

کیفیت زندگی خانواده و نقش آن در جامعه‌پذیری فرزندان

بررسی مقایسه‌ای بین زوجین پرستار و معلم

شهر زاهدان در سال ۱۳۸۹

محمدعلی زکی^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۶/۱۹

رضا میربهاءالدینی^۲

تاریخ تایید مقاله: ۱۳۹۱/۸/۳۰

چکیده

کیفیت زندگی، احساس خوشبختی و رضایت از زندگی شاخص‌های سلامت عمومی تلقی می‌شوند. مقاله حاضر با رویکرد جامعه‌شناختی سعی در مطالعه وضعیت کیفیت زندگی خانواده شهری و چگونگی تاثیر آن بر جامعه‌پذیری فرزندان دارد. بر این اساس تحقیقی به روش پیمایشی در میان زوجین معلم و پرستار شهر زاهدان انجام شده است. ابزار تحقیق پرسشنامه تعدیل شده شالوک (۲۰۰۴) است که به سنجش چهار مولفه کیفیت زندگی می‌پردازد.

نتایج پژوهش معرف آن است که خانواده‌های شهری که مورد تحقیق قرار گرفته‌اند از کیفیت زندگی بالایی برخوردار هستند که البته تفاوت معناداری به نفع خانواده‌های معلمان نسبت به پرستاران هم در موضوع کیفیت زندگی خانواده شهری و هم در خصوص جامعه‌پذیری فرزندان خانواده شهری مشاهده شده است. روابط معناداری بین کیفیت زندگی خانواده شهری و چهار مولفه آن با جامعه‌پذیری فرزندان نشان داده شده است. نتایج تحقیق تائید کننده مدل تحلیلی تحقیق است، لذا دریافت شده که تمامی ده متغیر مستقل (چهار متغیر اجتماعی: جنس، سن، درآمد و تحصیلات، چهار متغیر خانوادگی: نوع خانواده، نوع مسکن، تعداد فرزندان و مدت ازدواج و دو متغیر شغلی: نوع استخدام و سنوات شغلی) به طور جداگانه با کیفیت زندگی و هم چنین ده متغیر مذکور روابط معنادار و جداگانه‌ای با جامعه‌پذیری فرزندان دارند.

کلید واژه: کیفیت زندگی، جامعه‌پذیری، خانواده.

مقدمه

مطالعه احساسات مثبت بخش قابل توجه‌ای از نظریات و تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی را به خود اختصاص داده است (فردریکسون، ۲۰۰۰ و داینر و لوکاچ، ۲۰۰۰) یکی از مصادیق احساسات مثبت، کیفیت زندگی^۱ است که شامل کاربردهای متعددی هم چون رضایت از زندگی^۲ (داینر و لوکاچ، ۲۰۰۰)، احساس خوشبختی^۳ (شاین و جانسون، ۱۹۷۸) و شادکامی^۴ (آندریو و وایتی، ۱۹۷۶) می‌باشد (برامستون و همکاران، ۲۰۰۲). احساس خوشبختی، شادکامی و کیفیت زندگی وجوه متعددی از سلامت آدمی تلقی می‌شوند (ونهاون، ۲۰۰۰ و بولینگ و ویندسور، ۲۰۰۰). واژه کیفیت زندگی در سال ۱۹۲۰ میلادی توسط پیگو در کتاب اقتصاد و رفاه مورد استفاده قرار گرفت. از دهه ۱۹۳۰ محققان مختلف علمی به تحقیق، تحلیل، سنجش و اهمیت کیفیت زندگی در مناطق مختلف جغرافیایی پرداختند و سعی در تبیین کیفیت زندگی در مناطق شهری ایالات متحده نمودند. هم‌چنین مربوط به ملتهای مختلف در ایالات متحده را نیز مورد ارزیابی قرار دادند. تاریخچه پژوهش در کیفیت زندگی به تحقیقات جامعه‌شناختی برمی‌گردد و در زمینه بهداشت روانی از دهه ۱۹۶۰ میلادی به دنبال نهضت موسسه زدائی آغاز گردیده است.

درخصوص معنی کیفیت زندگی، دانشمندان تعابیر و تعاریف متعددی قائل هستند (جوزف و پتروکیت، ۱۹۹۷). به‌طوری که فرانز و پاور کیفیت زندگی را رضایت یا عدم رضایت از ابعادی از زندگی فرد می‌دانند که برای او مهم است. سل و تالسکی کیفیت زندگی را ارزیابی و رضایت فرد از سطح عملکرد

1- Quality of life
2-Life Satisfaction
3-Well Being
4-Happiness

موجودش در مقایسه با آنچه ایده‌آل یا ممکن می‌پندارد، تلقی می‌کنند. از نظر سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی شامل پنداره‌های فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر می‌داند (فرانز و پاور، ۱۹۸۵). کیفیت زندگی موضوعی چند بعدی و پیچیده است و دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و ارزیابی فرد در مورد رفاه و آسایش در جنبه‌های مهم زندگی را مورد توجه قرار می‌دهد. ویژگی‌های مهم کیفیت زندگی که مورد نظر و توافق اغلب صاحب‌نظران علوم اجتماعی است شامل چند بعدی بودن، ذهنی و پویا بودن آن است و هر سه بعد اساسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی آن می‌باشد. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی دارد که شامل همه ابعاد زندگی می‌گردد. این ابعاد شامل سلامتی است ولی تنها محدود به آن نمی‌گردد (جوزف و همکاران، ۱۹۹۷). پژوهش‌های انجام شده در زمینه کیفیت زندگی و ابعاد متعدد آن مورد توجه محققان است به گونه‌ای که مقالات موجود تحت عنوان کیفیت زندگی مربوط به سلامتی بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۵ میلادی از ۲۱ درصد به ۷۶ درصد افزایش یافته است (جیوانی و پانولا، ۱۹۹۹). سلامتی دارای ابعاد متعددی است که بر کیفیت زندگی موثر است و انسان‌ها از آن رو به سلامتی اهمیت می‌دهند که بر اهداف دیگر زندگی آنها تاثیر می‌گذارد. از طرفی سلامتی و کیفیت زندگی نیز دارای یک رابطه دو طرفه می‌باشد، به طوری که مشکلات اجتماعی که بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد، می‌تواند موجب بروز مشکلات بهداشتی شود، هم‌چنین مشکلات بهداشتی بر کیفیت زندگی موثر است (هولزموون و گوگن موس، ۱۹۹۶). کیفیت زندگی از سوی محققان متعدد علوم انسانی مورد بررسی قرار گرفته است. اقتصاددانان از

جمله لیو (۱۹۷۶) از طرح‌های اقتصادسنجی برای سنجش کیفیت زندگی استفاده نموده‌اند. روان‌شناسان از جمله کمپل (۱۹۸۱) و دانشمندان علم سیاست از جمله میلبراس (۱۹۷۹) طرح‌های کاری خود را در زمینه‌های سیاسی و روان‌شناسی عرضه کرده‌اند. جامعه‌شناسان از جمله گرسون (۱۹۷۶) و آندریو و همکاران (۱۹۷۶) به تعریف و تبیین ابعاد و شاخص‌های اجتماعی کیفیت زندگی و احساس خوشبختی پرداخته‌اند. این مطلب آن‌قدر عمومی شده که پژوهشگران در زمینه‌های علمی دور هم جمع شده‌اند و یک مجله علمی تخصصی را تحت عنوان: "تحقیق درباره شاخص‌های اجتماعی" منتشر کرده‌اند (سال آغاز انتشار این مجله ۱۹۳۸ میلادی است). شاخص‌های اجتماعی یا جنبش کیفیت زندگی با گزارش کمیته هوور تحت عنوان تمایلات اجتماعی اخیر در ایالات متحده امریکا آغاز شده است. افزایش تولیدات علمی در زمینه تحقیق به آنجا منتهی شد که مجله علمی تخصصی دیگری تحت عنوان: "تحقیق درباره کیفیت زندگی" از سال ۱۹۹۱ منتشر شده است.

اهداف تحقیق

هدف کلی:

بررسی ابعاد گوناگون کیفیت زندگی دو قشر پرستار و فرهنگی و تحلیل تطبیقی آنها با یکدیگر و همچنین تاثیر آن بر فرایند تربیت و جامعه‌پذیری فرزندان این دو قشر.

اهداف جزئی:

- تعیین کیفیت زندگی در بین خانواده‌های معلمان،
- تعیین کیفیت زندگی در بین خانواده‌های پرستاران،
- تعیین مؤلفه‌های کیفیت در زندگی خانواده پرستاران،
- تعیین مؤلفه‌های کیفیت در زندگی خانواده معلمان،

- مقایسه کیفیت زندگی بین دو خانواده معلمان و پرستاران،
- مقایسه مؤلفه‌های کیفیت زندگی بین دو خانواده معلم و پرستار،
- بررسی رابطه کیفیت زندگی با جامعه‌پذیری فرزندان در خانواده معلمان،
- بررسی رابطه کیفیت زندگی با جامعه‌پذیری فرزندان در خانواده پرستاران،
- بررسی تاثیر مؤلفه‌های کیفیت زندگی بر جامعه‌پذیری فرزندان در خانواده‌های معلمان،
- بررسی تاثیر مؤلفه‌های کیفیت زندگی بر جامعه‌پذیری فرزندان در خانواده‌های پرستاران.

سوالات تحقیق

- ۱- وضعیت و میزان کیفیت زندگی و مؤلفه‌های چهارگانه آن در بین خانواده‌های شهر زاهدان چگونه است؟ مقایسه کیفیت زندگی بر اساس دو نوع خانواده (زوجین معلم و زوجین پرستار) چگونه است؟
- ۲- وضعیت و میزان جامعه‌پذیری فرزندان در بین خانواده‌های شهر زاهدان چگونه است؟ مقایسه الگوی اجتماعی شدن فرزندان بر اساس دو نوع خانواده (زوجین معلم و زوجین پرستار) چگونه است؟
- ۳- آیا رابطه‌ای بین کیفیت زندگی و جامعه‌پذیری فرزندان در بین خانواده‌های شهر زاهدان وجود دارد؟
- ۴- آیا درخصوص کیفیت زندگی و نیز جامعه‌پذیری فرزندان بین دو خانواده معلمان و پرستاران تفاوتی وجود دارد؟
- ۵- آیا درخصوص کیفیت زندگی و نیز جامعه‌پذیری فرزندان تفاوت و یا تجانس خانوادگی وجود دارد؟ آیا درخصوص دو موضوع کیفیت زندگی و

جامعه‌پذیری فرزندان بین زوجین معلم و پرستار همگونی (تجانس) خانوادگی وجود دارد؟

۶- آیا روابط معناداری بین متغیرهای ده‌گانه (سن، جنس، نوع خانواده، پایگاه اجتماعی، مدت ازدواج، سنوات شغلی، نوع استخدام، تعداد فرزندان، میزان درآمد و میزان تحصیلات) با کیفیت زندگی وجود دارد؟

۷- آیا روابط معناداری بین متغیرهای یازده‌گانه (سن، جنس، نوع خانواده، پایگاه اجتماعی، مدت ازدواج، سنوات شغلی، نوع استخدام، تعداد فرزندان، میزان درآمد، میزان تحصیلات و کیفیت زندگی) با جامعه‌پذیری فرزندان وجود دارد؟

۸- کدامیک از متغیرهای ده‌گانه نقش معناداری در پیش‌بینی کیفیت زندگی پاسخگویان دارند؟

۹- کدامیک از متغیرهای یازده‌گانه نقش معناداری در پیش‌بینی جامعه‌پذیری فرزندان پاسخگویان دارند؟

۱۰- کدامیک از چهار مؤلفه کیفیت زندگی نقش معناداری در پیش‌بینی جامعه‌پذیری فرزندان دارند؟

اهمیت موضوع تحقیق

باتوجه به مباحث پیشین درخصوص اهمیت کیفیت زندگی می‌توان مواردی را به قرار زیر جمع‌بندی نمود:

۱- محققان متعدد علوم انسانی و اجتماعی هم‌چون اقتصاد، سیاست، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی به بررسی و تحلیل کیفیت زندگی علاقه‌مند می‌باشند که این علاقه موجب پیدایش حوزه‌های نظری و پژوهشی متعدد برای تبیین کیفیت زندگی شده است.

۲- مفهوم کیفیت زندگی موضوعی چندبعدی و پیچیده است و دارای ابعاد عینی و ذهنی، فردی و جمعی می‌باشد که مؤلفه‌های متعددی معرف کیفیت زندگی می‌باشد.

۳- کیفیت زندگی با سایر ابعاد و عوامل رفتاری و اجتماعی هم‌چون شخصیت، افسردگی، عزت نفس، خودکشی، دین، معنویت، کارکردهای اجتماعی، حمایت اجتماعی و محیط آموزشی مرتبط است.

۴- کیفیت زندگی دربردارنده الگوهای متعدد اجتماعی است که جامعه‌شناسان را برآن داشته تا به ابعاد اجتماعی کیفیت زندگی بپردازند. الگوهای اجتماعی کیفیت زندگی شامل سن، جنسیت، نژاد، حوزه‌های اجتماعی شهری و روستایی، طبقه اجتماعی، میزان تعلقات و پیوند اجتماعی، همبستگی اجتماعی و سرمایه اجتماعی می‌باشد.

۵- بخشی از بررسی‌های دانشمندان علوم اجتماعی به تحولات ساختاری و تغییرات کیفیت زندگی اختصاص دارد که البته این تحولات مربوط به ساخت اجتماعی می‌باشد.

۶- شیوع، تنوع و اهمیت کیفیت زندگی در میان جوامع متعدد و فرهنگ‌های مختلف موجب شکل‌گیری زمینه‌های پژوهشی میان فرهنگی در سطح ناحیه‌ای، ملی و منطقه‌ای گردیده است. بخشی از سوابق پژوهشی مربوط به مطالعات میان فرهنگی و منطقه‌ای و تطبیقی می‌باشد.

۷- وجود گروه‌های سنی هم‌چون کودکان، نوجوانان، جوانان، بزرگسالان و کهنسالان موجب تمایل محققان به بررسی کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های سنی شده است به گونه‌ای که دانشمندان، کیفیت زندگی را در گروه‌های سنی به صورت مجزا و جداگانه مورد بررسی و تحلیل قرار می‌دهند.

۸- گروه‌های خاص اجتماعی هم‌چون بیماران ذهنی، ناتوانان جسمی، افراد مبتلا به بیماری‌های حاد (ایدز) موجب انجام تحقیقات کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های مورد نظر گردیده است.

۹- توجه به ملاک زمان نیز موجب شکل‌گیری گرایش‌های پژوهشی خاصی در زمینه کیفیت زندگی شده است. برخی از محققان به بررسی و ارزیابی کیفیت زندگی متکی بر تحقیقات مقطعی، طولی و تمایلی علاقه‌مند هستند.

۱۰- علاوه بر آن‌ها محیط‌های خاص سازمانی توجه صاحب‌نظران به تحلیل کیفیت زندگی در حوزه‌های شغلی، کاری و سازمانی در موسسات متعدد و مختلف را جلب نموده است که این گرایش تحت عنوان کیفیت زندگی کاری بیان می‌شود. برخی از دانشمندان علوم تربیتی به مطالعه این حوزه در خصوص مدارس علاقه‌مند می‌باشند که به عنوان کیفیت زندگی مدارس مطرح گردیده و بخشی از تولیدات نظری و پژوهشی آن به کیفیت زندگی کاری و هم‌چنین کیفیت زندگی مدارس اختصاص دارد.

از آنجائی که کیفیت زندگی در محافل محلی، ملی و بین‌المللی تنور مبحث بسیار داغ می‌باشد و سازمان‌های منطقه‌ای و جهانی درصدد شاخص‌سازی برای آن برآمده اند و آمارهای فراوانی از سوی آنان انتشار یافته است، اقدام به انجام چنین تحقیقی ضرورتی انکار ناپذیر می‌باشد. دو قشر پرستاران و فرهنگیان که جامعه آماری تحقیق حاضر هستند نیز از اقشار بسیار مهمی می‌باشند که یک گروه در حوزه بهداشت و درمان و گروه دیگر در حوزه آموزشی کشور فعالیت دارند. سنجش کیفیت زندگی این دو قشر و مقایسه تطبیقی آنان با یکدیگر و هم‌چنین تاثیر کیفیت زندگی این دو قشر بر جامعه‌پذیری فرزندانشان ضرورت دارد، زیرا می‌تواند گامی موثر در برنامه‌ریزی‌های مختلف برای این دو قشر مهم

کشور باشد. از دیگر موارد ضرورت این تحقیق کمک به گسترش تحقیقات مشابه در این زمینه می‌باشد، تحقیقاتی که تاکنون انجام شده است هر کدام از این دو قشر را به صورت جداگانه و سطحی بررسی کرده‌اند و هیچ تحقیق تطبیقی در این زمینه (با توجه به سابقه تحقیقات) انجام نشده است.

در خصوص کیفیت زندگی، منابع بسیار زیاد، متنوع و متعدد اینترنتی وجود دارد که به برخی از موارد کلیدی و اساسی شامل انجمن‌ها، همایش‌ها و مرکز تحقیقاتی اشاره می‌شود.

۱- منابع اطلاع‌رسانی در حوزه کیفیت زندگی وابسته به انجمن پزشکی امریکا. در این مرکز با منابع متعددی از کیفیت زندگی می‌توان آشنا شد. در صفحه اصلی سایت مذکور اطلاعاتی در زمینه‌های زیر ملاحظه می‌شود: کارت اعتباری، مباحث تخصصی، چکیده تحقیقات، مباحث سنجش و اندازه‌گیری، آشنائی با مفاهیم کلیدی و آشنائی با ابزارهای تحقیقاتی (این منو در بردارنده حجم قابل توجهی شامل معرفی کلیاتی از ابزارهای پژوهشی در زمینه کیفیت زندگی است که مهمترین منوی سایت مذکور تلقی می‌شود). علاوه بر آن منوهای به معرفی مجلات اینترنتی و کنفرانس‌های بین‌المللی اختصاص داده شده است.

<http://www.atsqol.org>

۲- مرکز استرالیایی کیفیت زندگی (ACQOL). هدف مرکز موردنظر ارائه اطلاعاتی جامع و به‌روز در زمینه کیفیت زندگی است که منوهای اصلی سایت مذکور عبارتند از: مقدمه، نحوه عضوگیری، کتاب‌شناسی (بخش مذکور شامل اطلاعات بسیار زیاد و متنوع در زمینه کیفیت زندگی می‌باشد و تنوع و کثرت منابع معرفی شده به‌قدری است که فهرست کتاب‌های مربوط به زمینه اصلی سایت به تفکیک حروف الفبائی قابل دسترسی است)، پروژه‌های جاری و روزمره (معرفی تحقیقات در حال اجرا در زمینه کیفیت زندگی)، سایت مربوط به

داده‌های تحقیقاتی، کنفرانس، ابزارهای پژوهشی، انتشارات، سایت‌های مرتبط با موضوع اصلی و شیوه تماس با پایگاه اطلاع‌رسانی. لازم به ذکر است که این مرکز تاکنون اقدام به برگزاری پنج کنفرانس استرالیایی در زمینه کیفیت زندگی نموده است که اطلاعات مختلف به تفکیک هر یک از کنفرانس‌های مورد نظر (شامل برنامه کنفرانس، چکیده مقالات، فهرست عناوین مقالات در آدرس زیر موجود می‌باشد).

<http://acqol.deakin.edu.au/index.htm>

۳- انجمن بین‌المللی تحقیقات کیفیت زندگی (ISOQOL). در صفحه اصلی سایت مربوطه منوهای به ترتیب زیر در دسترس است: ساختار رهبری انجمن، کمیته‌های تخصصی انجمن، مجله پژوهشی انجمن، نحوه عضوگیری انجمن، برنامه‌های آینده مربوط به کنفرانس‌های انجمن، برنامه کنفرانس‌های گذشته، سایر کنفرانس‌های مرتبط با کیفیت زندگی، خبرنامه و منابع تحقیقاتی. مهم‌ترین رسالت انجمن مذکور برگزاری کنفرانس‌های بین‌المللی در زمینه کیفیت زندگی است که جدیدترین آن مربوط به سال جاری میلادی می‌باشد که در روزهای ۱۹ تا ۲۲ اکتبر در سانفرانسیسکو ایالات متحده آمریکا برگزار می‌شود:

<http://www.isoqol.org>

۴- انجمن بین‌المللی مطالعات کیفیت زندگی (ISQOLS). سایت مذکور نیز یکی دیگر از پایگاه‌های اطلاع‌رسانی غنی و گسترده می‌باشد که کاربران را با مطالعات کیفیت زندگی آشنا می‌کند و در بردارنده منوهای متعددی به شرح زیر است: مجله و خبرنامه، کارگاه‌های آموزشی و کنفرانس‌ها، اطلاعات مربوط به عضوگیری، منابع کتاب‌شناسی، مرکز و برنامه‌ها، بنیادها، فرم انتشارات انجمن، انجمن‌های مرتبط با کیفیت زندگی، کنفرانس‌های مرتبط با کیفیت زندگی و کمیته‌های تخصصی انجمن. یکی از مهمترین اهداف انجمن مذکور برگزاری

کنفرانس‌های بین‌المللی است که از سال ۱۹۹۷ تاکنون پنج کنفرانس برگزار شده است که اطلاعات فرعی درخصوص هرکدام از آنها در سایت زیر قابل ارائه است: <http://www.cob.vt.edu/market/isqols.htm>

مدل نظری کیفیت زندگی شالوک

شالوک (۲۰۰۴) اعتقاد دارد که علاقه به بحث کیفیت زندگی به لحاظ تاریخی از چهار زمینه به شرح زیر ریشه می‌گیرد:

(۱) بازنگری در این باور که پیشرفت‌های علمی، پزشکی و تکنولوژیکی به تنهایی می‌توانند خوشبختی و بهزیستی بشر را فراهم کنند، در عوض توجه به این مسئله که احساس خانوادگی و اجتماعی در صورتی تحقق می‌یابد که پیشرفت‌های مذکور با ارزش‌ها، ادراکات و شرایط محیط زیستی همراه باشند.

(۲) تغییر نگرش از خدمات مبتنی بر اجتماع به سمت سنجش نتایج و پیامدهای زندگی فرد در اجتماع.

(۳) افزایش قدرت مصرف‌کنندگان و شکل‌گیری جنبش‌های تامین‌کننده حقوق بیماران و تاکید بر این جنبش‌های مبتنی بر برنامه‌ریزی شخص محور، توجه به پیامدهای شخصی برنامه‌های رفاهی و دولتی و توجه به حق تعیین سرنوشت خود و غیره.

(۴) پیدایش تغییرات جامعه‌شناختی که جنبه‌های عینی و ذهنی کیفیت زندگی را معرفی کرد و ویژگی‌های فردی و شخصی این مفهوم را مورد تاکید قرار داد.

تحلیل شالوک (۲۰۰۴) حاکی است که توافق قابل توجهی درخصوص هشت بعد مرکزی در سنجش کیفیت زندگی میان محققان وجود دارد. او این نتیجه را با توجه به تحلیل ۱۶ مطالعه چاپ شده درباره کیفیت زندگی به دست آورده

است. در مطالعات شالوک، ابعاد هشت‌گانه مذکور از طریق ۱۲۵ شاخص مورد سنجش قرار گرفته‌اند. این ابعاد به ترتیب عبارتند از: ۱) روابط بین شخصی، ۲) پذیرش و ادخال اجتماعی، ۳) رشد فردی، ۴) احساس بهزیستی فیزیکی و جسمانی، ۵) حق تعیین سرنوشت خود، ۶) احساس بهزیستی مادی، ۷) احساس بهزیستی احساسی و عاطفی، ۸) حقوق.

به اعتقاد شالوک، شاخص‌های تشکیل دهنده هر بعد باید دارای ویژگی‌های زیر باشد: ۱) به لحاظ کارکردی با بعد مربوطه مرتبط باشد. ۲) آنچه را که مورد نظر است، مورد سنجش قرار دهد (دارای روائی باشد). ۳) در بین محققان و تحقیقات مختلف از ثبات نسبی برخوردار باشد (پایائی داشته باشد). ۴) تغییرات را به خوبی مورد سنجش قرار دهند (از حساسیت‌پذیری زیادی برخوردار باشد). ۵) تغییرات را تنها در حوزه مربوط به هر بعد خاص بسنجد (تخصصی باشد). ۶) به لحاظ زمانی، هزینه‌ای و توان محقق قابل اجرا باشد (قابل استطاعت باشد). ۷) از طریق طولی قابل ارزیابی باشد. ۸) به لحاظ فرهنگی حساس و دقیق باشد. در تحلیلی که شالوک و وردوگو (۲۰۰۲) براساس مطالعه ۹۷۴۹ چکیده مقاله، ۲۴۵۵ مقاله و استفاده از ۸۹۷ مطالعه عمیق در مقالات با استفاده از دقیق‌ترین معیارها انجام دادند، سه مورد از معمول‌ترین شاخص‌ها در هر یک از ابعاد هشت‌گانه تشکیل‌دهنده مفهوم کیفیت زندگی مشخص شد. این شاخص‌ها در جدول شماره (۱) به همراه بعد مربوطه فهرست شده‌اند.

جدول ۱: شاخص‌ها و توصیف‌کننده‌های اصلی هر یک از ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی

ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی	شاخص و توصیف‌کننده‌ها
۱- احساس بهزیستی هیجانی	(۱) ارضا (رضایت و خلق لذت) (۲) مفاهیم مربوط به خود (هویت، خود ارزشمندی و عزت نفس) (۳) فقدان استرس (پیش‌بینی پذیری و کنترل)
۲- روابط بین شخصی	(۱) کنش‌های متقابل (شبکه‌های اجتماعی و تماس‌های اجتماعی) (۲) ارتباطات (خانواده، دوستان، همسالان) (۳) حمایت‌ها (احساسی، فیزیکی، مالی و بازخوردی)
۳- احساس بهزیستی مادی	(۱) پایگاه مالی (درآمد و سود) (۲) وضعیت اشتغال (وضعیت کار و محیط کاری) (۳) مسکن (نوع اقامت و مالکیت)
۴- رشد فردی	(۱) آموزش (دستاوردها، پایگاه تحصیلی) (۲) شایستگی فردی (شناختی، اجتماعی و کارآمدی)
۵- احساس بهزیستی فیزیکی	(۱) سلامت (کارکردی، نشانه‌های بیماری، تناسب اندام و تغذیه) (۲) فعالیت جسمانی در زندگی روزمره (مهارت‌های مراقبت از خود و تحرک) (۳) فراغت (تفریح و سرگرمی‌ها)
۶- حق تعیین سرنوشت خود	(۱) استقلال / کنترل شخصی (عدم وابستگی) (۲) اهداف و ارزش‌های شخصی (آرزوها و ترجیحات) (۳) انتخاب‌ها (فرصت‌ها، گزینه‌ها، ترجیحات)
۷- پذیرش و ادخال اجتماعی	(۱) مشارکت و ادغام در اجتماع (۲) نقش‌های اجتماعی (کمک‌کننده، داوطلب) (۳) حمایت‌های اجتماعی (شبکه‌های حمایت و خدمات)
۸- حقوق	(۱) حقوق بشر (احترام، شان و برابری) (۲) حقوق قانونی (شهروندی، برخورداری و فرآیندی)

منبع: شالوک، ۲۰۰۴: ۲۰۶

از سال ۱۹۸۵ تا سال ۲۰۰۴، بیش از ۲۰۹۰۰ مقاله که اصطلاح کیفیت زندگی را در عنوان خود داشتند، در عرصه بین‌المللی به چاپ رسیده‌اند. تعداد مقالات منتشره در چهار مجله علمی تخصصی معرف آن است که تحقیق در کیفیت زندگی در حال افزایش می‌باشد به گونه‌ای که ۱۵۲ مقاله در مجله تحقیق در

شاخص‌های اجتماعی، ۷۲۹ مقاله در مجله در تحقیق کیفیت زندگی، ۲۱ مقاله در مجله بهداشت روانی اجتماع و ۱۵ مقاله در مجله مطالعات شادکامی در دهه ۱۹۹۰ میلادی تا پایان ۲۰۰۴ میلادی منتشر گردیده است. لازم به ذکر است که قدیمی‌ترین مجله تحقیق شاخص‌های اجتماعی و جدیدترین آنها، مجله مطالعات شادکامی می‌باشد (زکی، ۱۳۸۶) (جدول ۲).

جدول ۲: کیفیت زندگی در مجلات علمی تخصصی دهه ۱۹۹۰ میلادی

تا پایان ۲۰۰۴ میلادی

عنوان مجله علمی تخصصی	سال انتشار مجله	تعداد مقالات
Social Indicators Research	۱۹۳۸	۱۵۲
Quality of Life Research	۱۹۹۱	۷۲۹
Community Mental Health Journal	۱۹۵۴	۲۱
Journal of Happiness Studies	۲۰۰۰	۱۵

منبع: زکی، ۱۳۸۶

ربانی و کیانپور (۱۳۸۶) مدل عملیاتی کیفیت زندگی در شهر اصفهان را با استفاده از مدل شالوک (۲۰۰۴) ارائه نمودند که با ایجاد تغییراتی در آن، سعی به نزدیک نمودن آن به ابعاد زندگی شهروندی و شرایط فرهنگی-اجتماعی ایران داشته اند: ۱) بعد روانی کیفیت زندگی در مقیاسی خرد و با توجه به دو مقوله احساس بهزیستی (شامل چهار مؤلفه احساس بهزیستی شخصی، خانوادگی، شغلی و رشد حرفه‌ای) و احساس رضایت (شامل سه مؤلفه رضایت از زندگی شهری، خدمات شهری و روابط بین شخصی) سنجش شده است. اما کیفیت زندگی از یک بعد اجتماعی هم برخوردار است که با گرایش جامعه شناختی می‌توان دو مقوله استانداردهای شهروندی (شامل چهار مؤلفه تعهدات شهروندی، همبستگی و مشارکت اجتماعی، برخورداری از حمایت اجتماعی و

حقوق فردی) و منزلت نقشی (شامل سه مؤلفه فردی، اجتماعی و خانوادگی) را در نظر داشت (جدول شماره ۳).

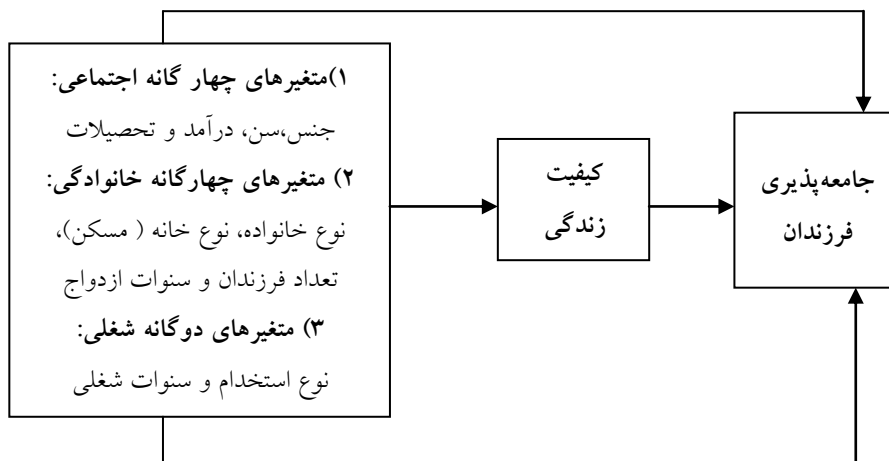
جدول ۳: ابعاد و شاخص‌های تعدیل شده کیفیت زندگی شالوک (۲۰۰۴)

۴ گویه	بعد شخصی	احساس بهزیستی (۱۵ گویه)	کیفیت زندگی (۴۸ گویه)
۴ گویه	بعد خانوادگی		
۴ گویه	بعد رشد فردی		
۳ گویه	بعد شغلی		
۲ گویه	بعد زندگی شهری	احساس رضایت از زندگی اجتماعی شهری (۷ گویه)	
۲ گویه	بعد خدمات شهری		
۳ گویه	بعد روابط بین شخصی در شهر		
۷ گویه	بعد تعهدات شهروندی	استانداردهای شهروندی (۱۶ گویه)	
۳ گویه	بعد همبستگی و مشارکت اجتماعی شهری		
۵ گویه	بعد برخورداری از حمایت اجتماعی در شهر		
۱ گویه	بعد حقوق فردی در شهر		
۷ گویه	بعد فردی	منزلت نقشی (۱۰ گویه)	
۲ گویه	بعد اجتماعی		
۱ گویه	بعد خانوادگی		

منبع: ربانی و کیانپور، ۱۳۸۶.

مدل تحلیلی تحقیق

این تحقیق که مطالعه کیفیت زندگی می‌باشد سعی می‌کند، نشان دهد که تاثیر کیفیت زندگی در جامعه‌پذیری فرزندان چگونه بوده و از سوی دیگر متغیرهای اجتماعی چه تاثیری در کیفیت زندگی خانواده‌های شهری داشته است؟ بر این اساس جامعه‌پذیری فرزندان به عنوان متغیر نهائی در کیفیت زندگی خانواده شهری به مثابه متغیر میانجی تلقی می‌شود. متغیرهای مستقل شامل ده متغیر در نظر گرفته شده‌اند که به سه بخش زیر تقسیم می‌شوند: الف) چهار متغیر اجتماعی، ب) دو متغیر خانوادگی و ج) دو متغیر شغلی (نمودار شماره ۱۵).



نمودار ۱: مدل تحلیلی تحقیق

روش

جامعه آماری این پژوهش، زوج‌های پرستار و معلم هستند که در سال ۱۳۸۹ در شهر زاهدان زندگی می‌کردند می‌باشد. در این تحقیق که با همکاری اداره آموزش و پرورش، تامین اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بیمارستان سپاه

پاسداران و بیمارستان ارتش انجام شد تعداد کل زوجین پرستار و معلم شهر زاهدان به‌دست آمد (۹۵ زوج پرستار و ۹۶۰ زوج معلم). سپس با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه‌ها محاسبه گردید و به دلیل عدم شناخت کافی زوجین خصوصاً زوجین فرهنگی از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. حجم نمونه زوجین پرستار طبق فرمول کوکران برابر با ۷۰ زوج بود که ۵۹ زوج از این حجم نمونه در دسترس بودند و حجم نمونه زوجین فرهنگی برابر با ۲۷۴ زوج بود که ۱۸۵ زوج در دسترس بودند که پرسشنامه به آنها تحویل و پس از تکمیل به محقق عودت داده شد ($n=95$, $n=185$) حجم کل نمونه در این تحقیق (زوجین پرستار+زوجین معلم) برابر ۴۸۸ نفر می‌باشد.

تحقیق حاضر از نوع پیمایشی و ابزار پژوهش پرسشنامه استاندارد تعدیل شده کیفیت زندگی شالوک (۲۰۰۴) متناسب با فرهنگ ایران (ربانی و کیانپور، ۱۳۸۶) بود. این مقیاس شامل ۴۸ سوال می‌باشد که به صورت مدرج پنج نمره‌ای (۱ کاملاً مخالفم تا ۵ کاملاً موافقم) جهت ارزیابی میزان کیفیت زندگی طراحی شده است. این مقیاس شامل چهار مولفه به ترتیب احساس بهزیستی، رضایت از زندگی اجتماعی شهری، استانداردهای شهروندی و منزلت نقشی می‌باشد که تعداد گویه‌های هر مولفه در جدول شماره گزارش شده است. مزیت پرسشنامه شالوک این است که مولفه‌های آن متناسب با زندگی شهری تنظیم شده است. از آنجا که گرایش اصلی تحقیق حاضر بررسی کیفیت زندگی خانواده‌های شهری بوده، پرسشنامه در بین دو گروه شغلی زوجین معلم و پرستار توزیع شده که معرف کیفیت زندگی خانوادگی می‌باشد. پرسشنامه دیگر تحقیق به سنجش وضعیت، چگونگی و ارزیابی والدین نسبت به موضوع جامعه‌پذیری فرزندان آنها

در حوزه رفتارهای گوناگون اجتماعی پرداخته که ابزار مذکور محقق ساخته بوده و شامل ۱۴ گویه می‌باشد که بر اساس طیف لیکرت تنظیم گردیده است.

پایایی ابزارهای تحقیق در زمینه دو موضوع کیفیت زندگی (۴۸ گویه) و اجتماعی شدن فرزندان (۱۴ گویه) با توجه به آماره آلفا کرونباخ و ۴۸۸ آزمودنی به ترتیب ۰/۹۱۷ و ۰/۷۷ به دست آمده. ضرایب پایایی محاسبه شده در زمینه موضوع کیفیت زندگی به تفکیک جنس (بین کارکنان مرد و زن) به ترتیب ۰/۹۲۷ و ۰/۸۹۹ محاسبه شد، هم‌چنین برحسب وضعیت شغلی (معلمان و پرستاران) به ترتیب ۰/۹۱۲ و ۰/۸۹۶ گزارش شده که بازگوکننده پایایی ابزار تحقیق می‌باشد. ضرایب پایایی محاسبه شده در زمینه موضوع اجتماعی شدن فرزندان به تفکیک جنس (بین کارکنان مرد و زن) به ترتیب ۰/۷۸۷ و ۰/۷۶ محاسبه شد، هم‌چنین برحسب وضعیت شغلی (معلمان و پرستاران) به ترتیب ۰/۷۹۵ و ۰/۷۰۲ گزارش شده که بازگوکننده پایایی ابزار تحقیق می‌باشد.

یافته‌ها

۱) تحلیل توصیفی

تحلیل یک متغیره

نتایج تحقیق در مورد متغیرهای مستقل نشان داد که ۷۶ درصد از آزمودنی‌ها، معلم (۳۷۰ نفر) و ۲۴ درصد (۱۱۸ نفر) پرستار بودند. از نظر توزیع سنی، بیشترین پاسخگویان مربوط به گروه‌های سنی ۳۶ تا ۴۰ سال (۳۲ درصد) و ۴۱ تا ۴۵ سال (۲۹ درصد) گزارش شده است. بیشترین پاسخگویان در گروه درآمد ماهیانه بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان (۶۲ درصد) گزارش شده‌اند و فقط ۵ درصد آنها در گروه درآمدی کمتر از ۳۰۰ هزار تومان قرار داشتند. ۶۴ درصد از پاسخگویان دارای تحصیلات کارشناسی و ۵ درصد از آنها کارشناسی ارشد

بودند. از لحاظ نوع استخدام، ۸۷ درصد رسمی، ۱۱ درصد پیمانی و ۲ درصد هم قراردادی بودند. ۵۸ درصد از پاسخگویان دارای خودرو شخصی بودند. از لحاظ نوع مسکن، ۶۳ درصد دارای منزل شخصی، ۲۹ درصد منزل استیجاری و ۸ درصد آنها از منزل سازمانی استفاده می‌کردند. از لحاظ بعد خانواده، ۵۳ درصد از پاسخگویان دارای دو فرزند، ۲۷ درصد دارای سه فرزند، ۱۲ درصد دارای یک فرزند و ۷ درصد دارای بیش از سه فرزند بودند.

شاخص‌های آمار توصیفی نشان می‌دهد که میانگین سن پاسخگویان ۳۸/۲۱ سال و انحراف معیار آن ۵/۵۳ سال می‌باشد، میانگین سابقه خدمت ۱۶/۸۷ درصد و انحراف معیار ۶/۴۱ سال می‌باشد. میانگین مدت ازدواج پاسخگویان ۱۳/۱۷ سال و انحراف معیار آن ۵/۱۵ سال می‌باشد. درخصوص مؤلفه‌های چهارگانه و همچنین کل کیفیت زندگی، داده‌های تحقیق نشان داد که میانگین و انحراف معیار مؤلفه احساس بهزیستی پاسخگویان ۵۳/۲ و ۹/۹ گزارش شده است. میانگین و انحراف معیار مؤلفه احساس رضایت از زندگی پاسخگویان ۲۳/۶ و ۳/۶ بوده است. میانگین و انحراف معیار مؤلفه استانداردهای شهری پاسخگویان ۵۹ و ۶/۵ گزارش شده است. میانگین و انحراف معیار مؤلفه منزلت نقشی پاسخگویان ۳۸/۴ و ۶/۲ بود و در مجموع، کیفیت زندگی پاسخگویان دارای میانگین و انحراف معیار ۱۴۷/۴۷ و ۲۰/۹ گزارش شده است. میانگین و انحراف معیار جامعه‌پذیری پاسخگویان به ترتیب ۵۰/۹ و ۷/۰۸ بوده است (جدول ۴).

جدول ۴: آماره‌های توصیفی متغیرهای تحقیق، کیفیت زندگی، مولفه‌های آن

و جامعه‌پذیری

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سن	۴۸۸	۲۸	۵۳	۳۸/۲۱	۵/۵۳
سنوات شغلی	۴۸۸	۳	۲۹	۱۶/۸۷	۶/۴۱
مدت ازدواج	۴۸۸	۴	۲۴	۱۳/۱۷	۵/۱۵
جامعه‌پذیری	۴۸۸	۳۷	۶۶	۵۰/۹	۷/۰۸
احساس بهزیستی	۴۸۸	۲۲	۷۵	۵۳/۲۹	۹/۹۸
احساس رضایت از زندگی	۴۸۸	۱۳	۳۵	۲۳/۶۹	۳/۶۱
استانداردهای شهروندی	۴۸۸	۴۲	۷۴	۵۹	۶/۵۳
منزلت نقشی	۴۸۸	۲۲	۵۰	۳۸/۴۸	۶/۲۴
کیفیت زندگی	۴۸۸	۱۱۷	۲۲۹	۱۷۴/۴۷	۲۰/۹۴

تحلیل دو متغیره

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که کل پاسخگویان از میزان زیاد (۶۰ درصد) و متوسط (۳۰ درصد) کیفیت زندگی برخوردار هستند. کیفیت زندگی بیشتر خانواده‌های پرستاران اختصاص به سطوح زیاد (۵۰ درصد) و متوسط (۴۲ درصد) داشته در حالی که کیفیت زندگی خانواده معلمان مربوط به زیاد (۶۳ درصد) و متوسط (۲۶ درصد) بوده ولیکن ۱۱ درصد از خانواده معلمان دارای کیفیت زندگی خیلی زیاد بوده‌اند. بنابراین می‌توان دریافت که کیفیت زندگی خانواده پرستاران بسیار پایین‌تر از خانواده معلمان است. به‌گونه‌ای که در خانواده پرستاران سطح کیفیت زندگی خیلی زیاد مشاهده نمی‌شود و برعکس سطح کیفیت پایین مشاهده می‌شود و این امر در مورد خانواده معلمان وجود ندارد (جدول ۵).

جدول ۵: سطوح کیفیت زندگی بر حسب نوع خانواده شهری

کل		زوجین پرستار		زوجین معلم		سطوح کیفیت زندگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	خیلی کم
۲	۹	۸	۹	۰	۰	کم
۳۰	۱۴۶	۴۲	۵۰	۲۶	۹۶	متوسط
۶۰	۲۹۳	۵۰	۵۹	۶۳	۲۳۴	زیاد
۸	۴۰	۰	۰	۱۱	۴۰	خیلی زیاد
۱۰۰	۴۸۸	۱۰۰	۱۱۸	۱۰۰	۳۷۰	جمع کل

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که جامعه‌پذیری فرزندان کل پاسخگویان در سطوح میزان زیاد (۶۱ درصد) و متوسط (۲۷ درصد) قرار دارد و ۱۱ درصد در سطح خیلی زیاد ارزیابی شده است. بیشترین جامعه‌پذیری فرزندان در خانواده پرستاران به سطوح زیاد (۵۹ درصد) و متوسط (۳۳ درصد) اختصاص دارد در حالی که جامعه‌پذیری فرزندان خانواده معلمان مربوط به زیاد (۶۲ درصد) و متوسط (۲۵ درصد) بوده ولیکن ۱۳ درصد از جامعه‌پذیری فرزندان خانواده معلمان در سطح خیلی زیاد قرار دارند (جدول ۶).

جدول ۶: سطوح جامعه‌پذیری بر حسب نوع خانواده شهری

کل		زوجین پرستار		زوجین معلم		سطوح جامعه‌پذیری
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	خیلی کم
۱	۵	۴	۵	۰	۰	کم
۲۷	۱۳۳	۳۳	۳۹	۲۵	۹۴	متوسط
۶۱	۲۹۹	۵۹	۷۰	۶۲	۲۲۹	زیاد
۱۱	۵۱	۴	۴	۱۳	۴۷	خیلی زیاد
۱۰۰	۴۸۸	۱۰۰	۱۱۸	۱۰۰	۳۷۰	جمع کل

۲) تحلیل استنباطی تحقیق**آزمون‌های تفاوت‌های خانوادگی**

نتایج تحلیل استنباطی تحقیق نشان می‌دهد که جامعه‌پذیری، کل کیفیت زندگی و هم‌چنین مولفه‌های آن بر حسب نوع خانواده (معلم و پرستار) تفاوت معناداری در سطح $p < 0.05$ دارند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که جامعه‌پذیری و کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در خانواده معلمان بیشتر از خانواده پرستاران می‌باشد (جدول ۷).

جدول ۷: نتایج آزمون t مستقل متغیرهای تحقیق بر حسب نوع خانواده

متغیرها	نوع خانواده	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	sig
جامعه‌پذیری	پرستار	۱۱۸	۴۹/۵۰	۶/۷۳	-۳/۳۷۰	۰/۰۱۸
	معلم	۳۷۰	۵۱/۲۱	۶/۸۱		
احساس بهزیستی	پرستار	۱۱۸	۴۹/۲۷	۹/۰۴	-۵/۱۵۷	۰/۰۰۰۱
	معلم	۳۷۰	۵۴/۵۷	۹/۹۳		
احساس رضایت از زندگی	پرستار	۱۱۸	۲۱/۴۴	۴/۳۳	-۸/۲۹۸	۰/۰۰۰۱
	معلم	۳۷۰	۲۴/۴۱	۳/۰۲		
استانداردهای شهروندی	پرستار	۱۱۸	۵۴/۷۷	۷/۴۵	-۸/۶۵۹	۰/۰۰۰۱
	معلم	۳۷۰	۶۰/۳۵	۵/۵۸		
منزلت شغلی	پرستار	۱۱۸	۳۶/۱۱	۵/۲۲	-۴/۸۵۶	۰/۰۰۰۱
	معلم	۳۷۰	۳۹/۲۴	۶/۳۵		
کیفیت زندگی	پرستار	۱۱۸	۱۶۱/۶۰	۱۹/۹۱	-۸/۱۷۲	۰/۰۰۰۱
	معلم	۳۷۰	۱۷۸/۵۸	۱۹/۵۷		

آزمون‌های تحلیل واریانس

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که جامعه‌پذیری فرزندان و کیفیت زندگی پاسخگویان بر حسب نوع استخدام آنها تفاوت معناداری در سطح $p < 0.05$ دارد. به عبارت دیگر میزان جامعه‌پذیری فرزندان و همچنین کیفیت زندگی پاسخگویان دارای وضعیت استخدام قراردادی، پیمانی و رسمی به یک اندازه نمی‌باشد. نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که جامعه‌پذیری و کیفیت زندگی پاسخگویان با وضعیت استخدام رسمی به‌طور معناداری بیشتر از پاسخگویان دارای وضعیت استخدام پیمانی و قراردادی می‌باشد. همچنین جامعه‌پذیری و کیفیت زندگی پاسخگویان دارای وضعیت استخدام پیمانی به‌طور معناداری بیشتر از پاسخگویان دارای وضعیت استخدام قراردادی می‌باشد (جدول ۸).

جدول ۸: نتایج آزمون تحلیل واریانس کیفیت زندگی و جامعه پذیری
بر حسب نوع استخدام

متغیرها	استخدام	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	sig
جامعه پذیری	قراردادی	۱۰	۱۳۴/۵	۰/۵۲	۵۵/۶۷۵	۰/۰۰۰۱
	پیمانی	۵۳	۱۵۵/۴۳	۱۵/۸۴		
	رسمی	۴۲۵	۱۷۷/۷۹	۱۹/۴۶		
	کل	۴۸۸	۱۷۴/۴۷	۲۰/۹۴		
کیفیت زندگی	قراردادی	۱۰	۴۰	۴/۲۱	۱۹/۳۴۶	۰/۰۰۰۱
	پیمانی	۵۳	۴۸/۱۶	۳/۸۸		
	رسمی	۴۲۵	۵۱/۳۸	۶/۸۸		
	کل	۴۸۸	۵۰/۷۹	۶/۸۲		

علاوه بر این تحقیق بیانگر آن بود که جامعه‌پذیری فرزندان و هم‌چنین کیفیت زندگی پاسخگویان برحسب نوع مسکن آنها تفاوت معناداری در سطح $p < 0.05$ دارد. به عبارت دیگر میزان جامعه‌پذیری فرزندان و هم‌چنین کیفیت زندگی پاسخگویان دارای وضعیت مسکن استیجاری، سازمانی و شخصی به یک اندازه نمی‌باشد. نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که جامعه‌پذیری و کیفیت زندگی پاسخگویان دارای مسکن شخصی به‌طور معناداری بیشتر از پاسخگویان دارای مسکن سازمانی و استیجاری می‌باشد. هم‌چنین جامعه‌پذیری و کیفیت زندگی پاسخگویان دارای مسکن سازمانی به‌طور معناداری بیشتر از پاسخگویان دارای مسکن استیجاری می‌باشد (جدول ۹).

جدول ۹: نتایج آزمون تحلیل واریانس کیفیت زندگی و جامعه‌پذیری

بر حسب نوع مسکن

متغیرها	نوع خانه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	sig
جامعه‌پذیری	استیجاری	۱۳۹	۱۶۳/۷۵	۱۶/۷۴	۳۵/۸۲۷	۰/۰۰۰۱
	سازمانی	۳۹	۱۶۷/۹۲	۶/۴۹		
	شخصی	۳۱۰	۱۸۰/۱۰	۲۱/۷۱		
	کل	۴۸۸	۱۷۴/۴۷	۲۰/۹۴		
کیفیت زندگی	استیجاری	۱۳۹	۴۷/۳۳	۴/۴۶	۲۸/۵۹۹	۰/۰۰۰۱
	سازمانی	۳۹	۵۱/۰۵	۲/۰۲		
	شخصی	۳۱۰	۵۲/۳۲	۷/۵۰		
	کل	۴۸۸	۵۰/۷۹	۶/۸۲		

تحلیل همبستگی

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بین جامعه‌پذیری فرزندان و کیفیت زندگی پاسخگویان رابطه مثبت معناداری در سطح $p < 0.05$ وجود دارد. همچنین بین کیفیت زندگی و درآمد رابطه منفی معناداری در سطح $p < 0.05$ وجود دارد. این رابطه نشان می‌دهد که هرچه درآمد بیشتر باشد کیفیت زندگی پایین‌تر است. همچنین بین کیفیت زندگی و تحصیلات رابطه منفی معناداری در سطح $p < 0.05$ وجود دارد. این رابطه نشان می‌دهد که هرچه تحصیلات بیشتر باشد کیفیت زندگی پایین‌تر است. بین کیفیت زندگی و سن رابطه مثبت معناداری در سطح $p < 0.05$ وجود دارد. این رابطه نشان می‌دهد که هرچه سن بیشتر باشد کیفیت زندگی بالاتر است. بین کیفیت زندگی پاسخگویان با سابقه خدمت (سنوات شغلی) و مدت ازدواج رابطه مثبت معناداری در سطح $p < 0.05$ وجود دارد. ولی با فرزندان رابطه معنادار منفی وجود دارد. روابط معنادار آماری بین کیفیت

زندگی پاسخگویان با سابقه خدمت، مدت ازدواج و سن رابطه مثبت معناداری در سطح $p < 0.05$ وجود دارد. ولی با تعداد فرزند رابطه منفی معناداری در سطح $p < 0.05$ دارد (جدول ۱۰).

جدول ۱۰: ماتریس همبستگی متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

سن	میزان تحصیلات	میزان درآمد	جامعه پذیری فرزندان	
$r=0/417$ $p=0/000$	$r=-0/16$ $p=0/0001$	$r=-0/251$ $p=0/0001$	$r=0/303$ $p=0/0001$	کیفیت زندگی
	سنوات شغلی	مدت ازدواج	تعداد فرزندان	
	$r=0/427$ $p=0/0001$	$r=0/508$ $p=0/0001$	$r=-0/154$ $p=0/0001$	کیفیت زندگی

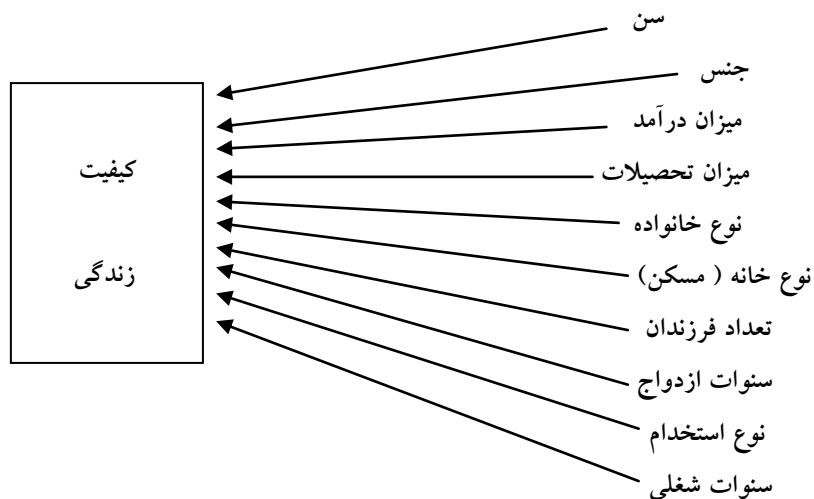
نتایج پژوهش بیانگر آن است که کیفیت زندگی پاسخگویان و مؤلفه‌های احساس بهزیستی، احساس رضایت و منزلت شغلی با جامعه‌پذیری فرزندان رابطه مثبت معناداری در سطح $p < 0.05$ وجود دارد ولی مؤلفه استانداردهای شهروندی با جامعه‌پذیری فرزندان رابطه معناداری ندارد (جدول ۱۱).

جدول ۱۱: ماتریس همبستگی کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن با جامعه‌پذیری

متغیرها	احساس بهزیستی	احساس رضایت	استانداردهای شهروندی	منزلت شغلی	کیفیت زندگی
احساس رضایت	۰/۵۳۷	۱			
سطح معناداری	۰/۰۰۰۱	۰			
استانداردهای شهروندی	۰/۳۹۴	۰/۵۳۳	۱		
سطح معناداری	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰		
منزلت شغلی	۰/۶۴۲	۰/۴۶۰	۰/۳۴۲	۱	
سطح معناداری	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰	
کیفیت زندگی	۰/۸۸۴	۰/۷۳۲	۰/۶۹۴	۰/۷۹۱	۱
سطح معناداری	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۲	۰/۰۰۰۱	۰
جامعه‌پذیری	۰/۴۱۷	۰/۲۷۴	۰/۰۲۷	۰/۱۷۸	۰/۳۰۳
سطح معناداری	۰/۷۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱

تحلیل رگرسیون چندگانه

در بررسی قدرت پیش‌بینی متغیرهای ده‌گانه مستقل بر کیفیت زندگی از روش تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده شد. هدف از این تحلیل تعیین میزان کیفیت زندگی (متغیر وابسته) بر اساس ده متغیر (سن، جنس، میزان درآمد، میزان تحصیلات، نوع خانواده، نوع مسکن، تعداد فرزندان، مدت ازدواج و سنوات شغلی) به عنوان متغیر مستقل بود. مدل مورد نظر در نمودار شماره ۲ نمایش داده می‌شود.



نمودار ۲: مدل تعیین میزان کیفیت زندگی براساس متغیرهای ده گانه تحقیق

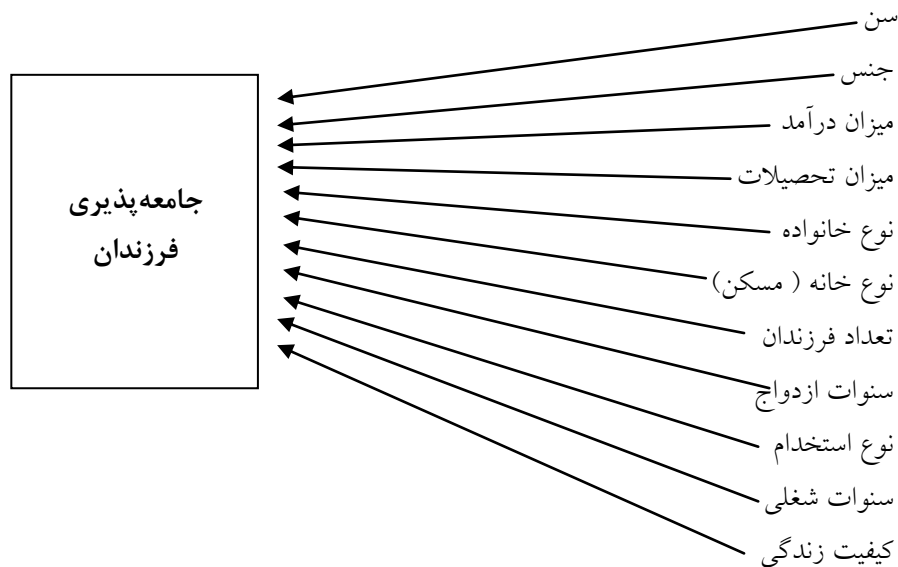
یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که مدت ازدواج در مرتبه اول ۲۵/۶ درصد، در مرتبه دوم مدت ازدواج و نوع خانواده (معلم و پرستار) ۳۱ درصد، در مرتبه سوم نوع مدت ازدواج، نوع خانواده (معلم و پرستار) و درآمد ۳۵/۹ درصد، در مرتبه چهارم مدت ازدواج، نوع خانواده (معلم و پرستار)، درآمد و نوع استخدام (رسمی، پیمانی و قراردادی) ۴۱/۳ درصد، در مرتبه پنجم مدت ازدواج، نوع خانواده (معلم و پرستار)، درآمد، نوع استخدام (رسمی، پیمانی و قراردادی) و جنسیت ۴۲/۸ درصد، در مرتبه ششم مدت ازدواج، نوع خانواده (معلم و پرستار)، درآمد، نوع استخدام (رسمی، پیمانی و قراردادی)، جنسیت و سن ۴۳/۹ درصد، در مرتبه هفتم مدت ازدواج، نوع خانواده (معلم و پرستار)، درآمد، نوع استخدام (رسمی، پیمانی و قراردادی)، جنسیت، سن و سابقه خدمت ۴۴/۱ درصد و در مرتبه هشتم مدت ازدواج، نوع خانواده (معلم و پرستار)، درآمد، نوع استخدام

(رسمی، پیمانی و قرار دادی)، جنسیت، سن، سابقه خدمت و نوع مسکن واریانس کیفیت زندگی پاسخگویان را تبیین می‌کند.

جدول ۱۲: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس متغیرهای تحقیق

مدل	R	R ²	خطای استاندارد پیش‌بینی
۱- نوع خانواده	۰/۵۶۰	۰/۳۱۳	۱۷/۳۹
۲- درآمد	۰/۶۰۲	۰/۳۶۳	۱۶/۷۷
۳- نوع استخدام	۰/۶۴۶	۰/۴۱۸	۱۶/۰۴
۴- جنسیت	۰/۶۵۹	۰/۴۳۴	۱۵/۸۳
۵- سن	۰/۶۶۸	۰/۴۴۶	۱۵/۶۷
۶- سابقه	۰/۶۶۸	۰/۴۴۶	۱۵/۶۶
۷- نوع خانه و مسکن	۰/۶۷۶	۰/۴۵۶	۱۵/۵۳

در بررسی قدرت پیش‌بینی متغیرهای یازده گانه مستقل بر جامعه‌پذیری فرزندان از روش تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده شد. هدف از تحلیل، تعیین میزان جامعه‌پذیری فرزندان (متغیر وابسته) براساس یازده متغیر (سن، جنس، میزان درآمد، میزان تحصیلات، نوع خانواده، نوع مسکن، تعداد فرزندان، مدت ازدواج، سنوات شغلی و کیفیت زندگی) به‌عنوان متغیر مستقل بود. مدل مورد نظر در نمودار (۳) نمایش داده می‌شود.



نمودار ۳: مدل تعیین میزان کیفیت زندگی براساس متغیر های ده گانه تحقیق

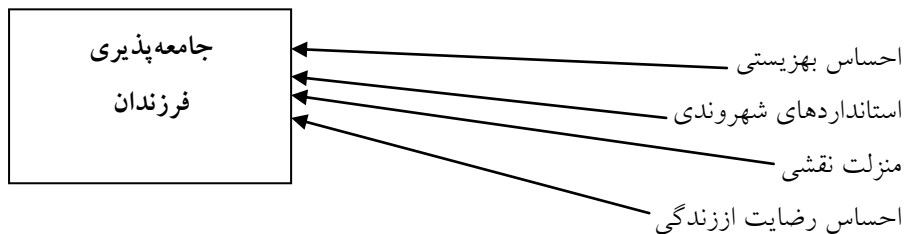
نتایج تحقیق نشان می دهد که پایگاه اجتماعی-اقتصادی در مرتبه اول ۱۴/۱ درصد، در مرتبه دوم پایگاه اجتماعی-اقتصادی و کیفیت زندگی ۲۳/۵ درصد، در مرتبه سوم پایگاه اجتماعی-اقتصادی، کیفیت زندگی و تعداد فرزند ۳۰/۹ درصد، در مرتبه چهارم پایگاه اجتماعی-اقتصادی، کیفیت زندگی، تعداد فرزند و سن ۳۵/۷ درصد، در مرتبه پنجم پایگاه اجتماعی-اقتصادی، کیفیت زندگی، تعداد فرزند، سن و سابقه ۳۶/۷ درصد، در مرتبه ششم پایگاه اجتماعی-اقتصادی، کیفیت زندگی، تعداد فرزند، سن، سابقه و نوع استخدام (رسمی، پیمانی و قراردادی) ۳۷/۴ درصد، در مرتبه هفتم پایگاه اجتماعی-اقتصادی، کیفیت زندگی، تعداد فرزند، سن، سابقه و نوع استخدام (رسمی، پیمانی و قراردادی) و مدت ازدواج ۳۸/۱ درصد و در مرتبه هشتم، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، کیفیت زندگی، تعداد فرزند، سن، سابقه و نوع استخدام (رسمی، پیمانی و قراردادی)، مدت

ازدواج و تحصیلات ۳۸/۷ درصد واریانس جامعه‌پذیری فرزندان پاسخگویان را تبیین می‌کنند.

جدول ۱۳: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون پیش‌بینی جامعه‌پذیری براساس متغیرهای تحقیق

مدل	R	R ²	خطای استاندارد پیش‌بینی
۱- پایگاه اجتماعی-اقتصادی	۰/۳۷۸	۰/۱۴۳	۶/۳۲
۲- کیفیت زندگی	۰/۴۸۸	۰/۲۳۸	۵/۹۷
۳- تعداد فرزند	۰/۵۶۰	۰/۳۱۳	۵/۶۷
۴- سن	۰/۶۰۲	۰/۳۶۲	۵/۴۷
۵- سنوات شغلی	۰/۶۱۱	۰/۳۷۴	۵/۴۳
۶- نوع استخدام	۰/۶۱۸	۰/۳۸۲	۵/۳۹
۷- سنوات ازدواج	۰/۶۲۴	۰/۳۹۰	۵/۳۷
۸- تحصیلات	۰/۶۳۰	۰/۳۹۷	۵/۳۴

در بررسی قدرت پیش‌بینی چهار مؤلفه کیفیت زندگی بر جامعه‌پذیری فرزندان از روش تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده شد. هدف از تحلیل تعیین میزان جامعه‌پذیری فرزندان (متغیر وابسته) براساس چهار متغیر (احساس بهزیستی، استانداردهای شهروندی، منزلت نقشی و احساس رضایت از زندگی اجتماعی شهری) به‌عنوان متغیر مستقل بود. مدل مورد نظر در نمودار ۴ نمایش داده شده است.



نمودار ۴: مدل تعیین میزان کیفیت زندگی براساس متغیرهای ده گانه تحقیق

یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که احساس بهزیستی در مرتبه اول ۱۷/۴ درصد، در مرتبه دوم احساس بهزیستی و استانداردهای شهروندی ۱۹/۶ درصد، در مرتبه سوم احساس بهزیستی، استانداردهای شهروندی و منزلت شغلی ۲۰/۶ درصد، در مرتبه چهارم احساس بهزیستی، استانداردهای شهروندی، منزلت شغلی و احساس رضایت از زندگی ۲۱/۹ درصد واریانس جامعه‌پذیری پاسخگویان را تبیین می‌کند.

جدول ۱۴: نتایج تحلیل رگرسیون پیش‌بینی جامعه‌پذیری

بر اساس مؤلفه‌های کیفیت زندگی

مدل	R	R ²	خطای استاندارد پیش‌بینی
۱- احساس بهزیستی	۰/۴۱۷	۰/۱۷۴	۶/۲۰
۲- استانداردهای شهروندی	۰/۴۴۳	۰/۱۹۶	۶/۱۳
۳- منزلت شغلی	۰/۴۵۴	۰/۲۰۶	۶/۱۰
۴- احساس رضایت از زندگی	۰/۴۶۸	۰/۲۱۹	۶/۰۵

جدول ۱۵: ضرایب تحلیل رگرسیون پیش‌بینی جامعه‌پذیری فرزندان

براساس مؤلفه‌های کیفیت زندگی

مدل	مدل	Beta	Std.error	Beta	t	sig
ثابت			۲/۶۶۵	۴۴/۲۸۴	۱۶/۶۱۵	۰/۰۰۰۱
۱	احساس بهزیستی	۰/۵۱۵	۰/۰۳۹	۰/۳۵۲	۹/۱۳۰	۰/۰۰۰۱
۲	استانداردهای شهروندی	-۰/۲۰۳	۰/۰۵۰	-۰/۲۱۲	-۴/۲۱۰	۰/۰۰۰۱
۳	منزلت شغلی	-۰/۱۵۱	۰/۰۵۸	-۰/۱۶۵	-۲/۸۳۲	۰/۰۰۰۵
۴	احساس رضایت از زندگی	۰/۱۴۸	۰/۱۰۰	۰/۲۷۹	۲/۷۹۷	۰/۰۰۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از حوزه‌های پژوهشی با تکیه بر رویکردهای جامعه‌شناسی، بررسی و تحلیل کیفیت زندگی در خانواده‌های شهری می‌باشد. در این راستا، تحقیقی از نوع پیمایشی در بین خانواده‌های معلمان و پرستاران شهر زاهدان در سال ۱۳۸۹ انجام شد. از آنجا که تحقیقات متعدد به بررسی تاثیر کیفیت زندگی بر سایر حالات رفتاری و اجتماعی پرداخته‌اند، پژوهش حاضر سعی در بررسی تاثیر متغیرهای اجتماعی، خانوادگی و شغلی ده‌گانه و کیفیت زندگی بر جامعه‌پذیری فرزندان نموده است.

یافته‌های تحقیق مشخص کرد که ابزار پژوهش از روایی و پایایی قابل قبول و مطلوبی برخوردار است و با نتایج تحقیق ربانی و کیانپور (۱۳۸۶) همسوئی دارد.

در راستای اهداف پژوهش، یافته‌ها گویای آن است که میانگین کیفیت زندگی خانواده شهری و همچنین چهار مؤلفه آن در بین پاسخگویان از میزان بالایی برخوردار است که مؤلفه منزلت نقشی با میانگین ۳/۸۴ بیشترین مقدار را به خود اختصاص داده است و مؤلفه احساس بهزیستی با میانگین ۳/۵۵ کمترین

میانگین را داشته است. مؤلفه‌های استانداردهای شهروندی (۳/۶۸) و احساس رضایت از زندگی اجتماعی شهری (۳/۳۸) در مراتب دوم و سوم اهمیت قرار گرفته‌اند که البته رتبه‌بندی فوق با نتایج تحقیق ربانی و کیانپور (۱۳۸۶) همسوئی دارد.

در راستای هدف پژوهش، یافته‌ها نشان داده که تفاوت معناداری در میزان کیفیت زندگی به نفع خانواده معلمان نسبت به خانواده پرستاران در شهر زاهدان مشاهده می‌شود و علاوه بر آن تفاوت معناداری در ارزیابی والدین نسبت به جامعه‌پذیری فرزندان به نفع خانواده معلمان در مقایسه با خانواده پرستاران وجود دارد. داده‌های تحقیق گویای آن است که تفاوت معناداری در خصوص کیفیت زندگی بین خانواده پرستاران (۵۹ زوج) و معلمان (۱۸۵ زوج) وجود دارد. کیفیت زندگی خانوادگی معلمان بیشتر از کیفیت زندگی خانوادگی پرستاران است. میانگین کیفیت زندگی خانوادگی معلمان و پرستاران به ترتیب ۱۷۸/۵ و ۱۶۱/۶ (در سطح زیاد) گزارش شده است. از سوی دیگر تفاوت معناداری در جامعه‌پذیری فرزندان بین خانواده پرستاران (۵۹ زوج) و معلمان (۱۸۵ زوج) وجود دارد. جامعه‌پذیری فرزندان خانواده معلمان بیشتر از کیفیت زندگی خانواده پرستاران است. میانگین جامعه‌پذیری فرزندان خانواده معلمان و پرستاران به ترتیب ۵۱/۲ و ۴۹/۵ (در سطح زیاد) گزارش شده است. نتیجه‌گیری تحقیق مبین آن است که تفاوت‌های اساسی در خصوص کیفیت زندگی و همچنین جامعه‌پذیری فرزندان بین دو نوع خانواده معلمان و پرستاران به نفع خانواده معلمان وجود دارد که تبیین نظری آن می‌تواند مربوط به تفاوت اساسی شغل فرهنگی معلمان و شغل خدماتی پرستاران باشد.

در راستای هدف تحقیق، نتایج نشان‌دهنده روابط معناداری بین کیفیت زندگی خانواده شهری و جامعه‌پذیری فرزندان می‌باشد و معناداری روابط فوق بین چهار مؤلفه به‌طور جداگانه با جامعه‌پذیری فرزندان مشاهده گردیده است. بنابراین با افزایش کیفیت زندگی خانواده شهری بر میزان جامعه‌پذیری فرزندان افزوده می‌گردد. کیفیت زندگی خانواده شهری یکی از مکانیسم‌های افزایش جامعه‌پذیری محسوب می‌شود. داده‌ها معرف آن است که روابط معناداری بین دو موضوع کیفیت زندگی و الگوی اجتماعی شدن فرزندان درخصوص تمامی زوجین وجود دارد. سطح معناداری آماره آزمون از نظر آماری بسیار مطلوب محاسبه شده ($P=0/000$) و مقدار آماره در سطح متوسط ارزیابی می‌شود ($0/40$). مقایسه نتایج فوق به تفکیک نوع خانواده معرف تفاوت اساسی بین دو نوع خانواده است با این توضیح که اگرچه روابط بین کیفیت زندگی و الگوی اجتماعی شدن فرزندان برحسب نوع خانواده معنادار گزارش شده ولیکن مقدار آماره ضریب همبستگی در خانواده معلمان $0/48$ و در خانواده پرستاران $0/36$ به دست آمده است. در راستای هدف پژوهش، نتیجه‌گیری تحقیق مبین آن است که تفاوت اساسی درخصوص روابط معناداری بین دو موضوع کیفیت زندگی و اجتماعی شدن فرزندان در بین دو نوع خانواده معلمان و پرستاران به نفع خانواده معلمان وجود دارد که تبیین نظری آن می‌تواند مربوط به تفاوت اساسی شغل فرهنگی معلمان و خدماتی پرستاران باشد.

یکی دیگر از اهداف پژوهش بررسی تفاوت یا تجانس خانوادگی است. نتایج دیگر پژوهش بازگوکننده آن است که روابط معناداری بین کیفیت زندگی مردان و کیفیت زندگی زنان وجود دارد که معناداری روابط مذکور نشان‌دهنده تجانس خانوادگی در کیفیت زندگی است. تجانس خانوادگی در کیفیت زندگی براساس

محاسبه ضریب همبستگی بین نمره خام کیفیت زندگی مردان و نمره خام کیفیت زندگی زنان به دست آمده است. مقدار آماره مذکور در بین زوجین معلم بیشتر از مقدار آماره مورد نظر در بین زوجین پرستار است. این مقایسه مبین تفاوت اساسی موضوع کیفیت زندگی در بین دو نوع خانواده معلمان و پرستاران است. مقدار آماره مذکور در بین زوجین معلم (۱۸۵ زوج)، ۰/۶۵ و در بین زوجین پرستار (۵۹ زوج)، ۰/۶۳ گزارش می‌شود. تجانس خانوادگی کیفیت زندگی زوجین معلم کمی بیشتر از تجانس خانوادگی کیفیت زندگی زوجین پرستار است. نتایج دیگر پژوهش نشان می‌دهد که روابط معناداری بین الگوی اجتماعی شدن فرزندان در نزد مردان و در نزد زنان وجود دارد که معناداری روابط مذکور نشان‌دهنده تجانس خانوادگی اجتماعی شدن فرزندان است. تجانس خانوادگی اجتماعی شدن فرزندان براساس محاسبه ضریب همبستگی بین نمره خام اجتماعی شدن فرزندان در نزد مردان و هم چنین نمره مذکور در نزد زنان محاسبه شده است. مقدار آماره مذکور در بین زوجین معلم بسیار بیشتر از مقدار آماره مورد نظر در بین زوجین پرستار است. این مقایسه مبین تفاوت چشمگیر موضوع اجتماعی شدن فرزندان در بین دو نوع خانواده معلمان و پرستاران است. مقدار آماره مذکور در بین زوجین معلم (۱۸۵ زوج)، ۰/۸۰ و در بین زوجین پرستار (۵۹ زوج)، ۰/۴۰ گزارش می‌شود. تجانس خانوادگی الگوی اجتماعی شدن فرزندان در نزد زوجین معلم بسیار بیشتر از تجانس خانوادگی الگوی اجتماعی شدن فرزندان در نزد زوجین پرستار است.

یافته‌های پژوهش معرف آن بود که هر کدام از متغیرهای ده‌گانه به‌طور جداگانه روابط معناداری با کیفیت زندگی داشتند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سه متغیر تحصیلات، تعداد فرزندان و مدت ازدواج از مدل رگرسیون

خارج شده و هفت متغیر نوع خانواده، درآمد، نوع استخدام، جنس، سن، سنوات شغلی و نوع خانه به ترتیب بیشترین پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی خانواده شهری بودند.

علاوه بر آن، هرکدام از متغیرهای یازده‌گانه مستقل به طور جداگانه روابط معناداری با جامعه‌پذیری فرزندان داشتند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه بازگوکننده آن بود که دو متغیر درآمد و نوع خانه از مدل رگرسیون خارج شده است و متغیر دیگر به ترتیب پایگاه اجتماعی-اقتصادی، کیفیت زندگی، تعداد فرزندان، سن، سنوات شغلی، نوع استخدام، مدت ازدواج و تحصیلات بیشترین عوامل پیش‌بینی‌کننده جامعه‌پذیری فرزندان خانواده شهری گزارش شده‌اند.

منابع

- ۱- آزاد، ح؛ (۱۳۸۴)، آسیب شناسی روانی، تهران، انتشارات بعثت.
- ۲- ازخوش، م؛ (۱۳۸۷)، کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی، تهران، نشر روان، چاپ سوم.
- ۳- افروز، غ؛ (۱۳۸۷)، افسردگی و روش‌های مقابله و درمان موثر خود در مانگري نظارتی، تهران، نشر علم.
- ۴- پالاهنگ، ح؛ نصر، م؛ براهنی، م؛ شاه محمدی، د؛ (۱۳۷۵)، بررسی همه‌گیر شناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴.
- ۵- نوابی نژاد، ش؛ (۱۳۸۵)، روانشناسی زن، تهران، نشر علم.
- ۶- مارنات، گ؛ (۱۳۸۶)، راهنمای سنجش روانی ۲، ترجمه: پاشا شریفی و نیکخو، تهران، انتشارات سخن، چاپ دوم، ۲۰۰۳.

1- Beck, A. T. (1988). Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review, Translated** by Jonathan harrow) john wiley & sons.

- 2- -Branstetter, A. D., Wilson, K. G., Hilde brand, M. & Mutch, D. (2004). Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. **Journal of behavior therapy**, 35,732-748.
- 3- -Fletcher, L. Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory acceptance and commitment therapy and a functional analytic definition of mind fullness. **Journal of Rational Emotional & Cognitive-Behavior Therapy**. 23(4), 315-322.
- 4- Forman, E. M.Herbert, J. & Moitra, E. (2009). A randomized controlled effective of acceptance and commitment therapy & cognitive therapy for anxiety & depression. **Journal of Behavior Modification**.31 (6), 772-799.
- 5- Hayes, s. C. Pistorello, J. Bigland, A. (2008). Acceptance and Commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide. **Journal of Behavior and Cognitive therapy**. X, (1), 81-102.
- 6- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). **Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change**. New York: Guilford Press.
- 7- Leary, O. & Beach, S. R. (1990). ACT: Available treatment for depression and marital disorder. **Journal of marital & family therapy**. 16,127-138.
- 8- Luma, J. B. Hayes, s. E. & Walser, R. (2007). **Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills training manual for therapists**. Oakland. New Harbinger publications.
- 9- Petersen, C. L. (2007). **Treatment of comorbid depression and alcohol use disorders in an inpatient setting: comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual**. Submitted to the College of Liberal Arts and Sciences and the faculty of the Graduate School of Wichita State University of Doctor of Philosophy.
- 10- Roemer, L & Orsillo, S.M. (2007). An Open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety Disorder. **Journal of Behaviour Therapy**. Vol 38. Issue1.75-82.
- 11- Rowland, M. (2010). **Acceptance and Commitment Therapy for Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents**. A Dissertation Submitted to the Faculty of The Chicago School of Professional Psychology For the Degree of Doctor of Psychology.

- 12- Whitley Lassen, E. (2010). **The effects of acceptance and commitment therapy (act) on anxiety in people with psychosis.** A Dissertation Submitted to the Faculty of the California Institute for the Degree of Doctor of Psychology in Clinical Psychology.
- 13- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and commitment therapy VS. Systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. **Journal of psychological record.** 53, 197-215
- 14- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1999). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. **Journal of Clinical Psychology.** 45(6), 436-445.
- 15- Caught in the net. New york. John willey.