

## عوامل مرتبط با احساس شادکامی زنان نابارور شهر ایلام

مسعود الماسی<sup>۱\*</sup>

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۱۲

## چکیده

**زمینه و هدف:** در سال‌های اخیر، برآورد شیوع ناباروری در استان ایلام، بیش از برآوردهای انجام گرفته در سال‌های قبل تر بوده است. از آنجایی که ناباروری پدیده‌ای استرس‌زا بوده و علاوه بر جنبه‌های پزشکی، دارای جنبه‌های روانی و اجتماعی می‌باشد، در قلمرو علوم رفتاری و اجتماعی نیز قرار می‌گیرد. بر این اساس پژوهش حاضر در پی آن است به بررسی احساس شادکامی زنان نابارور شهر ایلام و عوامل مرتبط با آن بپردازد.

**روش برر سی:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی بود که با استفاده از طرح همبستگی پیش‌بینی کننده انجام شد. نمونه پژوهش ۱۱۶ نفر از زنان نابارور شهر ایلام است که تابستان و پاییز سال ۱۳۹۵ به پزشکان متخصص زنان و زایمان مراجعه نموده بودند. اطلاعات مورد نیاز به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و به وسیله پرسشنامه جمع‌آوری شد. پرسشنامه مورد نظر از سه بخش تشکیل شده است. در بخش اول سوالات زمینه‌ای؛ در بخش دوم عوامل بالقوه مرتبط، و در بخش سوم متغیر شادکامی سنجش شده‌اند. در این راستا از پرسشنامه استاندارد آلپورت و راس، پرسشنامه میلر، و پرسشنامه شادکامی آکسفورد استفاده شده است. اطلاعات گردآوری شده، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و همچنین تبیین رگرسیونی چند مرحله‌ای در نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد پاسخگویان از میزان شادکامی متوسطی (۷۴/۸۴) برخوردار بوده‌اند و همبستگی بین عوامل مرتبط رضایت از زندگی ( $r=0/606$ )، خودباوری ( $r=0/767$ )، پایداری به اعتقادات ( $r=0/676$ )، مقبولیت اجتماعی ( $r=0/567$ )، هدفمندی ( $r=0/723$ )، امید به آینده ( $r=0/651$ ) و منظم بودن ( $r=0/488$ ) با متغیر احساس شادکامی، مستقیم، و در سطح حداقل ۹۵ درصد معنی‌دار است ( $p<0/05$ ) از سوی دیگر رابطه متغیر احساس از خود بیگانگی ( $r=-0/641$ ) با احساس شادکامی در سطح حداقل ۹۵ درصد معنی‌دار ( $p<0/05$ )، اما معکوس است. همچنین رابطه معنی‌داری بین متغیرهای سازگاری و محرومیت نسبی با متغیر وابسته مشاهده نشد. نتایج تحلیل رگرسیونی گام به گام نشان می‌دهد متغیرهای پایداری به اعتقادات، خودباوری و احساس از خود بیگانگی تقریباً ۷۰ درصد ( $r^2=0/69$ ) از تغییرات متغیر وابسته را تبیین نموده‌اند ( $p<0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به پایین بودن میزان شادکامی زنان نابارور، شایسته است متخصصان زنان و زایمان و کارشناسان مامایی، علاوه بر جنبه‌های درمانی، مسایل روانی و اجتماعی این زنان را نیز مورد توجه قرار دهند.

واژگان کلیدی: شادکامی، زنان نابارور، خودباوری

## مقدمه

به دلیل ویژگی مسری بودن آن، وابستگی فرد را با محیط گسترده می‌کند. از این رو مادامی که افراد احساس شادی کنند، همواره در خدمت به جامعه اهتمام بیشتری می‌ورزند.

شادکامی را می‌توان ارزیابی مثبت فرد از زندگی خود تعریف کرد که به‌عنوان یکی از شاخص‌های اندازه‌گیری رضایت از زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲). دینر<sup>۲</sup> و همکاران شادکامی را ارزشیابی احساسی و شناختی افراد از زندگی خود می‌دانند و اجزای شادی را رضایت از زندگی، وجود خلق و هیجانات مثبت و

احساس شادکامی از ضروری‌ترین خواسته‌های فطری و نیازهای روانی بشر است که به سبب تأثیرات عمده در سالم‌سازی و بهسازی جامعه، همواره ذهن او را به خود مشغول نموده است. این موضوع، اساسی‌ترین بحث انسانی برای تمام نسل‌ها و مرکزی‌ترین محرک اهداف بشری است (۱) که از یک سو انسان را برای زندگی بهتر و بازدهی بیشتر آماده می‌کند و از سوی دیگر

توجه پژوهشگران قرار نگرفته و بجز پژوهش دل‌پیشه و همکاران (۱۸) و الماسی و همکاران (۱۹) پژوهش‌چندانی در این زمینه در استان ایلام انجام نشده است، لذا این مطالعه با هدف بررسی احساس شادکامی و عوامل مرتبط با آن در بین زنان نابارور شهر ایلام صورت گرفته است. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به ارزیابی سیاست‌ها، تدوین استراتژی‌های مدیریت و برنامه‌ریزی برای ارتقای کیفیت زندگی زنان نابارور کمک کرده، و درک و اولویت‌بندی مسایل و مشکلات دخیل در مختل نمودن آن را برای برنامه‌ریزان و مدیران ملی و محلی، تسهیل سازد.

### روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که با استفاده از طرح همبستگی پیش‌بینی‌کننده انجام شده است. نمونه پژوهش ۱۱۶ نفر از زنان متاهل شهر ایلام است که بیش از ۵ سال از ازدواج آنها گذشته، و علیرغم پیگیری‌های فراوان، موفق به بچه‌دار شدن نشده و در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۵ به مطب ۵ پزشک متخصص زنان و زایمان شهر ایلام مراجعه نموده بودند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از توزیع پرسشنامه به شیوه نمونه‌گیری غیر احتمالی و در دسترس در بین نمونه مورد نظر گردآوری شده است. پس از اخذ مجوز از معاونت آموزشی دانشگاه پیام‌نور مرکز ایلام و هماهنگی با پزشکان متخصص، ابتدا هدف از انجام پژوهش برای افراد شرح داده شد، و پس از اخذ رضایت شفاهی از ایشان، درخواست شد که پرسشنامه را تکمیل کنند. با توجه به اینکه افراد مورد نظر از سواد کافی برخوردار بودند، پرسشنامه در بین ایشان به صورت خود اجرا تکمیل گردید که البته در این زمینه تلاش لازم برای افزایش میزان پاسخگویی، کیفیت پاسخگویی و کاهش سوالات بی‌پاسخ انجام شد. با توجه به اینکه بیشتر پاسخگویان از سلامت جسمانی مناسب برخوردار بودند، مشکل چندانی در زمینه تکمیل پرسشنامه‌ها برای پرسشگران ایجاد نشد. فقط در مواردی، بی‌حوصلگی و عدم رغبت پاسخگویان مشاهده شد که با تلاش پرسشگران و توصیه پزشکان، این مشکل نیز رفع شد.

پرسشنامه مورد نظر از سه بخش تشکیل شده است. در بخش اول سوالات زمینه‌ای؛ سن، شغل، محل تولد و سکونت، مدت ازدواج، سطح سواد، سطح درآمد و وضعیت مسکن مورد سوال قرار گرفته است. در بخش دوم عوامل بالقوه مرتبط سنجش شده‌اند. سوالات مندرج در این بخش که به صورت طیف لیکرت (۱ کاملاً مخالفم تا ۵ کاملاً موافقم) طراحی شده‌اند، از رساله‌های کارشناسی ارشد و دکتری داخل کشور و یا از مقالات لاتینی اخذ شده‌اند که توسط اساتید داخلی ترجمه و هنجاریابی شده‌اند. سازگاری (۶ گویه با حداقل نمره کلی ۶ و حداکثر ۳۰)؛ از مقاله ترجمه شده لی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰)، پایبندی به اعتقادات (۸ گویه با

خوشایند، نبود خلق و هیجانات منفی و عوامل دیگری چون: خوش‌بینی، عزت نفس و احساس شکوفایی مطرح می‌کنند. آن‌ها ویژگی‌های افراد شادکام را داشتن دستگاه ایمنی قوی و عمر طولانی‌تر، برخورداری از روابط اجتماعی بهتر و مفیدتر، مقابله موثر با موقعیت‌های سخت و دشوار، خلاقیت و موفقیت بیشتر و گرایش زیادتر جهت کمک به دیگران معرفی می‌کنند (۳). شادکامی افراد در زندگی به عوامل متعددی وابسته است. توجه به تمام این عوامل، در واقع توجه به تمامی ارزش‌ها، خوبی‌ها و شایستگی‌ها است و کسانی که چنین عواملی را بشناسند، خواهند توانست شادتر زندگی کنند.

یکی از مؤلفه‌هایی که بر شادکامی و نشاط زنان تأثیرگذار است، قدرت باروری و ناباروری آنان است. امروزه ناباروری یک بحران پیچیده زندگی است، که از لحاظ روان‌شناختی تهدیدکننده و از لحاظ هیجانی فشارآور است (۴). آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی بوده و ناتوانی در داشتن آن، این احساس را به وجود می‌آورد که فرد کامل نیست. بنابراین اگر تلاش در جهت باردار شدن با شکست مواجه شود می‌تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل گردد (۵). ناباروری به عدم وقوع حاملگی در طی یک سال مقاربت بدون استفاده از روش‌های پیشگیری اطلاق می‌شود (۶ و ۷). این مساله علاوه بر جنبه‌های پزشکی، دارای جنبه‌های روانی و اجتماعی نیز می‌باشد، و در قلمرو علوم رفتاری و اجتماعی نیز قرار می‌گیرد (۸). ناباروری پدیده‌ای استرس‌زا، هیجان‌آور و ناکام‌کننده است. زوج‌های نابارور با تغییر روابط جنسی، تغییر حالات خلقی، نگرانی و احساس تهایی، استرس و ناسازگاری در زندگی زناشویی مواجه می‌شوند (۹-۱۱) لذا در اغلب مطالعات، کیفیت زندگی زنان نابارور، در حیطه روانی-اجتماعی به طور معنی‌داری پایین‌تر از زنان بارور است (۱۲ و ۱۳). در جوامعی که بر اساس هنجارهای فرهنگی آن، به نقش مادر بودن زنان اهمیت داده می‌شود، پیامدهای ناباروری تشدید شده و عوارضی همچون بی‌ثباتی زندگی مشترک، خشونت خانگی، استیگما و انزوا را به دنبال خواهد داشت (۱۴). زن زمانی خود را کامل می‌پندارد که قدرت باروری داشته باشد و بچه‌دار شود. وی موفقیت زیستی، روانی و اجتماعی خود را تا حدود زیادی تابع توانایی خود در به دنیا آوردن فرزند می‌داند و چنانچه فاقد قدرت باروری باشد، احساس عدم کفایت می‌کند (۱۵). مجموعه این عوامل، و نیز فشار اطرافیان برای بچه‌دار شدن، فشار هزینه‌های درمان ناباروری و تفکرات غیرمنطقی نسبت به داشتن فرزند (۱۶ و ۱۷) سلامت و کیفیت زندگی وی را دستخوش تغییر و دگرگونی می‌سازد.

در سال‌های اخیر، برآورد شیوع ناباروری در استان ایلام، بیش از برآوردهای انجام گرفته در سال‌های قبل‌تر بوده است. با این وجود، اثرات ناباروری و پیامدهای آن در زندگی زنان چندان مورد

با ۸۰٪، خرده مقیاس راهبردها، برابر با ۸۸٪ و خرده مقیاس شفافیت، برابر با ۸۴٪ و پایایی بازآزمایی برای نمرات کلی، برابر با ۸۸٪ است)، در رابطه با روایی این مقیاس نیز بررسی‌ها نشانگر روایی سازی و پیش بین مطلوب برای این مقیاس است (۹)، نسخه ای از این پرسشنامه در ایران بررسی شده و آلفای کرونباخ آن برابر با ۹۲٪ گزارش شده است (۱۸)، آلفای کرونباخ شش مؤلفه این مقیاس در این پژوهش، به ترتیب برای عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی برابر با ۶۰٪، ۷۷٪، ۷۷٪، ۶۱٪، ۸۴٪ و ۶۳٪ به دست آمد (۱۸).

پس از کسب مجوز از مسئولین دانشگاه پیام نور و انجام هماهنگی های مورد نیاز و ارائه توضیحات شفاهی به شرکت کنندگان و کسب رضایت آگاهانه آنان پرسشنامه ها طبق دستورالعمل مربوط توزیع شد، پس از بررسی اولیه و حذف تعداد ۳۶ پرسشنامه از فرایند بررسی به دلیل عدم ورود اطلاعات و نقص در پاسخگویی تعداد ۳۰۴ پرسشنامه برای تحلیل داده وارد نرم افزار SPSS همچین از شاخص ها و آزمون های آماری همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و همبستگی کانونی استفاده شد.

جدول (۱): ضریب آلفای کرونباخ مقیاس های پرسشنامه

ضریب آلفا	تعداد گویه	طیف
۰/۹۱	۹	احساس از خودبیگانگی
۰/۸۴	۵	منظم بودن
۰/۸۶	۶	سازگاری
۰/۹۱	۸	هدفمندی
۰/۹۶	۸	پابندی به اعتقادات
۰/۹۲	۵	رضایت از زندگی
۰/۹۷	۷	امید به آینده
۰/۸۶	۹	محروریت نسبی
۰/۸۱	۵	مقبولیت اجتماعی
۰/۹۶	۸	خودباوری
۰/۹۷	۲۹	احساس شادکامی

### یافته ها

بررسی یافته ها بیانگر آن است که میانگین سنی پاسخگویان ۳۶ سال، و میانگین مدت ازدواج آنها ۱۲ سال بوده است. جدول شماره ۲ توزیع فراوانی و درصد متغیرهای زمینه ای پژوهش حاضر را نشان می دهد.

حداقل نمره کلی ۸ و حداکثر ۴۰؛ از پرسشنامه استاندارد آلپورت و راس (۲۰)، محرومیت نسبی (۹ گویه با حداقل نمره کلی ۹ و حداکثر ۴۵)؛ از رساله دکتری دستغیب در دانشگاه تهران، احساس از خودبیگانگی (۹ گویه با حداقل نمره کلی ۹ و حداکثر ۴۵)؛ از طرح تحقیقی انجام شده در خرم آباد توسط حسینی و همکاران، امید به آینده (۷ گویه با حداقل نمره کلی ۷ و حداکثر ۳۵)؛ از پرسشنامه میلر، و متغیرهای مقبولیت اجتماعی (۵ گویه با حداقل نمره کلی ۵ و حداکثر ۲۵)؛ هدفمندی (۸ گویه با حداقل نمره کلی ۸ و حداکثر ۴۰)؛ خودباوری (۸ گویه با حداقل نمره کلی ۸ و حداکثر ۴۰)؛ رضایت از زندگی (۵ گویه با حداقل نمره کلی ۵ و حداکثر ۲۵)؛ و منظم بودن (۵ گویه با حداقل نمره کلی ۵ و حداکثر ۲۵)؛ از پژوهش الماسی (۲۰) اخذ گردیده است. در بخش سوم پرسشنامه، و جهت سنجش متغیر شادکامی، از پرسشنامه شادکامی آکسفورد (فرم ۲۹ سوالی) استفاده شده است. نمره دهی این بخش بر روی یک مقیاس ۵ آئمی بر اساس طیف لیکرت (۱ کاملاً مخالفم تا ۵ کاملاً موافقم) ارزیابی شده و حداقل نمره کلی ۲۹ که بیانگر شادکامی پایین، و حداکثر آن ۱۴۵، بیانگر شادکامی بالا و بهتر می باشد. این پرسشنامه توسط آرچیل و لو<sup>۳</sup> تهیه شده است (۱). آنها ضریب آلفای ۰/۹۰ را با ۳۴۷ آزمودنی، فورنهام و بروین<sup>۳</sup> آلفای ۰/۸۷ را با ۱۸۰ آزمودنی، نور<sup>۴</sup> با فرم کوتاه تری از این پرسشنامه آلفای ۰/۸۴ را با ۱۸۰ آزمودنی و الماسی ضریب آلفای ۰/۹۴ را با ۳۷۰ آزمودنی به دست آورده اند (۲۰).

برای بررسی روایی پرسشنامه، از روایی محتوا استفاده شد و پرسشنامه توسط ۵ نفر از اساتید گروه علوم اجتماعی و روان شناسی دانشگاه پیام نور مورد تایید قرار گرفت. برای سنجش ثبات درونی، از تکنیک آلفای کرونباخ استفاده شده است. در این راستا، پرسشنامه اولیه، در بین ۳۵ نفر از افراد نمونه توزیع و مورد پیش آزمون قرار گرفت. سپس گویه هایی که ضریب آلفای آنها کمتر از ۰/۷۰ بود، به عنوان گویه های ناپایا حذف شده و پرسشنامه نهایی تدوین گشت (جدول ۱). تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون) و معادله رگرسیون گام به گام در نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد. فقدان شفافیت هیجانی می باشد، استفاده به عمل آمد / مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج درجه ای (تقریباً هرگز = ۱؛ تا تقریباً همیشه = ۵) است، نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری در مقوله تنظیم هیجان است / نتایج مربوط به بررسی پایایی این پرسشنامه نشان داده که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا است (آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۹۳٪، خرده مقیاس عدم پذیرش، برابر با ۸۵٪، خرده مقیاس اهداف، برابر با ۸۹٪، خرده مقیاس تکانه، برابر با ۸۶٪، خرده مقیاس آگاهی، برابر

3. Furnham and Brewin  
4. Nor

1. Allport and Ross  
2. Argyle and Lu

جدول ۱- ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های پرسشنامه

متغیر	فراوانی	درصد
سن		
۲۵-۲۹	۱۱	۱۹
۳۰-۳۵	۱۴	۲۴/۱
۳۵-۳۹	۱۹	۳۲/۸
۴۰-۴۵	۷	۱۲/۱
۴۵-۴۹	۳	۵/۲
۵۰ به بالا	۴	۶/۹
سطح سواد		
ابتدایی	۱	۱/۸
راهنمایی و متوسطه	۱۶	۲۸
دیپلم	۱۴	۲۴/۶
لیسانس	۲۱	۳۶/۹
فوق لیسانس	۵	۸/۸
محل تولد		
شهر	۲۸	۵۷/۱
روستا	۲۱	۴۲/۹
شغل		
خانه‌دار	۳۶	۷۰/۶
شغل آزاد	۱	۲
کارمند	۱۴	۲۷/۴
وضعیت مسکن		
شخصی	۳۹	۶۹/۶
رهن و اجاره	۱۳	۲۳/۲
سازمانی	۴	۷/۱
سطح سواد همسر		
ابتدایی	۲	۳/۶
راهنمایی و متوسطه	۱۱	۱۹/۶
دیپلم	۱۵	۲۶/۸
لیسانس	۲۳	۴۱/۱
فوق لیسانس	۵	۸/۹
محل سکونت		
شهر	۴۱	۷۸/۸
روستا	۱۱	۲۱/۲

با متغیر وابسته، مستقیم، و در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار است. به این صورت که هرچه میزان این متغیرها در میان پاسخگویان بالاتر و بیشتر باشد، میزان احساس شادکامی آنها نیز افزایش می‌یابد. از سوی دیگر رابطه متغیر احساس از خود بیگانگی ( $r = -0/641$ ) با احساس شادکامی در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار، اما معکوس بوده است، به عبارت دیگر با افزایش احساس از خود بیگانگی در بین زنان، میزان احساس شادکامی آنها کاهش یافته است. همچنین رابطه معنی‌داری بین متغیرهای سازگاری و محرومیت نسبی با متغیر وابسته مشاهده نمی‌شود.

در بررسی متغیر وابسته (احساس شادکامی) مشاهده شد که میانگین نمرات پاسخگویان از ۲۹ گویه این متغیر بر مبنای طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای، ۷۴٫۸۴ بوده که در مقایسه با حداکثر میانگین ممکن یعنی ۱۴۵، مقدار پایینی است و با توجه به این مقادیر، پاسخگویان از میزان احساس شادکامی متوسطی برخوردارند. همچنین با توجه به جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمرات اخذ شده توسط پاسخگویان برای هر یک از متغیرهای مستقل، در مقایسه با میانگین ممکن برای هر متغیر، از میزان پایینی برخوردار بوده است.

در ارزیابی فرضیه‌های مورد بررسی در این پژوهش، جدول ۳ بیانگر آن است که همبستگی بین متغیرهای مستقل؛ رضایت از زندگی ( $r = 0/606$ )، خودباوری ( $r = 0/767$ )، پایبندی به اعتقادات ( $r = 0/676$ )، مقبولیت اجتماعی ( $r = 0/567$ )، هدفمندی ( $r = 0/723$ )، امید به آینده ( $r = 0/651$ ) و منظم بودن ( $r = 0/488$ )

جدول ۳- آزمون فرضیه‌های پژوهش

سطح معناداری	ضریب همبستگی	انحراف معیار	میانگین	فرضیه
<.۰۰۱	۰/۷۶**	۷/۸۹	۲۷/۷۵	افزایش میزان خودباوری باعث افزایش احساس شادکامی می‌شود.
<.۰۰۱	۰/۷۲**	۶/۸۰	۲۷/۸۰	افزایش میزان هدفمندی باعث افزایش احساس شادکامی می‌شود.
<.۰۰۱	۰/۶۵**	۷/۴۹	۲۳/۸۳	افزایش میزان امید به آینده باعث افزایش احساس شادکامی می‌شود.
<.۰۰۱	۰/۴۸**	۴/۴۷	۱۴/۸۴	افزایش میزان منظم بودن باعث افزایش احساس شادکامی می‌شود.
<.۰۰۱	۰/۶۰**	۴/۹۳	۱۶/۶	افزایش میزان رضایت از زندگی باعث افزایش احساس شادکامی می‌شود.
<.۰۰۱	۰/۶۷**	۷/۱۶	۳۰/۰۵	افزایش میزان پایبندی به اعتقادات باعث افزایش احساس شادکامی می‌شود.
<.۰۰۱	۰/۵۶**	۴/۴۵	۱۵/۵۲	افزایش میزان مقبولیت اجتماعی باعث افزایش احساس شادکامی می‌شود.
<.۰۰۱	۰/۶۴**	۷/۹۶	۲۲/۳۵	افزایش میزان احساس از خود بیگانگی باعث کاهش احساس شادکامی می‌شود.
۰/۱۴	۰/۱۹	۵/۶۷	۱۷/۱۵	افزایش میزان سازگاری باعث افزایش احساس شادکامی می‌شود.
۰/۷۰	۰/۰۵	۸/۷۴	۲۹/۴۷	افزایش میزان احساس محرومیت نسبی باعث کاهش احساس شادکامی می‌شود.

وابسته یعنی احساس شادکامی را تبیین نموده‌اند. در مجموع ارزیابی یافته‌ها نشان می‌دهد که مدل پژوهش حاضر از قدرت تبیین و پیش‌بینی بالایی برخوردار است (جدول شماره ۵ و ۴).

تفسیر نتایج تحلیل رگرسیونی چند متغیره نشان می‌دهد که متغیرهای پایبندی به اعتقادات، خودباوری و احساس از خود بیگانگی طی ۳ مرحله وارد معادله شده و در نهایت با همبستگی ۰/۸۳۲ و ضریب تعیین ۰/۶۹۲ تقریباً ۷۰ درصد از تغییرات متغیر

جدول (۴): تحلیل چند متغیره برای پیش‌بینی متغیر وابسته

مرحله	r	r <sup>2</sup>	r <sup>2</sup> تعدیل شده	خطای استاندارد
اول	۰/۷۶۶	۰/۵۸۷	۰/۵۷۹	۱۴/۲۳
دوم	۰/۸۰۸	۰/۶۵۳	۰/۶۴۰	۱۳/۱۶
سوم	۰/۸۳۲	۰/۶۹۲	۰/۶۷۴	۱۲/۵۱
Sig=۰/۰۰۴		Constant=۳۵/۶۲		

عبارت دیگر دو عامل فوق دارای رابطه‌ای مستقیم با متغیر وابسته هستند. همچنین متغیر احساس از خود بیگانگی ( $B=-۰/۸۱$ ) دارای اثر منفی و معکوس بر متغیر وابسته است.

با توجه به علائم ضرایب B موجود در جدول ۵ مشاهده می‌شود متغیرهای خودباوری ( $B=۱/۱۲$ ) و پایبندی به اعتقادات ( $B=۰/۸۴$ ) دارای اثر مثبت بر احساس شادکامی می‌باشند، به

جدول (۵): عناصر درون معادله برای پیش‌بینی متغیر وابسته

نام متغیر	ضریب B	t	Sig
خودباوری	۱/۱۲	۳/۴۳	<.۰۰۱
احساس از خود بیگانگی	-۰/۸۱	-۳/۲۲	<.۰۰۱
پایبندی به اعتقادات	۰/۸۴	۲/۵۶	۰/۰۱

معادله پیش‌بینی رگرسیونی پنج متغیره با توجه به جدول شماره ۵ برای پیش‌بینی میزان احساس شادکامی در میان نمونه مورد بررسی به صورت زیر است:

$$Y = (۳۶/۶۲) + (۱/۱۲ \times x_1) + (-۰/۸۱ \times x_2) + (۰/۸۴ \times x_3)$$

مرحله به مرحله، هدف انتخاب بهترین متغیر یا متغیرها برای پیش‌بینی است، این نتیجه به دلیل وجود همبستگی بین متغیرهای خارج از معادله با متغیرهای درون معادله صورت می‌گیرد.

همچنین یافته‌های جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که متغیرهای؛ منظم بودن، امید به آینده، مقبولیت اجتماعی، هدفمندی و رضایت از زندگی خارج از معادله قرار گرفته‌اند. این مساله به معنی کم اهمیت بودن متغیرهای مذکور نمی‌باشد، بلکه از آنجا که در روش

جدول (۶): متغیرهای خارج شده از جدول به روش گام به گام

متغیر وارد شده	همبستگی جزئی	Beta	T	Sig T
منظم بودن	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۳۷	۰/۷۰
امید به آینده	۰/۱۴	۰/۱۱	۱/۰۲	۰/۳۱
مقبولیت اجتماعی	۰/۱۶	۰/۱۱	۱/۱۷	۰/۲۴
هدفمندی	۰/۱۰	۰/۱۲	۰/۷۲	۰/۴۷
رضایت از زندگی	۰/۲۰	۰/۱۴	۱/۴۹	۰/۱۴

## بحث و نتیجه گیری

بر اساس نظریه دستیابی به ارزش‌ها، نشاط و خوشبختی یک احساس فردی نیست، بلکه واقعیتی مستقل از احساسات فردی است و عبارت از دستیابی به چیزهایی است که از نظر عموم واقعاً ارزشمند به حساب می‌آیند (۱). نتایج آزمون فرضیه‌های این پژوهش نشانگر آن است که ارزش‌هایی چون خودباوری و مقبولیت اجتماعی از همبستگی بالایی با احساس شادکامی یا سخگویی برخوردار بوده‌اند. به عبارت دیگر یا سخگویی که به خودباوری و اعتماد به نفس بیشتری رسیده باشند، از میزان احساس شادکامی بالاتری برخوردارند. در این راستا یافته‌های پژوهش الماسی (۱) نشان می‌دهد که هرچه مقبولیت اجتماعی زنان بیشتر باشد، میزان احساس شادکامی آنها نیز افزایش می‌یابد. همچنین نتایج پژوهش زارع و همکاران (۲۱) نشان داد زنان ناباور، خودباوری کمتری نسبت به زنان بارور داشته‌اند.

یکی دیگر از موارد مؤثر بر شادکامی، که به‌عنوان حمایت‌کننده عاطفی و وسیله‌ای برای تفسیر مثبت رویدادهای زندگی می‌باشد، جهت‌گیری مذهبی و پایبندی به اعتقادات دینی است. مذهب به‌عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم یافته، از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه لحظه‌های آن فراهم کند و در شرایط خاص نیز با فراهم سازی تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (۲۲). افراد با گرایش دینی و این عقیده که در جهان مقصد‌والایی وجود دارد، می‌توانند شادکامی خود را ارتقا بخشند. گل‌آزرن نشان می‌دهد پایبندی به اعتقادات با شادکامی رابطه مستقیم دارد و افراد معتقد از میزان شادکامی بالایی برخوردارند (۲۳). ارزیابی نتایج پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد پایبندی به اعتقادات، نقشی اثرگذار در احساس شادکامی زنان ناباور داشته است. در این راستا و بر اساس نتایج پژوهش عصارودی و همکاران (۲۴)، می‌توان به تاثیر عقاید معنوی در زندگی به‌عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی ناشی از نازایی اشاره کرد. نتایج پژوهش‌های آندریکفسکی و همکاران (۲۵) و دومار و همکاران (۲۶) نیز تاکید دارند که دینداری، نقش مهمی را در بعد روانی کیفیت زندگی زنان ناباور ایفا می‌کند، و با بالا رفتن سلامت

معنوی، مشکلات روانشناختی آنها کاهش پیدا خواهد کرد. اله‌بخشیان و همکاران معتقدند در جامعه‌ای که در آن مردم باورهای غنی و دیرینه‌ای دارند، توجه به معناگرایی به‌نظر راه آسان‌تر و مطلوب‌تری برای مراقبت‌های انسانی و چند بعدی است. همچنین مراقبت‌های مبتنی بر فرهنگ، معناگرایی و داشتن دیدگاه جامع نسبت به ابعاد مختلف بیماران می‌تواند به کادر بهداشتی و درمانی کمک کند تا خدمات مناسب‌تری به بیماران ارائه دهند (۲۷).

در ارزیابی دیگر فرضیه‌های مورد بررسی، و در تایید نظر وینهون (۲)، یافته‌های حاضر بیانگر آن است که بین میزان رضایت از زندگی و احساس شادکامی همبستگی شدید و مستقیم وجود دارد. به این صورت که هرچه رضایت افراد از زندگی بیشتر باشد، احساس شادکامی آنان نیز افزایش می‌یابد، لذا زنانی که دارای درجه احساس شادکامی و نشاط بیشتری هستند، از زندگی خود احساس رضایت بیشتری دارند. از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر، وجود همبستگی معنی‌دار و معکوس بین متغیر احساس از خود بیگانگی با شادکامی زنان ناباور را نشان می‌دهد. نظریه‌های اجتماعی مطرح شده درباره بیگانگی، تلویحاً در بر گیرنده مقوله رضایت از زندگی و احساس شادی و نشاط هم هستند (۲۰). به‌عبارت دیگر می‌توان احساس بیگانگی را تلویحاً به معنای تبیین نارضایتی و عدم بهروزی به‌شمار آورد. با وجود آنکه عوامل گوناگون و مختلفی بر رضایت از زندگی زنان ناباور تاثیر دارد، اما بیشتر این عوامل بیانگر فشارهای روانی و اجتماعی بر آنان می‌باشند. نتایج پژوهش اماتتی و همکاران (۱۶)، گلی و همکاران (۱۷) و مورا راموس (۲۸) نشان می‌دهند که شدت تمایل به بچه‌دار شدن و میزان فشار اطرافیان برای بچه‌دار شدن و ادامه نام خانوادگی باعث فشار روانی بر زوج‌های ناباور شده و بر رضایت زندگی آنها اثرگذار است. حقیقتیان و همکاران (۲۹) در تحقیقی نشان دادند بین طول مدت نازایی و سلامت روحی و روانی، تعارضات زناشویی، احتمال طلاق، و کاهش روابط اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

حسنین و همکاران (۹)، ویج (۱۰)، و چامپوویج و همکاران (۱۱) در پژوهش‌های خود نشان می‌دهند که زنان ناباور با تغییر روابط جنسی، تغییر حالات خلقی، نگرانی و احساس تنهایی، استرس و ناسازگاری در زندگی زناشویی مواجه می‌شوند و تلاش آنها برای

پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه و عدم همراهی آنها بود که با همکاری و توصیه پزشکان متخصص و منشی‌های آنها، این مشکل رفع شد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، و اهمیت یافته‌های آن، شایسته است پزشکان متخصص زنان و زایمان و کارشناسان مامایی، علاوه بر جنبه‌های درمانی، مسایل روانی و اجتماعی زنان نابارور را نیز مورد توجه قرار دهند و از وجود مشاور و روانشناس در این زمینه استفاده نمایند. مراقبت‌های مبتنی بر فرهنگ، معناگرایی و داشتن دیدگاه جامع نسبت به ابعاد مختلف زندگی زنان نابارور، می‌تواند به کادر بهداشتی و درمانی کمک کند تا خدمات مناسب‌تری به ایشان ارائه دهند.

### تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسنده این مقاله وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

از کلیه کسانی که در انجام این کار مرا یاری نمودند، بسیار سپاسگزارم.

درک معنا و هدفمندی در زندگی، دچار اختلال می‌شود. برای رفع این مساله، و بر اساس نظریه خوشبختی و نشاط، انجام کارهای مفید و هدفمند می‌تواند یکی از منابع سه‌گانه برای رسیدن به خوشبختی و نشاط باشد. انجام کارهای مفید و هدفمند، انجام کارهایی است که به‌منظور دستیابی به ارزش‌ها صورت می‌گیرند و هدفی فراتر از ارضای تمایلات فردی را دنبال می‌کنند (۱). در این راستا نیز یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از وجود همبستگی مستقیم و معنی‌دار بین دو متغیر منظم بودن و هدفمندی در زندگی زنان نابارور، با متغیر وابسته یعنی احساس شادکامی است. وجود امید نسبت به خود، زندگی و آینده یکی از زمینه‌های اصلی و مهم در به‌وجود آمدن احساس شادکامی است. اسنایدر (۳۰) در نظریه خود، امید را به‌عنوان یک مشخصه‌ی ساختار شناختی، شامل باورهای مثبت یک شخص، درباره توانایی‌اش برای انجام دادن اهداف شخصی، به تصویر در آورد. نتایج پژوهش حاضر همگام با پژوهش الماسی (۱) رابطه مستقیم و معنی‌داری بین امید به آینده و احساس شادکامی را نشان داده است. در انجام پژوهش حاضر، کلیه پارامترهای اخلاقی رعایت شده است. همچنین به سبب استفاده از متغیرهای مختلف اثرگذار بر شادکامی، از جامعیت قابل قبولی برخوردار است. مهمترین مشکل و محدودیت در انجام این تحقیق، کم‌حوصلگی پاسخگویان برای

### References

1. Almasi M. Ilam girls' sense of happiness and its related factors. *womens studies sociological and sychological*. 2014; 12(1): 7-30. [Persian]
2. Veenhoven R. Medidas de la felicidad nacional bruta. *Interv Psicosoc*. 2009;18(3):279-99.
3. Kajbaf M B, Sajjadiyan P , Kaviyani M, Anvari H. The Relationship between Islamic Life Style and Happiness about Life Satisfaction among University Students in Isfahan. *Psychology and Religion*. 2012; 4(4): 61-74. [Persian]
4. Behzadpoor S, Motahhari Z S, Vakili M, Sohrabi F. The Effect of Resilience Training on Increasing Psychological Well-Being of Infertile Women. *SJIMU*. 2015; 23 (5) :131-142. [Persian]
5. Khodakarami N, Hashemi S, Sedigh S, Hamdeieh M and Taheripanah R. The experience of living with infertility: a phenomenological study. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2009; 10(4): 287-297. [Persian]
6. Karimi FZ, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R, Kimiaee SA, Mazloum SR, Amirian M. Psycho- social effects of male infertility in Iranian women: a qualitative study. *Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*. 2016;19(10): 20-32. [Persian]
7. Kessler LM, Craig BM, Plosker SM, Reed DR, Quinn GP. Infertility evaluation and treatment among women in the United States. *Fertil Steril*. 2013;100(4):1025-1032.e2.
8. Jamilian H, Jamilian M, Doroodgar Hezaveh F. The comparison of mental health in fertile

- and infertile women. *European Psychiatry*. 2011;26(Suppl 1):1666. [Persian]
9. Hassanin IM, Abd-El-Raheem T, Shahin AY. Primary infertility and health-related quality of life in Upper Egypt. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010; 110(2):118-21.
  10. Widge A. Seeking conception: experiences of urban Indian women with in vitro fertilization. *Patient Educ Couns*. 2005; 59(3): 226-33.
  11. Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D, Passos EP. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010 Jun;31(2):101-10.
  12. Farrokh-Eslamlou H, Hajishafiha M, Sadat Kazemi E, Oshnouei,. Impact Of Primary Infertility On Life Quality In Urmia, Iran. *Urmia Medical Journal*. 2014; 25 (7) :598-604. [Persian]
  13. Zamani N, Ghasemi M, Jokar E, Khazri Moghadam N. Comparison of Depression and Life Quality of Fertile and Infertile Women and those with Frequent Abortions. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2013; 15 (6) :78-83. [Persian]
  14. Vahidi S, Ardalan A and Mohammad K. Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2006; 7(3): 243-251. [Persian]
  15. Pazandeh F, Sharghisomeah N, Karaminori R and Alavimajd H. Investigate the relationship between infertility with well-being and satisfaction of marriage. *Journal of Pazhohandeh*. 2004; 9(42): 355-360. [Persian]
  16. Amanati L, Allami M , Shokrabi Sh, Haghani H, Ramazanade F,. Quality of Life and Influencing Factors among Infertile Women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2009; 12(4): 25-31. [Persian]
  17. Goli M, Firozeh F, Ahmadi S. Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Women of Isfahan 2008. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2012; 20(3): 63-70. [Persian]
  18. Delpishe A, Direkvand Moghadam A, Moradi Z, Mir Moghadam N. Aspects of epidemiology of infertility in Ilam. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2014; 17(98): 8-14. [Persian]
  19. Almasi M, Mahmoudiani S, Ghasemi T. Comparing Spiritual Health and Quality of Life among Fertile and Infertile Women. *Iranian Journal of Neonatology*. 2015; 28 (93 and 94) :87-95. [Persian]
  20. Almasi M, Mahmoudiani S, Jafari M. Factors Associated with Feelings of Happiness among the Elderly. *Iranian Journal of Neonatology*. 2015; 27 (92) :23-32. [Persian]
  21. Zare E, Bahrami N, Soleimani M. Comparison of Self-esteem in Fertile and Infertile Women. *Iranian Journal of Neonatology*. 2014; 27 (90 and 91) :14-21. [Persian]
  22. Kamyabinia Z, Azhari S, Mazloum SR, Asgharipour N. Relationship between religion and female sexual function at reproductive age. *Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*. 2016; 19(10): 9-19. [Persian]
  23. Glatzer W. happiness: classic theory in the light of Current research. *journal of happiness studies*. 2009; 1: 501-511 .
  24. Asarrodi A, Golafshani A, Akbari SA. The relationship between mental health and



- quality of life in nursing. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2011; 3(4): 79-88. [Persian]
25. Andrykowski MA, Bishop MM, Hahn EA, Cella DF, Beaumont JL, Brady MJ, et al. Long-term health-related quality of life, growth, and spiritual well-being after hematopoietic stem-cell transplantation. J Clin Oncol. 2005;23(3):599-608.
26. Domar AD, Penzias A, Dusek JA, Magna A, Merarim D, Nielsen B, et al. The stress and distress of infertility: Does religion help women cope? Sex Reprod Menopause. 2005;3(2):45-51
27. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2010;12(3):29-33. [Persian]
28. Moura-Ramos M, Gameiro S, Canavarro M, Soares I. Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. Human Reproduction. 2012;27(2):496-505.
29. Haghghatian M, Haghgha F, Rostami Z. Uses of heat wrap therapy for the relief of patients acute low back pain. Health System Research. 2014; 10(2): 354- 361. [Persian]
30. Snyder, CR. Hope theory: Rain bows in the mind. Sychological Inquiry. 2002; 13(4): 249-275.