

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

پریناز باباخانی

گروه روانشناسی بالینی دانشکده علوم پزشکی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

دکتر ناصر صبحی قراملکی

دانشیار روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی، ایران، تهران

چکیده

سابقه و هدف: امروزه جامعه پزشکی ایران، شاهد آسیب‌های روان‌شناختی بسیاری در دو جمعیت مهم زنان و دختران مجرد و کودکان بی‌سرپرست کشور می‌باشد؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اضطراب، احساس تنهایی و کیفیت زندگی زنان مجرد با فرزندخوانده و بدون فرزندخوانده بود.

مواد و روش‌ها: در مطالعه توصیفی، علی-مقایسه‌ای حاضر، تعداد 140 نفر (70 نفر زن مجرد با فرزندخوانده و 70 نفر زن مجرد بدون فرزندخوانده) که به اداره بهزیستی استان تهران مراجعه کردند و دارای معیارهای ورود بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های احساس تنهایی (دی توماسو، برانن و بست، 2004) و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 (1992) و پرسشنامه اضطراب کتل (1957) بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون‌های مفروضه‌های آماری و تحلیل واریانس چندمتغیره آنالیز شدند.

یافته‌ها: به ترتیب بین دو گروه و مؤلفه‌های 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.

نتیجه‌گیری: 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 فرزندخوانده و مداخله جهت رفع مشکلات ناشی از سلامت عمومی و احساس تنهایی در زنان مجرد با فرزندخوانده می‌باشد.

کلیدواژه: اضطراب، احساس تنهایی، کیفیت زندگی، زنان مجرد با فرزندخوانده، زنان مجرد بدون فرزندخوانده

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^۱، احساس تنهایی^۲ و اضطراب^۳ 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 (نجفی مهر و همکاران، 2021). 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 راه‌حل‌های کاربردی برای حل دو مشکل مجرد قطعی و کودکان بی‌سرپرست، پذیرش حضانت فرزند^۴ برای زنان مجرد است (غلامی و همکاران، 2021). بر اساس آخرین گزارش روابط عمومی و بین‌الملل سازمان بهزیستی کشور و سرشماری در سال 1397، تعداد 25 هزار کودک بی‌سرپرست و بدسرپرست در مراکز بهزیستی کشور نگهداری می‌شوند و همچنین 10 هزار کودک در مراکز شبه خانواده بهزیستی تحت پوشش هستند و 157396 دختر و زن مجرد 30 تا 50 ساله در استان تهران وجود دارند. تحت این شرایط است که قانون جدید فرزندخواندگی در سال 1392 در قالب 36 ماده و 17 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 30 سال نباشد می‌تواند یک دختر 7 ساله به عنوان فرزندخوانده داشته باشد (نفریه، 2018). 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 (فرخی، 2018) و (Stewart et al, 2023). 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 (Lee, 2023). مادران مجرد فرزندپذیر در تجربه فرزندپذیری و ساخت هویت مادرانه خود، چهار فرآیند: 1) بازیابی خود 2) آمادگی 3) کسب هویت مادرانه 4) رشد و تقویت هویت مادری را طی می‌کنند، که مشابه با فرایند فرزندآوری و ساخت هویت در مادران زیستی است (Nadorff et al, 2021). 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 (پرادر و همکاران، 2021). 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، هر روز جامعه باید شاهد افزایش آمار اعتیاد، بزهکاری، بی‌بند و باری، بداخلاقی، پرخاشگری و شیوع انواع بیماری‌های جسمی و روحی

¹ quality of life

² lone liness

³ anxiety

⁴ foster child

در بین جوانان باشد (Platt et al,2024). اضطراب یک خلق منفی است که با نشانه‌های بدنی مانند تنش جسمانی و ترس در مورد آینده شناخته می‌شود (Bas-Hoogendam,2023). 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 (Butlinski and Pinqrqt,2023) و (Krygsman,2024) و (Brown et al,2023). اختلال اضطرابی با شیوعی به میزان 5-27 درصد در جمعیت عمومی، شایعترین اختلال روان‌شناختی در دوران زندگی فرد می‌باشد (Sadock et al,2015). 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 (Alaguraja and Yoga,2020) و (Holmberg et al,2023).

کیفیت زندگی به عنوان یکی از مهمترین شاخص‌های بهزیستی روانی و رفاه اجتماعی و دستاوردهای مهم توسعه بشمار می‌رود (Koohnavard and Faghirpour,2021). 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 (Rahman et al,2023) و (Potluka,2023). در مطالعه نوولیس⁵ و همکاران (2023)، کیفیت زندگی زنان مجرد تنها مورد مطالعه مطلوب نبوده و کمترین میانگین نمره مربوط به جنبه‌های روانی و محیطی بوده است (Chang and Yang,2021). همچنین در مطالعه خطوب⁶ و همکاران (2023)، پس از بررسی گسترده وضعیت زندگی زنان مجرد 35 تا 45 ساله در 14 کشور آمریکای لاتین، ضمن اعلام نگرانی از شرایط این گروه، بر استفاده از استراتژی‌های توانمندسازی این افراد توسط نهادها و اتحادیه‌های مرتبط تأکید داشتند (Lutomski et al,2023). 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 30 سال با و بدون فرزند خوانده انجام شد (Miranda et al,2024) و (Othman et al,2024).

روش تحقیق

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مجرد بالای 30 سال دارای فرزند خوانده (که از سال 1397 تا 1398 اقدام به حضانت فرزند کردند) و بدون فرزند خوانده استان تهران بود که دارای معیارهای ورود بودند و تعداد آنها 140 نفر (70 نفر دارای فرزندخوانده و 70 نفر بدون فرزندخوانده) بود.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: زنان مجرد دارای بازه سنی 35 تا 50 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 جمع آوری داده‌های پژوهش پس از انجام هماهنگی‌های لازم با افراد و جلب رضایت آنها برای شرکت در پژوهش، اقدام به توزیع پرسشنامه‌های اضطراب کتل و احساس تنهایی و کیفیت زندگی SF-36 شد. در ابتدای پرسشنامه اصول اخلاقی

⁵ Novellis,S.

⁶ Khatoob,S.

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.

پرسشنامه اضطراب کتل

این پرسشنامه توسط ریموند برنارد کتل در سال (1957) تدوین گردیده و امروزه کاربردهای پژوهشی و تشخیصی فراوانی دارد. 20 سؤال از این تست برای اضطراب پنهان و 20 سؤال مربوط به اضطراب آشکار فرد است. این تست دارای یک نمره کلی اضطراب و وضعیت فرد در پنج حالت می باشد؛ ناپایداری هیجانی، بی اعتمادی، تضاد با اضطراب، اطمینان به خود، مهار اراده و پایداری خلق و خو، تنش عصبی. این پرسشنامه در حیطه تستهای عینی جای می گیرد و دارای اعتبار است. همچنین دارای نرم (هنجار) است که می تواند در تفسیر نمرات، آزمونگر را یاری دهد. ضریب اعتبار این پرسشنامه را 0/72 گزارش داده اند. این پرسشنامه به طور دقیق می تواند جنبه های فیزیولوژیک اضطراب را بر طبق عوارض مشهود آن اندازه گیری کند. این پرسشنامه از آغاز سال 1367 با همکاری گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است.

پرسشنامه احساس تنهایی

پرسشنامه احساس تنهایی توسط دی توماسو، برانن و بست در سال 2004، ساخته شد. این پرسشنامه دارای 14 سؤال بوده و هدف آن بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی افراد (تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی، تنهایی اجتماعی) می باشد. شیوه نمره دهی به صورت 5 گزینه ای به صورت کاملاً مخالفم (1)، مخالفم (2)، نظری ندارم (3)، موافقم (4)، کاملاً موافقم (5) می باشد. البته این شیوه نمره گذاری در مورد سؤال 14 معکوس می باشد. این پرسشنامه دارای سه بعد سؤالات تنهایی رمانتیک 8، 10، 6، 3، سؤالات تنهایی خانوادگی 1، 13، 12، 9، 5؛ و سؤالات تنهایی اجتماعی 14، 11، 7، 4، 2 می باشد. پایایی این آزمون در نسخه جدید تجدید نظر شده 0/78 گزارش شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش سسین (2007) از طریق روش آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس های احساس تنهایی رمانتیک، اجتماعی و خانوادگی به ترتیب برابر با 0/87، 0/79 و 0/81 بود. روایی و پایایی این پرسشنامه برای مؤلفه تنهایی رمانتیک 0/92، تنهایی خانوادگی 0/84 و تنهایی اجتماعی 0/78 بدست آمده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36

فرم 36 عبارتی توسط وارو شربون (1992) در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروه های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می شوند، 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 حیطه های هشت گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می آید و هر زیرمقیاس متشکل از 2 الی 10 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 100 متغیر است که صفر بدترین و 100 بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می کند. آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی و آزمون روایی با استفاده از روش مقایسه گروه های شناخته شده و روایی همگرایی مورد ارزیابی قرار گرفت. همخوانی داخلی نشان داد که به جز مقیاس نشاط سایر مقیاس های گونه فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده 0/77 تا 0/9 برخوردارند. آزمون آماری مقایسه گروه های شناخته شده نشان داد که گونه فارسی SF-36 قادر به افتراق زیر گروه های جمعیتی به تفکیک جنس و سن است. آزمون روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه گیری با استفاده از همبستگی هر

سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست آورده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده 0/4 به دست آمد. آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به دست آورد که 0/95 درصد پراکندگی میان مقیاس های پرسشنامه را توجیه می نمود. در مجموع نتایج نشان داد که گونه فارسی این پرسشنامه به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است.

یافته ها

در جدول 1 فراوانی و درصد اطلاعات دموگرافیک زنان مجرد با و بدون فرزندخوانده طبق معیارهای سازمان بهزیستی کشور نشان داده شده است.

جدول 1: مشخصات دموگرافیک دو گروه

بدون فرزندخوانده		بافرزندخوانده		سن
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
30	21	14/3	10	35-45
70	49	85/7	60	46-50
100	70	100	70	کل
تحصیلات				
24/3	17	18/6	13	کارشناسی
60	42	70/00	49	کارشناسی ارشد
15/7	11	11/4	8	دکتری
100	70	100	70	کل
درآمد ماهیانه				
41/4	29	24/3	17	تا 12 میلیون تومان
58/6	41	57/7	53	بالاتر از 12 میلیون تومان
100	70	100	70	کل

در جدول 2 داده های توصیفی بین دو گروه، میانگین اضطراب و مؤلفه های آن در زنان مجرد با فرزندخوانده کمتر می باشد، میانگین عملکرد جسمانی، خستگی یا نشاط و سلامت عاطفی در زنان با فرزندخوانده بالاتر و میانگین مؤلفه درد در زنان بدون فرزند خوانده بالاتر می باشد. مؤلفه های محدودیت های ایفای نقش سلامت جسمانی و سلامت عمومی در زنان با فرزندخوانده پایین تر ، محدودیت های ایفای نقش هیجانی در هر دو گروه تقریباً برابر می باشد. تنهایی رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی در زنان مجرد با فرزندخوانده بالاتر خوانده می باشد.

جدول 2: میانگین و انحراف استاندارد دو گروه

متغیر	مؤلفه	گروه	تعداد	حد اقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	اضطراب کل	با فرزندخوانده	70	70	86	77/60	3/75

5/06	81/18	97	73	70	بدون فرزندخوانده		
2/52	39/11	44	33	70	با فرزندخوانده	اضطراب	
2/7	42/12	49	37	70	بدون فرزندخوانده	پنهان	
2/43	38/48	45	33	70	با فرزندخوانده	اضطراب	
3/77	60/44	74	54	70	بدون فرزندخوانده	آشکار	
24/57	22/28	30	10	70	با فرزندخوانده	عملکرد	
7/55	8/54	30	30	70	بدون فرزندخوانده	جسمانی	
1/82	6/85	8	4	70	با فرزندخوانده	محدودیت	
1/20	7/60	8	4	70	بدون فرزندخوانده	ایفای نقش جسمانی	
1/36	5/64	6	3	70	با فرزندخوانده	محدودیت هیجانی	
0/90	5/70	6	3	70	بدون فرزندخوانده		
3/15	12/28	20	8	70	با فرزندخوانده	خستگی یا نشاط	
2/35	11/08	17	7	70	بدون فرزندخوانده		
2/35	21/07	26	17	70	با فرزندخوانده	کیفیت زندگی	
1/16	15/31	20	12	70	بدون فرزندخوانده	سلامت عاطفی	
0/8	22/28	52	52	70	با فرزندخوانده		
0/00	21/00	30	10	70	بدون فرزندخوانده	عملکرد اجتماعی	
1/99	2/74	10	2	70	با فرزندخوانده	درد	
0/81	5/82	8	5	70	بدون فرزندخوانده		
2/52	19/11	86	70	70	با فرزندخوانده	سلامت عمومی	
2/32	23/57	18	10	70	بدون فرزندخوانده		
2/24	17/62	20	13	70	با فرزندخوانده	تنهایی رمانتیک	
5/06	10/41	16	4	70	بدون فرزندخوانده		
2/49	22/75	25	16	70	با فرزندخوانده	احساس تنهایی خانوادگی	
6/08	12/68	20	5	70	بدون فرزندخوانده		
2/35	18/88	24	14	70	با فرزندخوانده	تنهایی اجتماعی	
4/76	14/41	22	7	70	بدون فرزندخوانده		

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

جدول 3: تحلیل واریانس نمرات گروه‌ها

آزمون	ارزش	آماره F	df خطا	df فرضیه	سطح معناداری
اثر پیلایی	0/519	48/986	3	136	0/000
لامبدای ویلکز	0/106	48/986	3	136	0/000
اثر هتلینگ	8/415	48/986	3	136	0/000
بزرگ ترین ریشه روی	8/415	4/986	3	136	0/000

نتایج جدول 3 نشان می‌دهد فرزندخواندگی در زنان مجرد، با 95 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 4 استفاده شده است.

جدول 4: 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 η^2
گروه	اضطراب	450/007	1	450/007	24/283	0/000	0/150
	کیفیت زندگی	2436/114	1	2436/114	93/089	0/000	0/403
	احساس تنهای	16568/064	1	93/089	118/630	0/000	0/462
خطا	اضطراب	2557/386	138	26/170			
	کیفیت زندگی	3611/429	138	18/532			
	احساس تنهای	19273/329	138	139/662			
کل تصحیح شده	اضطراب	3007/393	139				
	کیفیت زندگی	6047/543	139				

نتایج حاصل از این آزمون [WILK'S Lambda= 0/481, F=48/99, P< 0/000] 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 15 درصد، 40 درصد و 46 درصد. همچنین می توان 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 فرزند خوانده دارای میانگین بیشتری می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف متخصصان بالینی در قرن اخیر، یاری رساندن به دیگران جهت غلبه یافتن بر دردها و رنج هایشان بود. اگرچه این هدف درخور تحسین است، اما برطرف کردن رنج و درد کافی نیست. لی (2022) بیان می کند، به مراجعان باید کمک کرد تا توانمندی های خود را نشان داده و نقاط قوت جدید خود را کشف کنند و بر احساسات ناخوشایند و افکار اضطراب آور خود غلبه کنند و زمینه آرامش فردی خود را تسهیل نمایند (Kasparian and Kovacs, 2023). اقدام برای کاهش اضطراب نمایانگر علاقه و توجه فرد به رشد و تغییر در زندگی شخصی خودش می باشد. طبق نتایج یافته ها، 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 رشدیافته ترند و استنفکاف مالی بیشتری دارند، ممکن است بیشترین دغدغه های 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 می باشد (Mund et al, 2023). همسو با نتایج پژوهش های ابراهیمی و همکاران (1401)، بوتلینسکی و پینکورات (2023) و هوکسبرگ (2018)، بدیهی است که زنان مجرد با فرزندپذیری می توانند 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 (Sattler et al, 2023).

احساس تنهایی پاسخی پیچیده و عمدتاً ناخوشایند به انزوا یا کمبود هم صحبتی است که شامل احساس اضطراب از کمبود ارتباط و اشتراک با دیگران است و می تواند حاصل عوامل مختلفی چون عوامل اجتماعی، ذهنی و احساسی باشد. یافته های 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 می توانند روابط عاطفی آزادتری با جنس مخالف داشته باشند در صورتی که زنان مجرد با فرزندخوانده از تجربه عمیق چنین احساسی محروم اند. بنظر می رسد نتایج تنهایی خانوادگی و اجتماعی معنادار زنان مجرد با فرزندخوانده حاکی از این است که هنوز بسیاری از خانواده ها بدلیل مسائل فرهنگی و اجتماعی نمی توانند 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، نمی توانند 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 (1400)، سوالسکی (2024) و آشر و وزنر (2022) همسو بود.

کاهانی و همکاران (1401) 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 (Dagostin Ferraz et al, 2024). 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 (Clayton and Karazsia, 2020).

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.

-پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از متغیرهای روانشناختی دیگری در جهت بررسی مشکلات زنان مجرد فرزندپذیر استفاده شود.

-پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از اثربخشی مداخلات درمانی برای رفع مشکلات احتمالی زنان مجرد فرزندپذیر استفاده شود.

-پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی جهت افزایش تعمیم نتایج حوزه پژوهش گسترده‌تر گردد.

-پیشنهاد می‌شود رابطه احساس تنهایی با متغیرهای مختلف آسیب شناختی روانی مثل افسردگی و متغیرهای بیانگر سلامت روان از جمله هوش هیجانی در زنان مجرد فرزندپذیر مورد پژوهش قرار گیرد.

-با توجه به اینکه شرکت کنندگان پژوهش حاضر را زنان مجرد فرزندپذیر تشکیل می‌دادند، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تجربه‌ی مردان مجرد فرزندپذیر از پدیده‌ی فرزندخواندگی مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان یافته‌های زنان و مردان را در کنار یکدیگر قرار داد.

-یافته‌های پژوهش حاضر منجر به کشف برخی ویژگی‌های شخصیتی در زنان مجرد فرزندپذیر شد، اما با توجه به عدم استفاده از پرسشنامه‌های شخصیتی امکان بررسی دقیق این ویژگی‌ها میسر نشد. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی برای ارزیابی دقیق ویژگی‌های شخصیتی زنان مجرد فرزندپذیر انجام شود.

-با توجه به کمبود یافته‌های نظام‌مند در خصوص فرزندخواندگی در ایران، پیشنهاد می‌شود تجربه‌ی زیسته فرزندخواندگان از ورود به خانواده‌ی جدید تک والدی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

References

1. Najafi Mehr, M And Taqvai, D. Salari Far, M.(2021). Comparison of general health and psychological well-being of female guardians with and without temporary marriage. *Islamic Studies and Psychology*. (8)15: 65-86.
2. Gholami, M. And Amir Mazaheri, Mi. And Haghighatian, M.(2021). Phenomenology of the lived experience of unmarried girls Over 30 years of adoption lifestyle. *Islamic lifestyle based on health*. (3)5: 42-86.
3. Nafarieh, M.(2018). Legal facilities for accepting adoption. (1): 9.
4. Farrokhi, A.(2018). A comparison of the feeling of loneliness of the helping and non-helping employees of the welfare organization. Master's thesis. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Al-Zahra University.
5. Stewart, S. And Graham, A.A. And Poss, J.W.(2023). Examining the mental health indicators and service needs of children living with foster families. *Children and Youth Services Review*. 147(4): 101-187.
6. Lee, K.(2023). Effects of formal center based care and positive parenting practices on children in foster care. *Child Abuse & Neglect*. 142(1): 203-285.
7. Nadorff, D.K. And Scott R.K. And Griffin, R.Custodial.(2021). grandchildren and foster children: A school performance comparison. *Children and Youth Services Review*. 131(6): 268-405.
8. Pardar, C. And Moradi, Ami. And Ahmadian, H. And Sanai Zaker, B.(2021). The mediating role of self-efficacy in the structural model of family stubbornness based on family flexibility. *Police-social researches of women and family*. (2) 9: 669-694.
9. Platt, C. And Gephart, S.M. And Faan, F.(2022). Placement Disruption of children with disabilities in foster care. *Journal of Pediatric Nursing*. 44(4): 30-35.
10. Bas-Hoogendam, J.(2023). Subcortical brain volumes in social anxiety disorder: An enigma anxiety international mega-analysis of 37 samples. *Biological Psychiatry*. 93(9): 85-86.
11. Butlinski, A. And Pinqrqt, M.(2023). Rates and predicators of depression in adoptive mothers: moving toward theory. *Nursing & the environment sci*. 35(1): 51-63.
12. Krygsman, A.(2024). Anxiety symptoms before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal examination of Canadian young adults. *Journal of Anxiety Disorders*. 14(99): 124-136.
13. Brown, L. And White, L.K. And Balderston, N.L.(2023). Role of the intraparietal sulcus in anxiety related disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 23(4).
14. Sadock, B.J. And Sadock, V.A Ruiz.(2015). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*. (11 th Eds). New York: Walters Kulwer.
15. Alaguraja, K. And Yoga, P.(2020). Effect of Yoga Therapy on BMI Rate among Class I Obese Patient. *Indian journal of public health research & development*. 11(5).
16. Holmberg, R. And Langballe, E.M. And Hansen, T.(2023). Time trends in loneliness from 1948 to 2019 among 27,032 older adults in norway. *Prevertive Medicine*. 175(6): 107-167.
17. Koohnavard, S. And Faghirpour, M.(2021). The relationship between sense of psychological coherence, lifestyle and quality of life of divorced women. Master's thesis, Ahrar Institute of Higher Education, Rasht.
18. Rahman, W. And Stefan, S. And Ahmed, A.(2023). Siddiqi M. Malek R. The effects of calcitonin on quality of life in hypothyroid pationts apilot study. *Endocrine and Metabolic Science*. 11(4): 100-125.
19. Potluka, O.(2023). Why and how to use the quality of life as an evaluation criterion? *Evaluation and Program Planning*. 100(11) : 234-262.
20. Chang, E.C. And Yang, H.(2021). 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*. 102: 186–189.

21. Lutomski, J. And Hoekstra, T. And van den Akker M.(2023). Blom J. Marengoni, A. Multimorbidity 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*. 115.
22. Miranda, P. And Rejano, J. And Trisancho A. And Holgado, M.(2024). Comparative effect of different patient education modalities on quality of life in breast cancer survivors: A systematic review and network meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*. 67.
23. Othman, E.H. And Alost, M. And Abu-Snieneh, H.M. And Zeilani, R. And Shamoun, S.A.(2024). 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*.
24. Kasparian, N.A. And Kovacs, A.H.(2023). Quality of Life and Other Patient-Reported Outcomes Across the Life Span Among People With Fontan Palliation. *Canadian Journal of Cardiology*. 38(7): 963-976.
25. Mund, M. And Yang, J. And Qualter, P.(2023).Loneliness in action: behavioral correlates of loneliness in friendship interactions. *Current Research in Behavioral Sciences*. 112(5): 100-135.
26. Sattler, K.M.P. And Herd, T. And Fonts.A.(2023).Foster care, kinship care, and the transition to adulthood: do child welfare system processes explain differences in out comes? *Children and Youth Services Review*.153(1): 70-98.
27. Dagostin Ferraz, S. And Rodrigues, A.C. And Rodrigues Uggioni, M.L.(2024). Assessment of anxiety, depression and somatization in women with vulvodynia: A systematic review and META-analysis. *Journal of Affective Disorders*.
28. Clayton, S. And Karazsia B. T.(2020). Development and validation of a measure of climate change anxiety. *Journal of Environmental Psychology*. 69: 101-103.

Abstract

Parinaz Babakhani

Department of Psychology, Karaj Branch,
Islamic Azad University, Karaj

Dr. Naser Sobhi Gharamaleki

Associate Professor of Psychology at
Allameh Tabatabai University, Tehran

Background and objectives: Today, the medical community of Iran is witnessing many psychological and physical injuries in two important populations of unmarried women and girls and orphaned and abused children in the country. Therefore, the aim of the present study was to compare anxiety, loneliness and quality of life of single women with adopted children and those without adopted children.

Materials and methods: In this descriptive, causal-comparative study, the number of 140 people (70 single women with adopted children and 70 single women without adopted children) who referred to the welfare department of Tehran province and met the entry criteria, were selected by sampling method in Available and targeted were selected. Data collection tools included loneliness questionnaires (Di Tommaso, Brannen and Best, 2004), quality of life questionnaire SF-36 (1992) and Kettle's anxiety questionnaire (1957). Data were analyzed with SPSS version 26 software and statistical hypothesis tests and multivariate analysis of variance.

Results: respectively between the two groups and their components in anxiety ($F=24.283$, $P=0.000$, $\eta^2=0.150$) and quality of life ($F=93.089$, $P=0.000$, $\eta^2=0.403$) and loneliness ($F=118.630$, $P=0.000$, $\eta^2=0.462$), there is a statistically significant difference ($p < 0.05$). The mean of hidden and overt anxiety in single women with adopted children Less, the average feeling of romantic, family and social loneliness in single women with adopted children was significantly higher and in the quality of life variable, the average general health component was lower in single women with adopted children.

Conclusion: Therefore, it is necessary to implement the adoption program for qualified single women and the need for necessary interventions to prevent and treat anxiety and improve the quality of life of single women without adopted children and to intervene to solve the problems caused by public health and the feeling of loneliness in single women with adopted children.

Keywords: anxiety, loneliness, quality of life, single women with adopted children, single women without adopted children