد» تعریف کرد که شامل: بعد هستی که «چه کسی هست» و شامل سه جزو جسمی، روانی و روحی است؛ بعد متعلقات که «تناسب بین شخص و محیط شخصی‌اش» می‌باشد و شامل سه جزو جسمی، اجتماعی و جامعه است و بعد شدن که اشاره به «فعالیت‌های روزانه که شخص آنها را به طور منظم برای دستیابی به اهداف شخصی و آرزوهایش انجام می‌دهد» و شامل سه جزو فراغت، رشد شایستگی‌ها و اهل عمل بودن، می‌باشد (زکوویک و رنویک، ۲۰۰۳).

به لحاظ اهمیت و دامنه‌ی فراگیر کیفیت زندگی، عوامل مؤثر بر آن همواره بررسی شده است. در این میان، نقش خانواده و نحوه‌ی ارتباطات اعضای آن با یکدیگر در شکل‌گیری کیفیت زندگی بسیار اساسی به نظر می‌رسد و این فرضیه مطرح می‌شود که بین الگوهای ارتباط خانوادگی نوجوانان و ابعاد کیفیت زندگی نوجوانان رابطه وجود دارد. لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر الگوهای ارتباط خانوادگی بر ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، احساسات و خلق، حمایت اجتماعی و همسالان، رابطه‌ی والدینی و زندگی خانوادگی، خوددراکی، خودمختاری، محیط مدرسه، پذیرش اجتماعی و منابع مالی) نوجوانان با استفاده از پرسشنامه طراحی شده برای این گروه سنی (۱۸-۸ سال) انجام شد.

روش تحقیق

این مطالعه، مقطعی (توصیفی-تحلیلی) است که در سال ۹۰-۱۳۸۹ (آذرماه ۸۹ تا تیر ماه ۹۰) انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش را ۴۳۹ نوجوان پایه‌ی اول، دوم و سوم دبیرستان شهر زاهدان دربرمی‌گرفت. روش نمونه‌گیری تصادفی بود؛ بدین صورت که از بین مدارس دو ناحیه‌ی آموزش و پرورش ۸ دبیرستان (۴ دبیرستان دخترانه و ۴ دبیرستان پسرانه) به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس از بین کلاس‌های موجود در هر مدرسه، سه کلاس شامل پایه‌های اول، دوم و سوم مجدداً به صورت تصادفی انتخاب و تمام دانش‌آموزان این کلاس‌ها وارد مطالعه شدند؛ سپس با توجه به اطلاعات بهداشتی دانش‌آموزان، آنانی که بیماری جسمی یا روانی شناخته‌شده‌ای داشتند، از جمعیت مورد مطالعه خارج شدند. رضایت آگاهانه‌ی کتبی از نمونه‌ها کسب گردید و اطلاعات مربوط به روش اجرا و هدف از انجام پروژه به نمونه‌ها داده شد. جهت بررسی الگوی ارتباطی خانوادگی، از ابزار تجدید نظر شده‌ی الگوی ارتباطات خانوادگی و جهت بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه استاندارد 52 - Kidscreen استفاده شد.

ابزار تجدیدنظر شده‌ی الگوهای ارتباط والدینی^۱: این ابزار (RFCP) توسط کوئرنر و

فیتزپاتریک (۲۰۰۲) طراحی شد و پایایی ابزار با میانگین آلفای کرونباخ ۰/۸۹ (دامنه ۰/۹۲-۰/۸۴) در بعد جهت‌گیری گفت و شنود و ۰/۷۹ (دامنه ۰/۸۴-۰/۷۳) در بعد جهت‌گیری هم‌نوایی گزارش شده است و همچنین ضریب پایایی ابزار به روش بازآزمایی نیز در بعد گفت و شنود ۰/۹۹ و در بعد هم‌نوایی ۰/۹۳-۰/۷۳ گزارش شده است. این ابزار یک پرسشنامه‌ی خودسنجی است که میزان موافقت یا عدم موافقت پاسخ دهنده را با ۲۶ سؤال که در دامنه‌ی ۵ درجه‌ای از «کاملاً موافقم» (نمره‌ی ۴) تا «کاملاً مخالفم» (نمره ۰) مورد سؤال قرار می‌گیرد. ۱۵ سؤال اول مربوط به بعد جهت‌گیری گفت و شنود و ۱۱ سؤال مربوط به بعد جهت‌گیری هم‌نوایی می‌باشد (مک فرسون، ۲۰۰۴). کوروش‌نیا روایی و پایایی این ابزار را بر روی ۳۲۶ دانش‌آموز دبیرستانی دختر و پسر در شیراز سنجید که بررسی روایی، ملاکی در بعد جهت‌گیری گفت و شنود (۰/۷۴) و بعد جهت‌گیری هم‌نوایی (۰/۴۹) همبستگی معنی-دار نشان داد و پایایی ابزار در بعد گفت و شنود و هم‌نوایی، آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آورد (کوروش‌نیا و لطفیان، ۲۰۰۸).

در مطالعه‌ی حاضر نسبت روایی محتوای ۰/۶۹ (CVR) و شاخص روایی محتوای ۰/۸۸ (CVI) و پایایی ابزار با میانگین آلفای کرونباخ ۰/۸۰ در بعد جهت‌گیری گفت و شنود و در بعد جهت‌گیری هم‌نوایی ۰/۸۷ به دست آمد و همچنین ضریب پایایی ابزار به روش بازآزمایی نیز در بعد گفت و شنود ۰/۸۹ ($P < ۰/۰۱$) و در بعد هم‌نوایی ۰/۸۸ ($P < ۰/۰۱$) به دست آمد. پس از جمع نمرات کسب شده در هر بعد، آنهایی که در هر دو بعد نمره‌ی زیاد کسب کردند، الگوی خانوادگی توافق‌کننده، در جهت-گیری گفت و شنود نمره‌ی زیاد و در جهت‌گیری هم‌نوایی نمره‌ی کم الگوی خانوادگی کثرت‌گرا، در جهت‌گیری گفت و شنود نمره‌ی کم و در جهت‌گیری هم‌نوایی نمره‌ی زیاد الگوی خانوادگی حمایت‌گر و اگر در هر دو بعد نمره‌ی کم کسب نمودند، الگوی خانوادگی آنها بی‌قید در نظر گرفته شد.

ابزار کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان (KIDSCREEN-52): پرسشنامه کیفیت زندگی

(HRQOL) در پروژه KIDSCREEN در ده بعد با ۵۲ سؤال طراحی گردید. جهت تعیین روایی و

1 - Family communication pattern

پایایی این پرسشنامه بر روی ۲۲۱۱۰ نوجوان ۱۸-۸ در ۱۲ کشور اروپایی استفاده شد که ابزار پایایی با میانگین آلفای کرونباخ ۰/۸۹-۰/۷۷ به دست آورد و در کل ابزاری مناسب برای سنجش کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان ۱۸-۸ تشخیص داده شد. این ابزار یک پرسشنامه‌ی خودسنجی است که ۵۲ سؤال در ده بعد شامل: سلامت جسمانی (۵ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، احساسات و خلق (۷ سؤال)، حمایت اجتماعی و همسالان (۶ سؤال)، رابطه‌ی والدینی و زندگی خانوادگی (۵ سؤال)، خوددراکی (۵ سؤال)، خودمختاری (۵ سؤال)، محیط مدرسه (۶ سؤال)، پذیرش اجتماعی (۳ سؤال) و منابع مالی (۳ سؤال) که سؤالات در دامنه‌ی ۵ درجه‌ای مورد سؤال قرار می‌گیرند. بالاترین نمره برای هر سؤال ۴ و کمترین نمره صفر می‌باشد (راوینزسیبیر و همکاران، ۲۰۰۵، ۲۰۰۷، روبیتال، ۲۰۰۶).

با توجه به این که مطالعه‌ی که از این پرسشنامه در ایران استفاده شده باشد در دسترس نبود، پرسشنامه‌ی اصلی توسط چند نفر از متخصصین به فارسی ترجمه و پس از ترجمه‌ی مجدد به انگلیسی، مطابقت آن با نسخه‌ی اصلی بررسی شده است. در مطالعه‌ی حاضر پرسشنامه نسبت روایی محتوای ۰/۶۹ (CVR) و شاخص روایی محتوای ۰/۸۸ (CVI) و پایایی ابزار بر اساس میانگین آلفای کرونباخ $\alpha=0/87$ و همچنین ضریب پایایی ابزار به روش بازآزمایی $R=0/93$ به دست آمد. در این مطالعه بر اساس جمع نمرات به دست آمده در کل سؤالات و بر اساس چارک نمرات کسب شده توسط نمونه‌ها، کیفیت زندگی در چهار طبقه‌ی ضعیف، متوسط، خوب و عالی طبقه‌بندی شدند.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و کدگذاری آنها و اطمینان از صحت اطلاعات، اطلاعات برای تجزیه و تحلیل آماری وارد نرم‌افزار آماری SPSS15 شد. جهت توصیف اطلاعات از آمار توصیفی و آمار تحلیلی مانند ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، آزمون کای دو ANOVA و جهت بررسی و تعیین پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی توسط هر یک از ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد.

یافته‌ها

این مطالعه، بر روی ۴۳۹ نوجوان با دامنه‌ی سنی بین ۱۸-۱۴ سال و میانگین سنی $15/8 \pm 1/06$ سال - که بیش از نیمی از واحدها (۵۱/۵ درصد) پسر بودند- انجام شد. از نظر بعد خانوار، تعداد فرزندان در خانواده‌های نوجوانان مورد مطالعه بین ۱-۱۶ متغیر بود. رتبه‌ی تولد نوجوانان مورد بررسی بین ۱-۱۱ متغیر بود. ۸۶/۸ درصد از دانش‌آموزان با هر دو والد خود (پدر و مادر) زندگی می‌کردند. میزان تحصیلات اکثریت مادران در حد ابتدایی (۳۲/۶ درصد) و اکثریت پدران، در حد دبیرستان

(۲۷/۶ درصد) بود. در خصوص وضعیّت شغلی، ۸۱/۱ درصد مادران خانه‌دار ۳۵/۵ درصد پدران کارمند بودند و ۸۶/۶ درصد از آنان وضعیّت اقتصادی خانواده‌شان را در حد متوسط تا خوب می‌دانستند.

جدول شماره ۱: فراوانی الگوهای ارتباطی خانواده

متغیر	فراوانی	درصد
توافق کننده	۱۵۲	۳۴/۶
کثرت گرا	۱۷۰	۳۸/۷
حمایت گر	۷۹	۱۸
بی قید	۳۸	۸/۷
کل	۴۳۹	۱۰۰

از نظر نوع الگوهای ارتباط خانوادگی، الگوهای ارتباطی کثرت گرا (۳۸/۷ درصد) و به دنبال آن توافق کننده (۳۴/۶ درصد) بیشترین فراوانی را در خانواده‌ها به خود اختصاص داده بودند (جدول شماره ۱). بین نوع الگوی ارتباط خانوادگی و سرپرست نوجوان، میزان تحصیلات، شغل و بیماری‌های والدین ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

جدول شماره ۲: درصد پاسخ دانش آموزان در مورد سلامت کلی

متغیر	کمی خوب	نسبتاً خوب	خوب	خیلی خوب	عالی
در کل وضعیت سلامتی تان را در چه حد می‌دانید؟	۶/۴	۱۴/۱	۲۳/۵	۲۳/۷	۳/۳۲

به طور کلی یک سوم نوجوانان وضعیت سلامت کلی خود را عالی و حدود نیمی از آنها خوب تا خیلی خوب طبقه‌بندی نمودند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۳: تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان
الگوی ارتباط خانوادگی با ابعاد کیفیت زندگی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	R	R ²	F
سلامت جسمانی	۰/۲۵	۰/۰۶	۲۸/۲۷	
سلامت روانی	۰/۴۰	۰/۱۶	۸۲/۴۳	
خلق و هیجانات	۰/۲۹	۰/۰۸	۳۹/۵۸	
حمایت اجتماعی و همسالان	۰/۰۷	۰/۰۰۶	۲/۴۵	
زندگی خانوادگی	۰/۴۵	۰/۲۰	۱۱۱/۹۶	
خودادراکی	۰/۳۴	۰/۱۲	۵۸/۴۲	
خودمختاری	۰/۲۲	۰/۰۵	۲۲/۷۰	
محیط مدرسه	۰/۲۳	۰/۰۷	۳۳/۳۰	
پذیرش اجتماعی	۰/۰۷	۰/۰۰۵	۲/۲۵	
منابع مالی	۰/۱۸	۰/۰۳	۱۵/۵۰	

نتایج تحلیل رگرسیون به روش همزمان بین متغیرهای مستقل الگوهای ارتباط خانوادگی با ابعاد کیفیت زندگی رابطه‌ی معنی‌دار در تمام ابعاد نشان داد و تنها بین الگوی ارتباط خانوادگی و بعد پذیرش اجتماعی رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. (جدول شماره ۳).

میانگین جمع نمرات کسب شده توسط نوجوانان در ده بعد ۱۳۱/۳۴ بود و پس از طبقه‌بندی نمرات کسب شده در ابعاد ده‌گانه کیفیت زندگی براساس چارک نمرات، ۲۶ درصد دانش‌آموزان کیفیت زندگی‌شان در حد متوسط بود. میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی دختران 32 ± 129 و پسران 28 ± 134 بود. براساس نتایج تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) بین کیفیت زندگی نوجوانان بر اساس جنسیت ($F=3/14, P<0/01$) و همچنین بین کیفیت زندگی نوجوانان با سرپرست نوجوانان، رتبه‌ی تولد، تعداد فرزندان خانواده، میزان تحصیلات والدین و شغل والدین ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

اما تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) بین کیفیت زندگی نوجوانان با الگوهای ارتباطی خانواده، رابطه‌ی آماری معناداری را نشان داد ($F=62/03, P<0/01$) و نتایج آزمون توکی نشان داد که تفاوت میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی بین گروه الگوهای ارتباط خانوادگی توافق‌کننده و کثرت‌گرا با گروه الگوهای ارتباط خانوادگی حمایت‌گرا و بی‌قید معنی‌دار بود ($P<0/01$) به طوری که میانگین

نمرات کیفیت زندگی در الگوهای ارتباط خانوادگی کثرت گرا، توافق کننده، بی قید و حمایت گر به ترتیب ۱۴۳/۴۸، ۱۳۸/۵۷، ۱۰۹/۵۵ و ۱۰۱/۷۸ بود.

بحث

در دهه‌های اخیر بیشترین بررسی‌ها بر روی ملاک‌های ارزیابی پزشکی بیرونی شده است در حالیکه تنها نشانه‌های جسمی سلامت مهم نیست بلکه همچنین احساس شخصی، روانشناختی، فیزیکی و چگونگی ارتباط فرد با دیگران، سازگاری وی با زندگی روزمره حایز اهمیت می باشد. با توجه به اهمیت این مقوله، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تاثیر ارتباط الگوهای ارتباط خانوادگی بر کیفیت زندگی نوجوانان انجام شد.

مطالعه‌ی جوکار در شیراز نشان داد که بیشتر خانواده‌ها الگوی ارتباطی کثرت گرا (میانگین ۵۵/۶۴ درصد) داشتند (جوکار و رحیمی، ۲۰۰۸). مطالعه‌ی رحیمی نیز نشان داد که بیشتر خانواده‌ها الگوی ارتباطی گفت و شنود (میانگین ۳۷/۱۴ درصد) داشتند (رحیمی و خیر، ۲۰۰۷). نتایج مطالعه‌ی کوروش نیا هم تأییدکننده‌ی نتایج جوکار و رحیمی بود و بیشترین خانواده‌ها (میانگین ۳۵/۵ درصد) الگوی گفت و شنود را به خود اختصاص داده بودند (کوروش نیا و لطفیان، ۲۰۰۸). در مطالعه‌ی حاضر هم با توجه به اینکه خانواده‌های با نمرات بالای گفت و شنود در الگوی ارتباطی کثرت گرا و توافق کننده قرار می گیرند که در این مطالعه بیشترین فراوانی را داشتند، همسو با این مطالعات بود.

سیلارز^{۱۲} روابط والدین و نوجوانان را به وسیله‌ی پرسشنامه و بازیابی فیلم‌های ویدیویی بحث بین آنها بررسی کرد. نتایج نشان داد که نمرات پرسشنامه با بازیابی ویدیویی مشابه نبود. برخی از خانواده‌ها - که در پرسشنامه جهت گیری همنوایی داشتند- در بحث جهت گیری گفت و شنود را نشان دادند (سیلارز و همکاران، ۲۰۱۰). این بیانگر این موضوع است که برخی از والدینی که در پرسشنامه جهت گیری همنوایی را نشان می‌دهند، عملاً در روابط خانوادگی شان بیشتر از جهت گیری گفت و شنود پیروی می‌کنند و در حقیقت تنها بر اساس تکمیل پرسشنامه نمی توان قطعاً مشخص کرد که نمونه‌ها کدام جهت گیری را در خانواده بیشتر تجربه می‌کنند.

همچنین نتایج مطالعه‌ی کیفیت زندگی بر اساس مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در ایران نشان داد که میانگین بعد سلامت جسمی نوجوانان $25 \pm 4/3$ ، بعد سلامت روان $20 \pm 4/9$ ، بعد ارتباطات اجتماعی $7 \pm 1/9$ و بعد محیط زندگی $28/1 \pm 5/9$ بود (رحیمی و خیر، ۲۰۰۷).

در مطالعه‌ی حاضر نیز نتایج نشان داد که میانگین نمره‌ی سلامت جسمی دانش‌آموزان $10/3 \pm 3/6$ ، سلامت‌روانی $15/5 \pm 5/1$ ، حمایت اجتماعی $14/1 \pm 4/8$ و در بعد زندگی خانوادگی $16/1 \pm 6/1$ بود که نتایج مطالعه حاضر با توجه به تعداد سؤالات در هر بعد و نمرات کسب شده، تقریباً مشابه با مطالعه‌ی رحیمی می‌باشند.

در مطالعه‌ی کینگهان - که کیفیت زندگی نوجوانان ایرلندی را به وسیله‌ی ابزار kidscreen-52 سنجید - ۸۹ درصد احساس می‌کردند که سلامتی‌شان خیلی خوب و عالی است. ۷۲ درصد زیاد و بسیار زیاد از زندگی لذت می‌برند. ۸۶ درصد آنها گاهی اوقات تا همیشه از وضعیت‌شان راضی بودند. ۸۲ درصد ذکر کردند که گاهی اوقات تا همیشه وقت کافی برای خودشان دارند. ۴۷٫۹ درصد احساس می‌کردند که والدینشان زیاد و بسیار زیاد آنها را درک می‌کنند و ۸۲ درصد ذکر کردند که والدینشان آنها را زیاد و بسیار زیاد دوست دارند. ۹۷ درصد گاهی اوقات تا همیشه با دوستانشان وقت می‌گذرانند. تنها ۴ درصد همیشه و اغلب اوقات از دیگر بچه‌ها هراس داشتند و ۱۱ درصد هرگز و به ندرت، پول کافی برای هزینه‌هایشان داشتند. همچنین بیشترین میانگین نمرات در نوجوانان در هر دو جنس در بعد پذیرش اجتماعی بود و کمترین در دختران در بعد خوددراکی و پسران در بعد محیط مدرسه بود (کینگهان، ۲۰۰۸). در مطالعه‌ی حاضر حدود نیمی از نوجوانان سلامت کلی خود را خوب تا خیلی خوب طبقه‌بندی نموده بودند. ۳۹/۶ درصد از اینکه زنده هستند بسیار زیاد خوشحال بودند و نزدیک به ۵۰ درصد آنها احساس می‌کردند که اغلب اوقات همه‌ی کارهایشان بد پیش می‌رود و حدود ۳۰ درصد گاهی اوقات فقط احساس می‌کنند که همه چیز در زندگی‌شان بد پیش می‌رود و ۳۲/۳ درصد احساس بیزاری از همه چیز را اغلب اوقات داشتند. نزدیک به ۴۰ درصد ذکر کردند که اغلب اوقات، آنها و دوستانشان به یکدیگر کمک می‌کنند و تنها ۲۸/۵ درصد آنها گاهی اوقات به دوستانشان اعتماد می‌کنند و ۵۵/۴ درصد بچه‌ها همیشه احساس می‌کردند که والدینشان آنها را دوست دارند. در حدود ۵۰ درصد آنها همیشه از شکل و ظاهرشان راضی بودند. ۳۳ درصد آنها اغلب اوقات می‌توانستند انتخاب کنند که چه کاری را در آینده انجام خواهند داد. ۳۵/۸ درصد همیشه از مدرسه رفتن لذت می‌بردند. ۲۸/۷ درصد همیشه پول کافی برای هزینه‌هایشان دارند در کل نتایج مطالعه حاضر مشابه مطالعه کینگهان بود.

پژوهش راوینز سیبیر در اروپا نشان داد که ۴۴ درصد نوجوانان مورد مطالعه سلامت عمومی ضعیف تا متوسط، رضایتمندی کم از زندگی و مشکلات عود کننده سلامتی داشتند. همچنین نوجوانان

بزرگتر (۱۹-۱۶ ساله) و دختران مشکلات سلامتی بیشتری داشتند و بین طبقه‌ی اجتماعی اقتصادی پایین با مشکلات سلامتی رابطه‌ی معنی‌دار وجود داشت (راوینز سیبیریر، ۲۰۰۹). در مطالعه‌ی حاضر حدود ۵۰ درصد نوجوانان سلامت خود را کمی خوب تا نسبتاً خوب می‌دانستند و بر اساس آزمون فیشر، بین نمره‌ی بعد سلامت جسمی نوجوانان با جنسیت رابطه‌ی معنی‌داری ($F=19/7, P<0.01$) وجود داشت و دختران از نمره‌ی سلامت جسمی کمتری برخوردار بودند؛ اما بین وضعیت اقتصادی خانواده و نمره‌ی بعد سلامت جسمی و جمع نمره‌ی کیفیت زندگی رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. مطالعه‌ی رحیمی همبستگی مثبتی را بین جهت‌گیری گفت و شنود در الگوهای ارتباط خانوادگی و چهار بعد کیفیت زندگی و همبستگی منفی بین جهت‌گیری همنوایی در الگوهای ارتباط خانوادگی و ابعاد کیفیت زندگی نشان داد (رحیمی و خیر، ۲۰۰۷). در مطالعه‌ی کوروش‌نیا نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان بین الگوهای ارتباط خانوادگی با اضطراب و افسردگی نوجوانان رابطه‌ی معنی‌داری را نشان داد؛ بدین صورت که جهت‌گیری گفت و شنود خانواده پیش‌بینی کننده‌ی معنادار اضطراب فرزندان به طور منفی ($\beta=0/13, P<0/05$) و پیش‌بینی کننده‌ی منفی افسردگی فرزندان ($\beta=0/28, P<0/005$) است. جهت‌گیری همنوایی خانواده پیش‌بینی کننده‌ی معنادار اضطراب فرزندان به طور مثبت ($\beta=0/16, P<0/05$) و پیش‌بینی کننده‌ی معنادار افسردگی فرزندان نبود (کوروش‌نیا و لطفیان، ۲۰۰۸). در مطالعه‌ی جوکار نیز یافته‌ها نشان داد که بین الگوهای ارتباطی از نظر میزان شادی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=0/001, P<0/001$). آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه‌ی میانگین شادی گروه‌ها بیانگر آن بود که اعضای خانواده‌های کثرت‌گرا و توافق‌کننده میزان بالاتر و خانواده‌های محافظت‌کننده و بی‌قید میزان شادی پایین‌تر را دارا می‌باشند (جوکار و رحیمی، ۲۰۰۸). در مطالعه‌ی حاضر بین الگوهای ارتباطی خانواده با بعد سلامت روانی، کیفیت زندگی ارتباط معنادار را نشان داد.

مطالعه‌ی یکوئر نشان داد که الگوهای گفت و شنود خانوادگی با حمایت اجتماعی خانواده، همبستگی مثبت و الگوهای همنوایی، همبستگی منفی داشتند (کوئر، ۲۰۰۴)؛ اما در مطالعه‌ی حاضر رابطه‌ی معنی‌داری بین الگوهای ارتباط خانوادگی با بعد حمایت اجتماعی خانواده وجود نداشت.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه ابزار سنجش کیفیت زندگی - که در این مطالعه به کار برده شد - اولین بار است که در ایران استفاده می‌شود و کیفیت زندگی نوجوان را در ابعاد متفاوت بررسی می‌کند، امید است که نتایج مطالعه بتواند مریبان و والدین را در خلق محیط‌های یادگیری بهتر برای نوجوانان و دستیابی آنها به کیفیت زندگی مطلوب‌تر و موفقیت‌های بیشتر در آینده کمک نماید. به طور کلی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که هر چه محیط خانواده بیشتر شرایط گفتگوی راحت را درباره طیف وسیعی از موضوعات فراهم آورد بیشتر فرزندان می‌توانند به رشد شخصی و بلوغ فکری دست یابند و همچنین سلامت بیشتر و زندگی غنی‌تر فرزندان را در پی دارد.

از محدودیت‌های مطالعه، سنجش نسبی کیفیت زندگی و همچنین عدم دقت کامل برخی از دانش آموزان در پاسخگویی به سؤالات بود. پیشنهاد می‌شود که پرسشنامه‌ها توسط والدین هم تکمیل شود و مقایسه‌ی بین ادراک والدین با احساس نوجوانان در ارتباط با الگوهای ارتباط خانوادگی و ارزیابی آنها از کیفیت زندگی صورت بگیرد تا نتایج مطالعه عینی‌تر و دقیق‌تر شود.

یک دیگر از محدودیت‌های این پژوهش به روش تحلیل آن مربوط می‌شود. هر چند انجام تحلیل‌های رگرسیون مجزاء، روش معمولی است اما، این رویه‌ی معمول باید پس از بررسی معنی‌داری وجه مشترک میان دو دسته متغیر مستقل و وابسته با تحلیل همبستگی بنیادی، دنبال شود. بنابراین، ضمن تشکر از راهنمایی مشاوره آماری مجله (جناب آقای دکتر بشلیده) انجام این مهم بنا به محدودیت‌هایی امکان‌پذیر نشد.

سپاسگزاری

با تشکر از دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی و مرکز ارتقای سلامت) که حمایت مالی این طرح را برعهده داشتند و آموزش و پرورش ناحیه‌ی یک و دو زاهدان که در اجرای طرح همکاری لازم را داشتند.

منابع

- Clark RD, Shields G (1997). Family communication and Delinquency. *Academic search premier*, 32, 125.
- Driscoll A, Russelly S, Crockettz L (2008). Parenting styles and youth well-being across immigrant generations. *Journal of Family Issues*, 29, 185-209.
- Elias H, Huey -Yee T (2009). Relationship between perceived paternal and maternal parenting styles and student academic achievement in selected secondary schools. *European Journal of Social Sciences*, 9, 181-92.

- Fitzpatrick, M.A (2004). The family communication patterns theory: Observations on its development and application. *Journal of Family Communication*, 4, 167-79.
- Jowkar B, Rahimi M(2008). [Study of the Effect of Family Communication Patterns on Happiness in a Group of High School Students in Shiraz]Persian. *Iranian journal of Psychaity and clinical Psychology*, 4, 376-84.
- Kamijani M, Maher F (2007). [The comparison of child raising styles between the parents who own conduct disorder children and the parents who own normal children]Persian. *Danesh va Pazhouhesh in Psychology. Islamic Azad university Khorasgan branch (Isfahan)*, 33, 63-94.
- Keenaghan C, Kilroe J (2008). A study on the quality of life tool kidscreen for children and adolescents in Ireland. *The stationery office, Dublin*; ISBN: 978140642025 8 .
- Koerner AF (2004). Family Communication Patterns and Social Support in Families of Origin and Adult Children.s Subsequent Intimate Relationships. *International Association for Relationship Research Conference, Madison, WI*, 1-39.
- Koerner A.F, Fitzpatrick MA (2002a). Understanding family communication patterns and family functioning: The roles of conversation orientation and conformity orientation. *Communication Year Book*, 28, 36-68.
- Koerner A.F, Fitzpatrick M.A (2002b). Toward a theory of Family Communication. *Communication Theory*, 12, 70-91.
- Koerner, A.F, Maki L (Jul2004). Family communication patterns & social support in families of origin & adult children subsequent intimate relationships. *Paper presented at the International Association for Relationship Research Conference, Madison, WI*, 22-25.
- Kouroshnia M.A, Latifian M (2007). [Relationship Between Dimensions of Family Communication Patterns and Children's Level of Anxiety and Depression]Persian. *jornal of family research*, 10, 587-600.
- Kouroshnia M.A, Lotfian M (2008). [An investigation on validity and reliability of revised family communication patterns instrument]Persian. *Journal of family research*, 12, 855-75.
- McPherson M.E (2004) .Parenting behavior, adolescent depression, Alcohol use, Tobacco use, and academic performance: A path model. *Athesis submitted to the faculty of Virginia polytechnic institute and univercity in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science in Human development.*

- Momen F, Amiri Sh (2008). [The relationship between parent's child rearing styles and incidence of anorexia nervosa among 14-17 years old female adolescents in Isfahan] Persian. *Journal of family research*, 12, 775-89.
- Okrodudu G (2010). Influence of parenting styles on adolescent delinquency in Delta Central Senatorial District. *EDO Journal of Counselling*, 3, 58-86.
- Rahimi M, Khayyer M (2007). [The relationship between family communication patterns and quality of life in Shiraz high school] Persian. *Educational studies and Psychology Ferdowsi university of Mashhad*, 1, 5-25.
- Ravens-Sieberer U, Gousch A, Rajmil, et al (2005). Kidscreen- 52 quality of life measure for children and adolescent: development and result from a European survey. *Pharmaco economic outcome research*, 5, 1-12.
- Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, et al (2007). The kidscreen- 27 quality of life measure for children and adolescent: psychometric result from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Qual life Res*, 16, 1347-56.
- Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J, et al (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *Int J Public Health*, 54, 151-9.
- Robitail S, Simeoni M-C, Erhart M, et al (2006). Validation of the European proxy kidscreen-52 pilot test health related quality of life questionnaire: first results. *Journal of adolescent health*, 39, 596.e1-10.
- Sillars A, Koerner A, Fitzpatrick MA, et al (Accessed May 24, 2010). Multi-method assessment of parent- adolescent understanding. Available at: <http://www.comm.umn.edu/~akoerner/pubs/adolescent.art2.pdf>.
- Testa MA, Simonson DC (1996). Assessment of Quality of Life Outcomes. *N Eng J Med*, 334, 835-40.
- Vimpani G (Accessed May 24, 2010). The health and well-being of Australian children and young people 0- 20 years. Available at: <http://nfaw.org/assets/Socialpolicy/Health/vimpani.pdf>.
- Zekovic B, Renwick R (2003). Quality of life the children and adolescents with developmental disabilities: Review of conceptual and methodological issues relevant to public policy. *Disability & Society*, 18, 19-34.