

## مقایسه اضطراب، احساس تنهایی و کیفیت زندگی در زنان مجرد با فرزندخوانده و بدون فرزندخوانده

پریناز باباخانی<sup>۱</sup>، ناصر صبحی قراملکی<sup>۲\*</sup>

### چکیده

**مقدمه:** امروزه جامعه پزشکی ایران، شاهد آسیب های روان شناختی و جسمی بسیاری در دو جمعیت مهم زنان و دختران مجرد و کودکان بی سرپرست و بدسرپرست کشور می باشد؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اضطراب، احساس تنهایی و کیفیت زندگی زنان مجرد با فرزندخوانده و بدون فرزندخوانده بود.

**روش پژوهش:** در مطالعه توصیفی، علی-مقایسه ای حاضر، تعداد ۱۴۰ نفر (۷۰ نفر زن مجرد با فرزندخوانده و ۷۰ نفر زن مجرد بدون فرزندخوانده) که به اداره بهزیستی استان تهران مراجعه کردند و دارای معیارهای ورود بودند، با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه های احساس تنهایی و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و پرسشنامه اضطراب کتل بود. داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون های مفروضه های آماری و تحلیل واریانس چندمتغیره آنالیز شدند.

**یافته ها:** به ترتیب بین دو گروه و مؤلفه های آنها در اضطراب ( $F=24/283$ ،  $P=0/000$  و  $\eta=0/150$ ) و کیفیت زندگی ( $F=93/089$ ،  $P=0/000$  و  $\eta=0/403$ ) و احساس تنهایی ( $F=118/630$ ،  $P=0/000$  و  $\eta=0/462$ ) از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p<0/05$ ). میانگین اضطراب پنهان و آشکار در زنان مجرد دارای فرزندخوانده کمتر، میانگین احساس تنهایی رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی در زنان مجرد با فرزندخوانده بطور معناداری بیشتر و در متغیر کیفیت زندگی میانگین مؤلفه سلامت عمومی در زنان مجرد دارای فرزندخوانده کمتر بود.

**نتیجه گیری:** بنابراین لزوم اجرای برنامه فرزندپذیری برای زنان مجرد واجد شرایط و نیاز به مداخلات لازم جهت پیشگیری و درمان اضطراب و بالا بردن کیفیت زندگی زنان مجرد بدون فرزند خوانده و مداخله جهت رفع مشکلات ناشی از سلامت عمومی و احساس تنهایی در زنان مجرد با فرزندخوانده می باشد.

**کلید واژه:** اضطراب، احساس تنهایی، زنان مجرد با فرزندخوانده، زنان مجرد بدون فرزندخوانده، کیفیت زندگی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۱۲/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱۶

**استناد:** باباخانی پریناز، صبحی قراملکی ناصر. مقایسه اضطراب، احساس تنهایی و کیفیت زندگی در زنان مجرد با فرزندخوانده و بدون فرزندخوانده، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۲): ۱۷۵-۱۶۳

<sup>۱</sup> - گروه روانشناسی بالینی دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران [p\\_babakhani@yahoo.com](mailto:p_babakhani@yahoo.com)

<sup>۲</sup> - (نویسنده مسئول)، دانشیار روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی، ایران، تهران، تلفن ۰۹۱۴۱۵۲۹۵۶۵، [aidasobhi@yahoo.com](mailto:aidasobhi@yahoo.com)

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز

است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

## مقدمه:

در جامعه صنعتی و پیشرفته امروز ایران، بالا رفتن سن ازدواج و مجرد قطعی تعداد زیادی از دختران و مجرد زنان به دلایل طلاق یا فوت همسر، آنها را به لحاظ روان‌شناختی و به دنبال آن جسمی با چالش‌های جدی مواجه ساخته است که می‌توان به کیفیت زندگی<sup>۱</sup>، احساس تنهایی<sup>۲</sup> و اضطراب<sup>۳</sup> در آنها اشاره کرد. این در حالیست که کتمان نیازهای طبیعی دختران و زنان مجرد می‌تواند آنها را در مناسبات اجتماعی دچار مشکل کند، چرا که مجرد ماندن، معنای نداشتن فرزند و هویت مادرانه را نیز به دنبال خواهد داشت [۱]. از طرفی دیگر هر روز به آمار کودکان بی‌سرپرست یا بدسرپرست با روند صعودی در کشور افزوده می‌شود و ترکیب این مشکلات با یکدیگر دامنه آسیب‌های اجتماعی را بیشتر می‌کند. بنابراین یکی از راه‌های کاربردی برای حل دو مشکل مجرد قطعی و کودکان بی‌سرپرست، پذیرش حضانت فرزند<sup>۴</sup> برای زنان مجرد است [۲].

بر اساس آخرین گزارش روابط عمومی و بین‌الملل سازمان بهزیستی کشور و سرشماری در سال ۱۳۹۷، تعداد ۲۵ هزار کودک بی‌سرپرست و بدسرپرست در مراکز بهزیستی کشور نگهداری می‌شوند و همچنین ۱۰ هزار کودک در مراکز شبه خانواده بهزیستی تحت پوشش هستند و ۱۵۷۳۹۶ دختر و زن مجرد ۳۰ تا ۵۰ ساله در استان تهران وجود دارند. تحت این شرایط است که قانون جدید فرزندخواندگی در سال ۱۳۹۲ در قالب ۳۶ ماده و ۱۷ تبصره با عنوان «قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست» به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. مطابق با این قانون، اولویت در پذیرش سرپرستی فرزند به ترتیب با زن و شوهر بدون فرزند، سپس زنان و دختران بدون شوهر فاقد فرزند، و در نهایت زن و شوهر دارای فرزند است. دختر و زن بدون شوهر و مجرد اعم از اینکه مجرد بماند یا بعدها ازدواج کند، یا قبلاً شوهر کرده و در حال حاضر مجرد زندگی کند و صلاحیت فرزندخواندگی داشته باشد از جمله اینکه کمتر از ۳۰ سال نباشد می‌تواند یک دختر ۷ ساله به عنوان فرزندخوانده داشته باشد [۳]. با توجه به اینکه در موقعیت فعلی جامعه هم‌اکنون زنان مجرد زیادی وجود دارند که استطاعت مالی و جایگاه اجتماعی خوبی دارند، معتقدیم این قانون هم می‌تواند عواطف مادری این زنان را بروز دهد، هم مشکلات روان‌شناختی ناشی از مجرد و تنهایی را کاهش دهد و هم سرپرستی این کودکان را به شکل مناسبی فراهم کند [۴ و ۵].

بسیاری از زنان مراجع به مراکز مشاوره که سن آنها بالا رفته و ازدواج نکرده بودند، حالت‌هایی همچون بی‌حالی و بی‌اعتنایی به لذت‌ها و رغبت‌ها، کاهش توانایی در تمرکز و تصمیم‌گیری و تفکر، که همگی نشانه‌های اضطراب و افسردگی است را نشان داده‌اند. همچنین دیده شده که تأخیر در ازدواج سبب می‌شود که زنان تمایلات طبیعی خود را به تدریج نادیده بگیرند و دچار انزوا شوند [۶].

مادران مجرد فرزندپذیر در تجربه فرزندپذیری و ساخت هویت مادرانه خود، چهار فرآیند: (۱) بازیابی خود (۲) آمادگی (۳) کسب هویت مادرانه (۴) رشد و تقویت هویت مادری را طی می‌کنند، که مشابه با فرآیند فرزندآوری و ساخت هویت در مادران زیستی است [۷]. داشتن فرزند برای افراد، تعهد و مسئولیت‌پذیری در چارچوب اهداف و انگیزه‌های سالم در پی دارد که حفظ سلامت روان قشر جوان را تضمین می‌کند [۸]. در واقع وقتی جوانی مجرد است و به هر دلیلی توان ازدواج ندارد بدون تردید تأمین نیازهای خود را در جای دیگری جست و جو خواهد کرد و طبیعی است اگر برنامه ریزی در این زمینه نباشد درصد زیادی از جوانان با جابه‌جایی نیازهای خود، در مسیر انحراف قرار خواهند گرفت و با مشکلات روحی و روانی که دامنگیر آنان می‌شود،

<sup>۱</sup> quality of life

<sup>۲</sup> lone lines

<sup>۳</sup> anxiety

<sup>۴</sup> foster child

هر روز جامعه باید شاهد افزایش آمار اعتیاد، بزهکاری، بی بند و باری، بداخلاقی، پرخاشگری و شیوع انواع بیماری‌های جسمی و روحی در بین جوانان باشد [۹].

اضطراب یک خلق منفی است که با نشانه‌های بدنی مانند تنش جسمانی و ترس در مورد آینده شناخته می‌شود و بطور مستقیم کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۰]. وجود اختلال‌های اضطرابی در زنان مجرد به طور قابل توجهی خطر نگرانی ابتلا به اختلالات خلقی، اعتیاد یا خودکشی را در پی دارد. همچنین رویدادهای آسیب‌زای زندگی و فشار روانی در سبب‌شناسی اختلال اضطرابی نقش اساسی دارند [۱۱، ۱۲ و ۱۳]. اختلال اضطرابی با شیوعی به میزان ۵-۲۷ درصد در جمعیت عمومی، شایعترین اختلال روان‌شناختی در دوران زندگی فرد می‌باشد [۱۴]. با وجود حضور زنان مجرد در شرایط پر تنش جامعه امروز و احساس تنهایی، افرادی که با پرورش ذهن و فکر و تصمیم به اخذ سرپرستی همت گماشته‌اند، نه تنها توانسته‌اند افکار منفی و اضطراب را از ذهن خود بزایند بلکه به نوعی با تشکیل خانواده و رسیدن به آرامش، شادی را به زندگی خویش ارزانی داشته‌اند، از امکانات جامعه خود استفاده بهتری جسته و تاثیرات مثبت و عمیقی را بر اطرافیان خود گذارده‌اند [۱۵ و ۱۶].

کیفیت زندگی به عنوان یکی از مهمترین شاخص‌های بهزیستی روانی و رفاه اجتماعی و دستاوردهای مهم توسعه بشمار می‌رود [۱۷]. کیفیت زندگی مفهومی گسترده است که بعد سلامت جسمی و روانی فرد را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. کیفیت زندگی برداشت کیفی و ذهنی هر شخص از وضعیت سلامت روان خود و میزان رضایت از این وضعیت می‌باشد [۱۸ و ۱۹]. در مطالعه نولیس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۳)، کیفیت زندگی زنان مجرد تنها مورد مطالعه مطلوب نبوده و کمترین میانگین نمره مربوط به جنبه‌های روانی و محیطی بوده است [۲۰]؛ همچنین در مطالعه خطوب<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۳)، پس از بررسی گسترده وضعیت زندگی زنان مجرد ۳۵ تا ۴۵ ساله در ۱۴ کشور آمریکای لاتین، ضمن اعلام نگرانی از شرایط این گروه، بر استفاده از استراتژی‌های توانمندسازی این افراد توسط نهادها و اتحادیه‌های مرتبط تأکید داشتند [۲۱]. بررسی نتایج پژوهش‌های قبلی نشان داد که در رابطه با فرزندخواندگی زوج‌های نابارور تحقیقاتی انجام شده است اما در رابطه با حضانت فرزند در زنان مجرد پژوهشی انجام نشده است بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اضطراب، احساس تنهایی و کیفیت زندگی در زنان مجرد بالای ۳۰ سال با و بدون فرزند خوانده انجام شد [۲۲ و ۲۳].

### روش پژوهش:

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مجرد بالای ۳۰ سال دارای فرزند خوانده (که از سال ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸ اقدام به حضانت فرزند کردند) و بدون فرزند خوانده استان تهران بود که بصورت در دسترس انتخاب شدند و دارای معیارهای ورود بودند و تعداد آنها ۱۴۰ نفر (۷۰ نفر دارای فرزندخوانده و ۷۰ نفر بدون فرزندخوانده) بود.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: زنان مجرد دارای بازه سنی ۳۵ تا ۵۰ سال، حداقل دو سال از قبول فرزندخواندگی گذشته باشد، داشتن تمایل و رضایت آگاهانه کتبی برای حضور در مطالعه و همگن شدن هر دو گروه مطالعه از لحاظ مشخصات جمعیت شناختی (وضعیت تحصیلی، اجتماعی و اقتصادی مطابق معیارهای سازمان بهزیستی). معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: عدم تمایل برای ادامه شرکت در پژوهش و مهاجرت و عدم دسترسی به مادر و فرزند طی بازه زمانی انجام پژوهش. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش پس از انجام هماهنگی‌های لازم با افراد و جلب رضایت آنها برای شرکت در پژوهش،

<sup>۱</sup> Novellis S.

<sup>۲</sup> Khatoob S.

اقدام به توزیع پرسشنامه‌های اضطراب کتل و احساس تنهایی و کیفیت زندگی SF-36 شد. در ابتدای پرسشنامه اصول اخلاقی پژوهش نوشته شد و طی آن شرکت آزادانه و داوطلبانه و محرمانه بودن پاسخ‌ها شرح داده شد. این اصول برای آنها خوانده شد و از آزمودنی‌ها رضایت کتبی آگاهانه گرفته شد. این طرح در کمیته اخلاق پژوهش دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد کرج تأیید شد و با شناسه IR.IAU.K.REC.1402.021 به ثبت رسید.

**پرسشنامه اضطراب کتل:** این پرسشنامه توسط ریموند برنارد کتل در سال (۱۹۵۷) تدوین گردیده و امروزه کاربردهای پژوهشی و تشخیصی فراوانی دارد. ۲۰ سؤال از این تست برای اضطراب پنهان و ۲۰ سؤال مربوط به اضطراب آشکار فرد است. این تست دارای یک نمره کلی اضطراب و وضعیت فرد در پنج حالت می‌باشد؛ ناپایداری هیجانی، بی‌اعتمادی توأم با اضطراب، اطمینان به خود، مهار اراده و پایداری خلق و خو، تنش عصبی. این پرسشنامه در حیطه تست‌های عینی جای می‌گیرد و دارای اعتبار است. همچنین دارای نرم (هنجار) است که می‌تواند در تفسیر نمرات، آزمونگر را یاری دهد. ضریب اعتبار این پرسشنامه را ۰/۷۲ گزارش داده‌اند. این پرسشنامه به طور دقیق می‌تواند جنبه‌های فیزیولوژیک اضطراب را بر طبق عوارض مشهود آن اندازه‌گیری کند. این پرسشنامه از آغاز سال ۱۳۶۷ با همکاری گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است. مقدار پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

**پرسشنامه احساس تنهایی:** پرسشنامه احساس تنهایی توسط دی توماسو، برانن و بست در سال ۲۰۰۴، ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال بوده و هدف آن بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی افراد (تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی، تنهایی اجتماعی) می‌باشد. شیوه نمره‌دهی به صورت ۵ گزینه‌ای به صورت کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴)، کاملاً موافقم (۵) می‌باشد. البته این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤال ۱۴ معکوس می‌باشد. این پرسشنامه دارای سه بعد سؤالات تنهایی رمانتیک ۸، ۱۰، ۶، ۳؛ سؤالات تنهایی خانوادگی ۱، ۱۳، ۱۲، ۹، ۵؛ و سؤالات تنهایی اجتماعی ۱۴، ۱۱، ۷، ۴، ۲ می‌باشد. پایایی این آزمون در نسخه جدید تجدید نظر شده ۰/۷۸ گزارش شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش سسین (۲۰۰۷) از طریق روش آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های احساس تنهایی رمانتیک، اجتماعی و خانوادگی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ بود. روایی و پایایی این پرسشنامه برای مؤلفه تنهایی رمانتیک ۰/۹۲، تنهایی خانوادگی ۰/۸۴ و تنهایی اجتماعی ۰/۷۸ بدست آمده است.

**پرسشنامه کیفیت زندگی:** فرم ۳۶ عبارتی توسط وارو شربون (۱۹۹۲) در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طراحی این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید و هر زیرمقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است: سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط، سلامت روانی. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند. آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی و آزمون روایی با استفاده از روش مقایسه گروه‌های شناخته شده و روایی همگرایی مورد ارزیابی قرار گرفت. همخوانی داخلی نشان داد که به جز مقیاس نشاط سایر مقیاس‌های گونه فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردارند. آزمون آماری مقایسه گروه‌های شناخته شده نشان داد که گونه فارسی SF-36 قادر به افتراق زیر گروه‌های جمعیتی به تفکیک جنس و سن است. آزمون روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از

همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه‌سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست آورده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به دست آمد. آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به دست آورد که ۰/۹۵ درصد پراکندگی میان مقیاس‌های پرسشنامه را توجیه می‌نمود. در مجموع نتایج نشان داد که گونه فارسی این پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است.

#### یافته‌ها:

در جدول ۱ فراوانی و درصد اطلاعات دموگرافیک زنان مجرد با و بدون فرزندخوانده طبق معیارهای سازمان بهزیستی کشور نشان داده شده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک دو گروه

بدون فرزندخوانده		بافرزندخوانده		سن
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۲۱	۳۰	۱۴/۳	۱۰	۴۵-۳۵
۴۹	۷۰	۸۵/۷	۶۰	۵۰-۴۶
۷۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	کل
تحصیلات				
۱۷	۲۴/۳	۱۸/۶	۱۳	کارشناسی
۴۲	۶۰	۷۰/۰۰	۴۹	کارشناسی ارشد
۱۱	۱۵/۷	۱۱/۴	۸	دکتری
۷۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	کل
درآمد ماهیانه				
۲۹	۴۱/۴	۲۴/۳	۱۷	تا ۱۲ میلیون تومان
۴۱	۵۸/۶	۵۷/۷	۵۳	بالاتر از ۱۲ میلیون تومان
۷۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	کل

در جدول ۲ داده‌های توصیفی بین دو گروه، میانگین اضطراب و مؤلفه‌های آن در زنان مجرد با فرزندخوانده کمتر می‌باشد، میانگین عملکرد جسمانی، خستگی یا نشاط و سلامت عاطفی در زنان با فرزندخوانده بالاتر و میانگین مؤلفه درد در زنان بدون فرزند خوانده بالاتر می‌باشد. مؤلفه‌های محدودیت‌های ایفای نقش سلامت جسمانی و سلامت عمومی در زنان با فرزندخوانده پایین‌تر، محدودیت‌های ایفای نقش هیجانی در هر دو گروه تقریباً برابر می‌باشد. تنهایی رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی در زنان مجرد با فرزندخوانده بالاتر خوانده می‌باشد.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد دو گروه

متغیر	مؤلفه	گروه	تعداد	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف استاندارد	
اضطراب	اضطراب کل	با فرزندخوانده	۷۰	۸۶	۸۶	۷۷/۶۰	۳/۷۵	
		بدون فرزندخوانده	۷۰	۷۳	۹۷	۸۱/۱۸	۵/۰۶	
	اضطراب پنهان	با فرزندخوانده	۷۰	۳۳	۴۴	۳۹/۱۱	۲/۵۲	
		بدون فرزندخوانده	۷۰	۳۷	۴۹	۴۲/۱۲	۲/۷	
	اضطراب آشکار	با فرزندخوانده	۷۰	۳۳	۴۵	۳۸/۴۸	۲/۴۳	
		بدون فرزندخوانده	۷۰	۵۴	۷۴	۶۰/۴۴	۳/۷۷	
	کیفیت زندگی	عملکرد جسمانی	با فرزندخوانده	۷۰	۱۰	۳۰	۲۲/۲۸	۲۴/۵۷
			بدون فرزندخوانده	۷۰	۳۰	۳۰	۸/۵۴	۷/۵۵
		محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی	با فرزندخوانده	۷۰	۴	۸	۶/۸۵	۱/۸۲
			بدون فرزندخوانده	۷۰	۴	۸	۷/۶۰	۱/۲۰
		محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	با فرزندخوانده	۷۰	۳	۶	۵/۶۴	۱/۳۶
			بدون فرزندخوانده	۷۰	۳	۶	۵/۷۰	۰/۹۰
خستگی یا نشاط		با فرزندخوانده	۷۰	۸	۲۰	۱۲/۲۸	۳/۱۵	
		بدون فرزندخوانده	۷۰	۷	۱۷	۱۱/۰۸	۲/۳۵	
سلامت عاطفی		با فرزندخوانده	۷۰	۱۷	۲۶	۲۱/۰۷	۲/۳۵	
		بدون فرزندخوانده	۷۰	۱۲	۲۰	۱۵/۳۱	۱/۱۶	
عملکرد اجتماعی		با فرزندخوانده	۷۰	۵۲	۵۲	۲۲/۲۸	۰/۸	
		بدون فرزندخوانده	۷۰	۱۰	۳۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰	
درد	با فرزندخوانده	۷۰	۲	۱۰	۲/۷۴	۱/۹۹		
	بدون فرزندخوانده	۷۰	۵	۸	۵/۸۲	۰/۸۱		
سلامت عمومی	با فرزندخوانده	۷۰	۷۰	۸۶	۱۹/۱۱	۲/۵۲		
	بدون فرزندخوانده	۷۰	۱۰	۱۸	۲۳/۵۷	۲/۳۲		
		با فرزندخوانده	۷۰	۱۳	۲۰	۱۷/۶۲	۲/۲۴	

۵/۰۶	۱۰/۴۱	۱۶	۴	۷۰	بدون فرزندخوانده	تنهایی رمانتیک
۲/۴۹	۲۲/۷۵	۲۵	۱۶	۷۰	با فرزندخوانده	احساس تنهایی
۶/۰۸	۱۲/۶۸	۲۰	۵	۷۰	بدون فرزندخوانده	تنهایی خانوادگی
۲/۳۵	۱۸/۸۸	۲۴	۱۴	۷۰	با فرزندخوانده	
۴/۷۶	۱۴/۴۱	۲۲	۷	۷۰	بدون فرزندخوانده	تنهایی اجتماعی

نتایج پیش فرض‌های آماری نشان داد استفاده از تحلیل واریانس در داده‌های پژوهش بلامانع می‌باشد.

### جدول ۳: تحلیل واریانس نمرات گروه‌ها

سطح معناداری	df فرضیه	df خطا	آماره F	ارزش	آزمون
۰/۰۰۰	۱۳۶	۳	۴۸/۹۸۶	۱/۰۰۰	اثر پیلاپی
۰/۰۰۰	۱۳۶	۳	۴۸/۹۸۶	۰/۰۰۰	لامبدای ویلکز
۰/۰۰۰	۱۳۶	۳	۴۸/۹۸۶	۱/۰۸۱	اثر هتلینگ
۰/۰۰۰	۱۳۶	۳	۴۸/۹۸۶	۱/۰۸۱	بزرگ‌ترین ریشه روی

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد فرزندخواندگی در زنان مجرد، با ۹۵ درصد اطمینان، اثر معناداری بر اضطراب، کیفیت زندگی و احساس تنهایی در آنها دارد. برای بررسی اثر فرزندخواندگی بر متغیرهای پژوهش در زنان مجرد از تحلیل واریانس چند متغیره در جدول ۴ استفاده شده است.

### جدول ۴: تحلیل واریانس اضطراب، کیفیت زندگی و احساس تنهایی زنان مجرد با و بدون فرزندخوانده

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مربعات SS	درجه آزادی df	میانگین مربعات MS	مقدار F	سطح معناداری P	مجذور اتا $\eta^2$
گروه	اضطراب	۴۵۰/۰۰۷	۱	۴۵۰/۰۰۷	۲۴/۲۸۳	۰/۰۰۰	۰/۱۵۰
	کیفیت زندگی	۲۴۳۶/۱۱۴	۱	۲۴۳۶/۱۱۴	۹۳/۰۸۹	۰/۰۰۰	۰/۴۰۳
	احساس تنهایی	۱۶۵۶۸/۰۶۴	۱	۹۳/۰۸۹	۱۱۸/۶۳۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶۲
خطا	اضطراب	۲۵۵۷/۳۸۶	۱۳۸	۲۶/۱۷۰			
	کیفیت زندگی	۳۶۱۱/۴۲۹	۱۳۸	۱۸/۵۳۲			

احساس تنهایی	۱۳۸	۱۳۹/۶۶۲
کل تصحیح شده	۱۳۹	۳۰۰۷/۳۹۳
کیفیت زندگی	۱۳۹	۶۰۴۷/۵۴۳
احساس تنهایی	۱۳۹	۳۵۸۴۱/۳۹۳

نتایج حاصل از این آزمون [WILK'S Lambda= ۰/۴۸۱, F=۴۸/۹۹, P< ۰/۰۰۰] حاکی از این است که حداقل بین یکی از متغیرهای اضطراب، کیفیت زندگی و احساس تنهایی زنان مجرد با فرزندخوانده و بدون فرزندخوانده تفاوت معنی داری وجود دارد. میزان این تفاوت بنا بر میزان مجذور اتا به ترتیب برای اضطراب، کیفیت زندگی و احساس تنهایی برابر است با ۱۵ درصد، ۴۰ درصد و ۴۶ درصد. همچنین می‌توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی در زنان مجرد با فرزندخوانده دارای میانگین بیشتر، اضطراب در زنان مجرد با فرزندخوانده دارای میانگین کمتر و احساس تنهایی در زنان مجرد با فرزندخوانده دارای میانگین بیشتری می‌باشد.

#### بحث و نتیجه گیری:

هدف متخصصان بالینی در قرن اخیر، یاری رساندن به دیگران جهت غلبه یافتن بر دردها و رنج‌هایشان بود. اگرچه این هدف درخور تحسین است، اما برطرف کردن رنج و درد کافی نیست. لی بیان می‌کند، به مراجعان باید کمک کرد تا توانمندی‌های خود را نشان داده و نقاط قوت جدید خود را کشف کنند و بر احساسات ناخوشایند و افکار اضطراب‌آور خود غلبه کنند و زمینه آرامش فردی خود را تسهیل نمایند [۲۴]. اقدام برای کاهش اضطراب نمایانگر علاقه و توجه فرد به رشد و تغییر در زندگی شخصی خودش می‌باشد. طبق نتایج یافته‌ها، اضطراب در زنان مجرد بدون فرزندخوانده بیشتر از زنان مجرد با فرزندخوانده بود. امروزه زنان مجرد استقلال بیشتری دارند، از آزادی عمل بیشتری برخوردارند، از لحاظ مالی رشد یافته ترند و استنفک مالی بیشتری دارند، ممکن است بیشترین دغدغه‌های آنها ازدواج و پیدا کردن شریک زندگی مناسب باشد، زنان مجرد شریک زندگی دائمی ندارند که آنها را در مسیر رشد و تعالی یاری کند و در نهایت اینکه با انگیزه و پشتکار بیشتری بتوانند به مسیر زندگی خود شکل دهند بنابراین فرزندپذیری راهی برای کاهش اضطراب و تفکر منفی از تنهایی برای زنان مجرد می‌باشد [۲۵]. همسو با نتایج پژوهش‌های ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۱)، بوتلینسکی و پینکورات (۲۰۲۳) و هوکسبرگن (۲۰۱۸)، بدیهی است که زنان مجرد با فرزندپذیری می‌توانند تا حدودی همانند زنان متأهل طبق هرم نیازهای مزلو، نیازهای فیزیولوژیک (بجز نیاز جنسی)، ایمنی، عشق و تعلق را که در زنان مجرد بدون فرزندخوانده تامین نشده است را طی کنند و در نهایت بتوانند به مرحله چهارم و پنجم که نیاز به عزت نفس و نیاز به خودشکوفایی است دست یابند [۲۶].

احساس تنهایی پاسخی پیچیده و عمدتاً ناخوشایند به انزوا یا کمبود هم‌صحبتی است که شامل احساس اضطراب از کمبود ارتباط و اشتراک با دیگران است و می‌تواند حاصل عوامل مختلفی چون عوامل اجتماعی، ذهنی و احساسی باشد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که زنان مجرد با فرزندخوانده تنهایی رمانتیک بیشتری نسبت به زنان مجرد بدون فرزندخوانده دارند. پرواضح است که زنان مجرد بدون فرزندخوانده به دلیل نداشتن تعهد فرزندپروری می‌توانند روابط عاطفی آزادتری با جنس مخالف داشته



باشند در صورتی که زنان مجرد با فرزندخوانده از تجربه عمیق چنین احساسی محروم‌اند. بنظر می‌رسد نتایج تنهایی خانوادگی و اجتماعی معنادار زنان مجرد با فرزندخوانده حاکی از این است که هنوز بسیاری از خانواده‌ها بدلیل مسائل فرهنگی و اجتماعی نمی‌توانند بپذیرند دختر مجرد آنها بدون داشتن همسر مبادرت به فرزندپذیری کند، چرا که در بیشتر مواقع به دلیل عدم آگاهی افراد جامعه از قانون فرزندپذیری زنان مجرد، نمی‌توانند به راحتی حضور کودکی را به ناگهان در خانواده توجیه کنند؛ همچنین دلیل مهم دیگر تعارضات میان خانواده و زنان مجرد فرزندپذیر این است که غالباً آنها مبادرت به انتخاب زندگی و خانه مستقل می‌کنند که این هم دلیلی برای عدم پذیرش خانواده از مقوله فرزندخواندگی می‌باشد. یافته حاصل با پژوهش‌های میدان میری (۱۴۰۰)، سوالسکی (۲۰۲۴) و آشر و وزنر (۲۰۲۲) همسو بود.

کاهانی و همکاران بیان کردند، داشتن یک زندگی با کیفیت مطلوب همواره آرزوی انسان بوده است و در طول سالیان متمادی، یافتن مفهوم زندگی خوب و چگونگی دستیابی به آن فکر و ذهن او را به خود مشغول کرده است [۲۷]. زنان مجرد با فرزندخوانده با مبادرت به فرزندپذیری و تعهد در قبال زندگی فرزند یک سری مسئولیت‌ها به صورت خودکار به آنها محول می‌گردد که این مسئولیت‌ها می‌تواند از لحاظ جسمانی آنها را دچار فرسودگی نماید و سلامت آنها را تحت تأثیر قرار دهد. اما دختران مجرد به دلیل اینکه در خانه پدری زندگی می‌کنند و مسئولیت‌های کمی بر دوش آنهاست دچار انحطاط قوای جسمانی نمی‌گردند. همچنین بدیهی است که زنان مجرد بدون فرزندخوانده نسبت به زنان مجرد با فرزندخوانده که بیشتر وقت و انرژی خود را صرف فرزندپروری، خانه داری و شغل بیرون از خانه می‌نمایند از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند چون زمان بیشتری را صرف رسیدگی به سلامتی، ورزش و تفریح می‌کنند [۲۸].

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که میانگین اضطراب پنهان و آشکار در زنان مجرد دارای فرزندخوانده کمتر، میانگین احساس تنهایی رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی در زنان مجرد با فرزندخوانده بطور معناداری بیشتر و در متغیر کیفیت زندگی میانگین مؤلفه سلامت عمومی در زنان مجرد دارای فرزندخوانده کمتر بود.

**محدودیت پژوهش:** مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر این است که این مطالعه در فاصله زمانی کوتاهی از حضانت اجرا شده است، که این امر می‌تواند بر تصمیم‌گیری در خصوص نتایج در شرایط بلند مدت تأثیر بگذارد، همچنین می‌توان به ویژگی‌های فردی، خصوصیات روحی و روانی، تفاوت‌های زندگی، فرهنگی و اجتماعی نمونه‌های مورد پژوهش که بر پاسخگویی به پرسش‌ها بر نتایج پژوهش تأثیر گذار بود، اشاره نمود که پژوهشگر سعی کرده با همگن سازی اثر این عوامل را کاهش دهد. محدودیت انتخاب فقط زنان در پژوهش را باید در نظر گرفت و خاطر نشان کرد قانون فرزندپذیری برای مردان مجرد و افراد تراجنسی را هم باید مورد پژوهش جداگانه قرار داد چون پژوهش حاضر قادر به تعمیم این دو گروه نیست. با وجود محدودیت‌ها و بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود دوره‌های کارگاهی و آموزشی مهارت خودآگاهی و فرزندپذیری برای زنان مجرد فرزندپذیر در جهت افزایش آمادگی آنها با مشکلات پیش رو برگزار گردد. همچنین کمیته‌های مختلف فرهنگی-اجتماعی، همایش‌ها و کنفرانس‌های متعدد با هدف بررسی نیازهای زنان مجرد با فرزندخوانده و زنان مجرد بدون فرزندخوانده در شهرهای مختلف در جهت افزایش کیفیت زندگی زنان فرزندپذیر از طرف نهادهای آکادمیک و ارگان‌های اجتماعی تشکیل گردد و در جهت تغییر ایماژ اجتماعی و فرهنگی نسبت به فرزندپذیری زنان و دختران مجرد تلاش شود تا فشار اجتماعی از روی دوش متقاضیان فرزندپذیری برداشته شود.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله، پژوهشگران نهایت سپاس و قدردانی خود را از مسئولان و مددکاران اداره کل بهزیستی استان تهران و شرکت کنندگان در پژوهش ابراز می‌دارند.

**تضاد منافع:** هیچگونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

**سهام نویسندگان:** تمامی نویسندگان امور مربوط به مقاله و پیگیری‌های آن را بر عهده داشته‌اند.

**ملاحظات اخلاقی:** این طرح در کمیته اخلاق پژوهش دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد کرج تأیید شد و با شناسه IR.IAU.K.REC.1402.021 به ثبت رسید. برای رعایت استانداردهای اخلاقی، با توضیح اهداف پژوهش، به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که مشخصات و اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند.

**حمایت مالی:** هزینه‌های انجام پژوهش به عهده نویسندگان بود.

## References

1. Alemu A. Dendir G. Gonfa A. Sisay Y. Tadesse T. Abebe A. Health-related quality of life and associated factors among adult patients with epilepsy in public hospitals of Wolaita zone, southern Ethiopia. An embedded mixed method study *Epilepsy and Behavior*. 2024; 145. <https://doi.org/10.3390/challe15010002>
2. Asgarizadeh Z. Giford R. Colborne L. Predicting climate change anxiety. *Biological Psychiatry*, 2023; 90(6): 102-208. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2023.102087>
3. Bamidele J. Abiodun O. Sodeinde K. Daniel K. Quality of life among tuberculosis patients on treatment in Southwest Nigeria. *Indian Journal of Tuberculosis*, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2023.04.009>
4. Gonzalez C A. Tosin M. Goets C G. The plight of loneliness in Parkinson's diseases: new opportunities. *Parkinsonism & Related Disorders*, 2022; 105(11): 145-148. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2022.10.029>
5. Stewart S. Graham A.A. Poss J.W. Examining the mental health indicators and service needs of children living with foster families. *Children and Youth Services Review*. 2023; 147(4): 101-187. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106833>
6. Lee K. Effects of formal center based care and positive parenting practices on children in foster care. *Child Abuse & Neglect*, 2023; 142(1): 203-285. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105946>
7. Nadorff D.K. Scott R.K. Griffin R. Custodial grandchildren and foster children: A school performance comparison. *Children and Youth Services Review*. 2021; 131(6): 268-405. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106253>
8. Pellegrina A. Sabbagh C. Berdah S. Menahem B. Quality of life after sigmoid diverticulitis. *Journal of Visceral Surgery*. 2023; 160(4): 269-276. <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2023.06.003>
9. Platt C. Gephart S.M. Faan F. Placement Disruption of children with disabilities in foster care. *J of Pediatric Nursing*. 2022; 44(4): 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.05.004>

10. Bas-Hoogendam J. Subcortical brain volumes in social anxiety disorder: An enigma anxiety international mega-analysis of 37 samples. *Biological Psychiatry*. 2023; 93(9): 85-86 <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2023.02.222>
11. Butlinski A. Pinqrqt M. Rates and predicators of depression in adoptive mothers: moving toward theory. *Nursing & the environment sci*. 2023; 35(1): 51-63. DOI: 10.1097/ANS.0b013e318244553e
12. Krygsman A. Anxiety symptoms before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal examination of Canadian young adults. *Journal of Anxiety Disorders*. 2024; 14(99): 124-136. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102769>
13. Brown L. White L.K. Balderston N.L. Role of the intraparietal sulcus in anxiety related disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2023; 23(4): <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100385>
14. Chen Z. Song X. Lee T. Zhang R. The robust reciprocal relationship between loneliness and depressive symptoms among the general population: Evidence from a quantitative analysis of 37 studies. *Journal of Affective Disorders*, 2024; 343: 119-128. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.035>
15. Chiplunkar G. Weaver J. Marriage markets and the rise of dowry in India. *Journal of Development Economics*, 2023; 164(10), 60-72. [doi.org/10.1016/j.jdeveco.2023.103115](https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2023.103115)
16. Holmberg R. Langballe E.M. Hansen T. Time trends in loneliness from 1948 to 2019 among 27,032 older adults in Norway. *Preventive Medicine*. 2023; 175(6): 107-167. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107659>
17. Kasparian N.A., Kovacs A.H. Quality of Life and Other Patient-Reported Outcomes Across the Life Span Among People With Fontan Palliation. *Canadian Journal of Cardiology*, 2023; 38(7): 963-976. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2022.04.025>
18. Rahman W. Stefan S. Ahmed A. Siddiqi M. Malek R. The effects of calcitonin on quality of life in hypothyroid patient's a pilot study. *Endocrine and Metabolic Science*, 2023; 11(4): 100-125. <https://doi.org/10.1016/j.endmts.2023.100125>
19. Potluka O. Why and how to use the quality of life as an evaluation criterion? *Evaluation and Program Planning*, 2023; 100(11): 234-262. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan>.
20. Chang E.C. Yang H. Personal and family growth initiative as predictors of study engagement in Chinese and American college students: Is there any evidence for group differences. *Journal Personality and Individual Differences*. 2021; 102: 186-189. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.07.004>
21. Lutomski J. Hoekstra T. van den Akker M. Blom J. Marengoni A. Multi morbidity patterns in older persons and their association with self-reported quality of life and limitations in activities of daily living. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2023; 115. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105134>

22. Miranda P. Rejano J. Tristancho A. Holgado M. Comparative effect of different patient education modalities on quality of life in breast cancer survivors: A systematic review and network meta-analysis. *European J Oncology Nursing*. 2024; 67, <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102411>
23. Othman E.H. Alosta M. Abu-Snieneh H.M. Zeilani R. Shamoun S.A. The effect of burdensome symptoms and functional status on quality of life among older patients with cancer: A correlational study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102434>
24. Kasparian N.A. Kovacs A.H. Quality of Life and Other Patient-Reported Outcomes across the Life Span among People with Fontan Palliation. *Canadian Journal of Cardiology*. 2023; 38(7): 963-976. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2022.04.025>
25. Mund M. Yang J. Qualter P. Loneliness in action: behavioral correlates of loneliness in friendship interactions. *Current Research in Behavioral Sciences*. 2023; 112(5): 100-135, <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2023.100135>
26. Sattler K.M.P. Herd T. Fonts A. Foster care, kinship care, and the transition to adulthood: do child welfare system processes explain differences in outcomes? *Children and Youth Services Review*. 2023; 153(1): 70-98. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107098>
27. Dagostin Ferraz S. Rodrigues A.C. Rodrigues Uggioni M.L. Assessment of anxiety, depression and somatization in women with vulvodynia: A systematic review and META-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.025>
28. Clayton S. Karazsia B. T. Development and validation of a measure of climate change anxiety. *Journal of Environmental Psychology*. 2020; 69: 101-103. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101434>