



مقایسه کفایت اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و احساس خودکارآمدی زنان متقاضی سقط جنین و زنان غیر متقاضی

مژگان زارغان

Mozhgzn.zarean@yahoo.com

دکتر علیرضا کاکاوند

Ali.reza\_kakavand@yahoo.com

دکتر محمد حکمی

Mohammadhakami@yahoo.com

#### چکیده

این پژوهش به منظور مقایسه کفایت اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و احساس خودکارآمدی زنان متقاضی سقط جنین و زنان غیر متقاضی انجام شد. روش پژوهش از نوع علی مقایسه ای بود. به همین منظور ۵۰ نفر از زنان متقاضی سقط با ۵۰ نفر از زنان غیر متقاضی سقط که در شهر تهران به کلینیک های زنان وکلینیک مامایی مراجعه می کردند به صورت نمونه گیری در دسترس وهدفمند شناسایی شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه های کفایت اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده ، بهزیستی روانشناختی و خود کارآمدی شریب بود. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته های پژوهش نشان داد بین کفایت اجتماعی ، حمایت اجتماعی ادراک شده ، بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی زنان متقاضی سقط و غیر متقاضی سقط تفاوت معنادار وجود دارد و زنان متقاضی سقط از حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی پایین تری نسبت به زنان غیر متقاضی سقط برخوردارند. هم چنین کفایت اجتماعی و بهزیستی روان شناختی زنان متقاضی سقط بالا تر از زنان غیرمتقاضی سقط می باشد.

کلید واژه: کفایت اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده ، بهزیستی روان شناختی ، خود کارآمدی، سقط



## مقدمه

کفایت اجتماعی معرف مجموعه ای از مولفه ها و عناصر شناختی ، رفتاری ، هیجانی و انگیزشی است ، مهارت های شناختی شامل خزانه اطلاعات و مهارت های پردازش و اکتساب اطلاعات ، توانایی تصمیم گیری ، باورهای کار آمد و ناکارآمد (بک ، ۱۹۹۱) و سبک اسنادی است . مهارت های رفتاری به عنوان دومین طبقه عمده از کفایت اجتماعی مشخص می کنند که وقتی شخص برای رسیدن به یک نتیجه دلخواه رفتاری را برمی گزیند باید آن رفتار در دسترس باشد . اگرچه ، مجموعه مهارت های رفتاری مفید اصولا نا محدودند ، چندین آمایه گسترده از رفتار ها وجود دارند که چارچوب نظامداری را مهیا می کنند . ظرفیت عاطفی برای برقراری روابط مثبت با دیگران ، ایجاد و گسترش اعتماد و روابط حمایتی دوجانبه ، شناسایی و پاسخ دهی مناسب به علائم هیجانی در تعامل اجتماعی یا مدیریت استرس ، عناصر و مولفه های اصلی مهارت های انگیزشی تصور شده اند . مهارت های انگیزشی به عنوان بعد چهارم کفایت اجتماعی ، ساختار ارزشی فرد ، سطح رشد اخلاقی و احساس اثر بخش و کنترل فرد و در نهایت احساس خودکارآمدی او را در احاطه خود دارد (فلنر و همکاران، ۱۹۹۰).

به نظر می رسد یکی از مواردی که می تواند بر روی کفایت اجتماعی تاثیر بگذارد حمایت اجتماعی ادراک شده است ، پژوهش های متعددی نشان داده اند که هرچه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد ، سطح سلامتی نیز افزایش پیدامی کند و بالعکس از این نگاه ، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است (قدسی ، ۱۳۸۲). حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است . و می توان آن را به عنوان یک منبع فراهم شده توسط دیگران ، به عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس ، یا یک مبادله ای از منابع تعریف نمود (شولتز و شوارتز ، ۲۰۰۴). برخی از پژوهشگران ، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت ، همراهی ، مراقبت ، احترام ، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه های دیگر نظیر اعضای خانواده ، دوستان و دیگران مهم تعریف کرده اند (سارا فینو، ۲۰۰۳ ، ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۳۸۷). برخی ، حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می دانند . به طور کلی می توان گفت حمایت اجتماعی به عنوان سپری ضربه گیر در مقابل استرس عمل می کند (لاندمن پیترز و همکاران ، ۲۰۰۵).

یکی از تبعات حمایت اجتماعی ادراک شده مطلوب ، سلامت روان است و داشتن سلامت روان رابطه مثبت با بهزیستی روان شناختی دارد (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷). امروزه ، بهزیستی روان شناختی، تنها فقدان آسیب های روانی نیست بلکه هدف، حضور جنبه های مثبت عملکرد ، مانند خلق مثبت، هدف در زندگی و همکاری اجتماعی می باشد (کیس، ۲۰۰۷؛ به نقل از خدابخش و کیانی، ۱۳۹۲).

در سال های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه ی سلامت روانی از روان شناسی مثبت نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان شناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روان شناختی» مفهوم سازی کرده اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت، کافی نمی دانند بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، پیوند و رابطه ی مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت از مشخصه های فرد سالم است (هینکلی و همکاران، ۲۰۱۴).

مدل چند بعدی ریف و همکاران، از مهم ترین مدل های بهزیستی روان شناختی است. ریف بهزیستی روان شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی بالقوه ی واقعی خود می داند. اگر فرد در ارزشیابی استعداد ها و توانایی ها و فعالیت های خود در کل احساس رضایت کند، کارکرد روانی مطلوبی خواهد داشت. بهزیستی روان شناختی یک مفهوم چند مؤلفه ای است (کلاسن و همکاران، ۲۰۱۴) بهزیستی روانی جزء روانشناختی کیفیت زندگی است و انعکاس دهنده خلق مثبت و سرزندگی است (ریف و همکاران، ۲۰۱۴) که می تواند بر ابعاد زندگی تاثیر بگذارد . بر اساس الگوی ریف بهزیستی روان شناختی از ۶ عامل تشکیل می



شود: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خود مختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنادار شدن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) (ریف، ۱۹۸۶، ریف، ۱۹۹۵).

خودکار آمدی یکی از متغیرهایی است که ارتباط تنگاتنگی با بهزیستی روان شناختی دارد و شامل قضاوت های فرد در مورد توانایی ها، ظرفیت ها و قابلیت هایش برای انجام تکالیف خاص است. خودکارآمدی بنیان کارگزاری آدمی را تشکیل می دهد و منبع شخصی کلیدی در تحول، سازش یافتگی و تغییر شخصی است و منظور از آن داوری و قضاوت های فاعلی شخص درباره قابلیت ها و توانایی هایش برای سازماندهی و اجرای دوره های عمل مورد نیاز برای مدیریت موقعیت های پیشاینده موثر بر زندگی شان می باشد (بندورا، ۲۰۰۶). نظریه خودکارآمدی بندورا به نقش اعتماد و عزت نفس فرد نسبت به توانایی هایش در انجام رفتار خواسته شده از وی تاکید دارد. در واقع خودکارآمدی اطمینانی است که شخص، رفتار خاص را با موقعیت به اجرا می گذارد و انتظار نتایج بدست آمده را دارد (بندورا، ۲۰۰۴).

طبق آمارهای جهانی، سالیانه ۱۷۵ میلیون بارداری در سراسر دنیا ثبت می شود که حدود ۷۵ میلیون مورد آن ناخواسته است. ۴۵ میلیون مورد از این بارداری های ناخواسته به سقط جنین می انجامد. در حدود نیمی از موارد بارداری های ناخواسته در آمریکا روی میدهد که تقریباً نیمی از آنها یعنی ۱۳ میلیون مورد در هر سال به سقط می انجامد، براساس تحقیقات انجام شده در این کشور، ۳۵ درصد زنان تا پیش از رسیدن به ۴۵ سالگی دست کم یک بار سقط را تجربه می کنند، شیوع سقط در میان نوجوانان و جوانان در بالاترین رقم قرار دارد و همچنین بیشترین میزان سقط یعنی حدود ۸۸ درصد در سه ماهه اول بارداری رخ می دهد. میزان سقط جنین از بعد از ۲۱ هفتگی، به کمتر از ۲ درصد می رسد. ارتباط آماری قابل توجهی نیز میان سطح تحصیلات زنان و شیوع سقط در آنان به دست آمده است. بر اساس یافته های سال ۲۰۰۰ میلادی ۸۸ درصد از زنانی که سقط را تجربه می کنند تحصیلات متوسطه دارند.

بر اساس آمار ارائه شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در ایران سالیانه ۸۰ هزار سقط (۲۰۰ مورد در روز) صورت می پذیرد که بیشتر آنها غیر قانونی و غیر بهداشتی می باشند (آخوندی، بهجتی اردکانی، ۱۳۸۱). هرچند هیچگونه گزارش دقیقی از سقط های غیر بهداشتی و میزان مرگ و میر ناشی از آن موجود نمی باشد ولی شواهد و قراین و آمارهای غیر مستند، گزارشات بالایی از سقط های غیر بهداشتی و متعاقب آن مرگ و میر مادران و بیماری های ناشی از سقط های غیر ایمن را به خود اختصاص می دهد. وجود جمعیت جوان در ایران، که بیش از ۵۰٪ جمعیت زیر ۲۵ سال را تشکیل می دهد (پزشکیان، ۱۳۸۲).

با توجه به اینکه در حال حاضر سقط در جوامع مختلف بدون توجه به مشکلات قانونی صورت می پذیرد (نجومی، ۱۳۸۱) علت اساسی سقط های گزارش شده حاملگی های ناخواسته ذکر گردیده است. پژوهشگر در پژوهش حاضر به دنبال آن است که آیا بین کیفیت اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و احساس خودکارآمدی زنان متقاضی سقط جنین و زنان غیر متقاضی تفاوت وجود دارد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه ای (پس رویدادی) است. متغیرهای مورد مطالعه کیفیت اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی روان شناختی و خودکارآمدی هستند که در دو گروه زنان متقاضی سقط جنین و زنان غیر متقاضی سقط جنین مورد مقایسه قرار می گیرند.

روش گردآوری اطلاعات



روش گرد آوری اطلاعات با استفاده از ابزار پرسشنامه می باشد. که پس از آماده سازی پرسشنامه ها با مراجعه به کلینیک زنان و توضیح دادن در مورد پرسشنامه ها از پزشکان خواسته شد تا پرسشنامه ها را در اختیار زنان متقاضی سقط زنان باردار غیر متقاضی سقط قرار دهند و بعد از توضیح در مورد پرسشنامه ها از آنها خواسته شده که با دقت به سوالها جواب دهند بعد از جمع آوری پرسشنامه ها مطابق با دستور العمل نمره گذاری و نمرات استخراج شدند و در نهایت برای تحلیل متناسب با فرضیه ها آماده شدند.

### جامعه

جامعه پژوهش کلیه زنان باردار مراجعه کننده به پزشک زنان، در یکی از کلینیک های زنان وایمان در شهرک غرب تهران است که تقریباً در شش ماه نخست سال تقریباً ۱۵۰۰ نفر می باشند.

### نمونه و روش نمونه گیری

نمونه شامل ۱۰۰ زن بار دار (۵۰ نفر متقاضی سقط و ۵۰ نفر غیر متقاضی سقط) به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و با توضیح دادن در مورد پرسشنامه ها از پزشکان متخصص زنان وایمان خواسته شد تا پرسشنامه ها را در اختیار زنان بار دار قرار داده تا کامل کنند.

### ابزار های مورد استفاده در پژوهش

#### پرسشنامه کفایت اجتماعی

پرسشنامه کفایت اجتماعی، چهار بعد مهارت رفتاری، مهارت شناختی، مهارت های هیجانی و آمایه های انگیزشی را در بر می گیرد. این پرسشنامه یک ابزار ۴۷ سوالی است که بر اساس نظریه فلنر ساخته شده است. برآورد پایایی وروایی این آزمون توسط پرندین (۱۳۸۵) در استان تهران، بر روی ۴۵۰ نفر صورت گرفته است. جهت برآورد ضریب پایایی مقیاس، از دوروش آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی بین دوبار اجرا استفاده شده است. از روش آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی مقیاس و خرده مقیاس ها استفاده گردیده است. ضریب آلفای به دست آمده از حذف سوالاتی که همبستگی کمی با نمره کل داشتند برابر با ۰/۸۸ می باشد که نشان می دهد پرسشنامه از ضریب همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است.

در پرسشنامه کفایت اجتماعی هر سوال دارای ۷ گزینه شامل: کاملاً موافقم، موافقم، تاحدی موافقم، تاحدی موافقم، تاحدی مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم می باشد و آزمودنی باید گزینه ای را انتخاب کند که بیشتر بیانگر احساسات و نظرات او باشد. روش نمره گذاری به شیوه لیکرتی می باشد و از سیستم ۱ تا ۷ پیروی می کند، به این ترتیب که اگر آزمودنی گزینه کاملاً مخالفم را انتخاب کند نمره ۱ مخالفم نمره ۲، تاحدی مخالفم ۳، نظری ندارم ۴، تاحدی موافقم ۵، موافقم ۶، کاملاً موافقم ۷ می گیرد. همچنین سوالات شماره ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳-۴۴-۴۵-۴۶-۴۷-۴۸-۴۹-۵۰ به صورت معکوس نمره گذاری می شود، به این صورت که به کاملاً موافقم نمره ۱ و به کاملاً مخالفم نمره ۷ تعلق می گیرد.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده<sup>۱</sup> (MSPSS):

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی یک ابزار ۱۲ عبارتی است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع: خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی توسط سیمت<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط آزمودنی در هر یک از ۳ حیطه یاد شده را می سنجد و دارای سه زیر

<sup>۱</sup>. Multidimensional Scale of Perceived social support

<sup>۲</sup>. Zimet



مقیاس خانواده<sup>۳</sup> (عبارات ۳-۴-۸-۱۱) دوستان<sup>۴</sup> (عبارات ۶-۷-۹-۱۲) و افراد مهم<sup>۵</sup> (عبارات ۱-۲-۵-۱۰) است. این مقیاس یک ابزار کوتاه، ساده و متاثر از زمان است و به این دلیل در پژوهش‌های زیادی از آن استفاده شده است. در این آزمون به گزینه کاملاً مخالفم، ۱ امتیاز؛ مخالفم، ۲ امتیاز؛ تقریباً مخالفم، ۳ امتیاز؛ نظری ندارم، ۴ امتیاز؛ تقریباً موافقم، ۵ امتیاز؛ موافقم، ۶ امتیاز؛ کاملاً مخالفم، ۷ امتیاز تعلق می‌گیرد. برای به دست آوردن نمره ی میانگین کل آزمون امتیاز همه عبارات را با هم جمع و بر تعداد آنها (۱۲) تقسیم می‌کنیم. برای به دست آوردن نمره مربوط به هر زیر مقیاس، امتیاز عبارات مربوط به زیر مقیاس مورد نظر را با هم جمع کرده بر تعداد عبارات آن تقسیم می‌کنیم. نمره بالا در این مقیاس بیانگر سطح بالایی حمایت اجتماعی ادراک شده است.

### مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف (RSPWB-18)

در این پرسشنامه که برای بزرگسالان تهیه شده است آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه ای (۱=کاملاً مخالفم، تا ۶=کاملاً موافقم) مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارات موافق یا مخالف است.

### پرسشنامه خود کارآمدی عمومی شرر

این مقیاس دارای ۱۷ سوال است هر سوال براساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا موافقم تنظیم می‌شود. نمره گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سوال ۱۵، ۱۳، ۹، ۸، ۳ از راست به چپ و بقیه سوال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره گذاری می‌شوند. بنابر این حداکثر نمره ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست بیاورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است این مقیاس توسط براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتبار یابی شده است.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش به کمک نرم افزار SPSS 22 داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پایایی ابزار پژوهش با استفاده از روش همسازای درونی اجزاء و ارزیابی مقدار آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج تجزیه و تحلیل آماری در فصل چهارم و در دو بخش یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی ارائه شده است. در بخش یافته‌های توصیفی به توصیف متغیرهای اصلی با استفاده از شاخص‌های آماری میانگین، انحراف استاندارد و نمودار ستونی پرداخته شد. بررسی و اصلاح پیش فرض‌های آماری خطی بودن، نرمال بودن، داده‌های پرت و همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس قبل از آزمون مانووا انجام شد. در بخش یافته‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌ها، از آزمون همبستگی پیرسون و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) استفاده شد. حداکثر سطح خطای آلفا جهت آزمون فرضیه‌ها مقدار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد ( $P \geq 0.05$ ).

نتایج مربوط به مقادیر آلفای کرونباخ در جدول ۱ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می‌شود تمامی متغیرهای پژوهش دارای پایایی قابل قبول هستند و میزان آلفای کرونباخ تمامی متغیرهای پژوهش بیشتر از مقدار معیار ۰/۷ است. بررسی مقادیر آلفای کرونباخ بدست آمده نشان می‌دهد که میزان پایایی کفایت اجتماعی برابر با ۰/۷۸، میزان پایایی حمایت اجتماعی برابر با ۰/۸۱، میزان پایایی خودکارآمدی برابر با ۰/۷۵، میزان پایایی بهزیستی روان شناختی برابر با ۰/۸۳ و پایایی کل متغیرها نیز برابر با ۰/۸۶ بدست آمده است که نشان می‌دهد تمامی مقادیر بیشتر از مقدار معیار ۰/۷۰ است. بررسی مقادیر آلفای کرونباخ نشان از پایایی مناسب پرسشنامه دارد.

<sup>3</sup>.Fmily

<sup>4</sup>.Friends

<sup>5</sup>.Significant other



جدول شماره ۱: میزان پایایی به روش همسازی درونی (آلفای کرونباخ)

متغیر	آلفای کرونباخ
کفایت اجتماعی	.۷۸
حمایت اجتماعی	.۸۱
خودکارآمدی	.۷۵
بهبودی روان شناختی	.۸۳
پایایی کل	.۸۶

آمار توصیفی

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	زنان متقاضی سقط		زنان غیر متقاضی سقط	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کفایت اجتماعی	۲۱۲,۴۶	۳۵,۴۲	۱۴۴,۸۶	۲۹,۰۳
حمایت اجتماعی	۳۵,۲۴	۱۰,۰۸	۷۳,۵۰	۸,۱۳
خودکارآمدی	۲۹,۸۰	۶,۵۵	۴۵,۴۶	۵,۸۷
بهبودی روان شناختی	۸۱,۶۸	۷,۰۸	۶۹,۱۶	۷,۴۶

در جدول ۲ به توصیف متغیرهای اصلی با استفاده از آماره های میانگین و انحراف استاندارد پرداخته شده است. نتایج بدست آمده گویای این است که میانگین کفایت اجتماعی در زنان متقاضی سقط (۲۱۲,۴۶) بیشتر از زنان غیر متقاضی سقط است. میانگین حمایت اجتماعی در زنان غیر متقاضی سقط (۷۳,۵۰) بیشتر از زنان متقاضی سقط جنین (۳۵,۲۴) است. میانگین خودکارآمدی در زنان غیر متقاضی سقط (۴۵,۴۶) بیشتر از زنان متقاضی سقط جنین (۲۹,۸۰) است و میانگین بهبودی روان شناختی در زنان متقاضی سقط جنین (۸۱,۶۸) بیشتر از زنان غیر متقاضی (۶۹,۱۶) است. نمودار ستونی و مقایسه ای میانگین متغیرهای وابسته به تفکیک گروه ها در ادامه گزارش شده است. در مجموع بررسی مقادیر میانگین ها نشان می دهد زنان متقاضی سقط کفایت اجتماعی و بهبودی روان شناختی بالاتری دارند و زنان عادی حمایت اجتماعی و خودکارآمدی بالاتری دارند. جهت بررسی آماری معنی دار بودن این تفاوت میانگین ها از آزمون مانووا استفاده شد که نتایج آن در بخش یافته های استنباطی گزارش شده است



## همبستگی متغیرهای اصلی

در جدول ۳ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون به بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش با یکدیگر پرداخته شد. همبستگی راهی است برای نشان دادن اینکه دو یا چند متغیر تا چه اندازه با همدیگر پیوند یا با هم رابطه دارند، نتیجه آزمون نرمال بودن نشان از این داشت که توزیع متغیرها نرمال یا نزدیک به نرمال است، از آزمون همبستگی پارامتریک پیرسون استفاده شد جدول ۳: آزمون همبستگی پیرسون: ماتریس همبستگی متغیرهای وابسته

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱- کفایت اجتماعی	-			
۲- حمایت اجتماعی	-.۵۷۴	-		
۳- خودکارآمدی	-.۶۷۱	.۷۰۵	-	
۴- بهزیستی روان	.۵۰۸	-.۵۳۳	-.۵۳۹	-

توجه: تمامی روابط گزارش شده در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی داری دارند ( $P < .01$ )

نتایج همبستگی نشان از این دارد که بین تمامی متغیرهای وابسته رابطه معنی داری وجود دارد و همبستگی بین تمامی متغیرها از نظر آماری مورد تایید قرار می‌گیرد ( $P < .01$ ). بررسی جهت روابط بدست آمده نشان می‌دهد بین کفایت اجتماعی با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی رابطه منفی و بین کفایت اجتماعی با بهزیستی روان شناختی رابطه مثبت وجود دارد. بین حمایت اجتماعی با خودکارآمدی رابطه مثبت و بین حمایت اجتماعی با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی وجود دارد. همچنین بین خودکارآمدی و بهزیستی روان شناختی رابطه منفی وجود دارد. شدت یا بزرگی تمامی روابط بدست آمده متوسط و قوی است و دامنه ضرایب همبستگی های بدست آمده از  $-.۵۳۳$  - بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی تا حداکثر  $.۷۰۵$  بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی است.

## تحلیل واریانس چندمتغیره

تحلیل واریانس چند متغیر مانوا نوعی بسط تحلیل واریانس است که از آن هنگامی استفاده می‌شود که بیش از یک متغیر وابسته داشته باشیم. این متغیرهای وابسته باید به نوعی ارتباط داشته باشند، یا باید یک دلیل مفهومی برای کنا هم قرار گرفتن آن‌ها وجود داشته باشد. تحلیل واریانس چندمتغیره گروه‌ها را مقایسه می‌کند و به شما می‌گوید که آیا میانگین تفاوت بین گروه‌ها در ترکیب از متغیرها وابسته ناشی از شانس بوده است. برای این کار مانوا یک متغیر وابسته خلاصه جدید ایجاد می‌کند که ترکیب خطی از هر یک از متغیرهای اصلی است. سپس تحلیل واریانس را با استفاده از این متغیر وابسته مرکب انجام می‌دهد. مانوا به شما می‌گوید که آیا تفاوت معنی داری بین گروه‌ها از لحاظ این متغیر وابسته مرکب وجود دارد یا خیر؛ همچنین نتایج تک متغیره را برای هر یک از متغیرهای وابسته شما به طور جداگانه ارائه می‌دهد (پلنت، ۱۳۸۹: ۳۱۱). نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در ادامه گزارش شده است.



در ابتدا همگنی واریانس های متغیرهای وابسته در بین گروه ها مورد ارزیابی قرار گرفت. از آزمون یون جهت بررسی همگنی واریانس گروه ها استفاده شد. همگنی واریانس ها از مفروضات آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره است که می بایست برقرار باشد. در آزمون همگنی واریانس ها چنانچه سطح معنی داری بدست آمده بیشتر از ۰.۰۵ باشد، فرضیه همگنی واریانس های پذیرفته می شود. نتایج نشان می دهد سطح معنی داری بدست آمده برای تمامی متغیرها بیشتر از مقدار ۰.۰۵ است ( $P < 0.05$ ) است که نشان می دهد فرضیه همگنی واریانس ها مورد تایید است.

جدول ۴ آزمون همگنی واریانس های (Leven's test) متغیرهای وابسته در بین گروه ها

متغیرها	مقدار F	سطح معنی داری
کفایت اجتماعی	۰.۹۱۳	۰.۳۴۲
حمایت اجتماعی	۰.۰۸۸	۰.۷۶۷
خودکارآمدی	۱,۳۱۵	۰.۲۳۱
بهبودی روان شناختی	۲,۴۹	۰.۱۱۸

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در ادامه ارائه شده است. یک تحلیل واریانس چندمتغیره بین گروهی یک طرفه برای بررسی تفاوت های زنان عادی و متقاضی سقط جنین در موارد کفایت اجتماعی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهبود روان شناختی انجام شد. متغیرهای وابسته کفایت اجتماعی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهبود روان شناختی و متغیر مستقل تقاضای سقط جنین بود. آزمون مفروضه اول برای بررسی نرمال بودن متغیرها، خطی بودن، داده های پرت تک متغیره و چندمتغیره و همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس انجام شد و هیچ نوع تخطی جدی از مفروضه های ذکر شده مشاهده نشد. تفاوت آماری معنی داری بین زنان عادی و زنان متقاضی سقط جنین از لحاظ متغیرهای وابسته ترکیب شده وجود داشت (Wilks' Lambda = ۰.۰۱،  $P > 0.192, 16$ ).  $F(4) =$  وقتی نتایج متغیرهای وابسته به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفت، بین دو گروه در تمامی متغیرهای وابسته تفاوت وجود داشت ( $P > 0.01$ ) نتایج آزمون فرضیه های در ادامه ذکر شده است.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانووا) جهت بررسی تفاوت میانگین ها و اثر عامل گروه بر متغیرهای وابسته

منبع اثر	چندمتغیری		تک متغیری		مقدار F	لامبدای ویلکز	درجه آزادی	گروه ها
	درجه آزادی	لا مبدای ویلکز	کفایت اجتماعی	حمایت اجتماعی				
اندازه اثر			۰.۴۴۵	۰.۸۱۷				
گروه ها	۱	۰.۱۱۰	۷۸,۶۰**	۴۳۶,۹۵**	۱۹۲,۱۶**	۰.۱۱۰	۱	گروه ها
			۰.۴۳۳	۰.۶۱۸				

توجه: \*\* معنی داری در سطح اطمینان ۹۹ درصد ( $P < 0.01$ )

<sup>6</sup>. Leven's test





RSTCONF

Istanbul-Turkey

14 March 2016

ترکیه - استانبول ۲۴ اسفند ۱۳۹۴

\* معنی داری در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $P < .05$ )

### بحث و نتیجه گیری

از آنجا که سقط جنین پدیده‌ای نسبتاً رایج است که در ۱۰ تا ۲۰٪ بارداری‌ها رخ می‌دهد، بیش از ۸۰ درصد سقط‌ها در سه ماهه اول حاملگی رخ می‌دهد و پس از آن این میزان به سرعت کاهش می‌یابد. علت بروز سقط جنین همیشه مشخص نیست ولی در ماه‌های اول حاملگی تقریباً در همه موارد، مرگ جنین قبل از سقط جنین صورت می‌گیرد. به این دلیل بررسی علل سقط جنین شامل تعیین علت مرگ جنین در صورت امکان است.

سقط جنین عمدی به معنای ختم حاملگی با دارو یا عمل جراحی قبل از زمانی است که جنین بتواند زنده متولد شود که به دو صورت سقط قانونی و سقط غیر قانونی تقسیم می‌شود.

از آنجایی که سقط جنین در بعضی موارد جهت پیشگیری از صدمات جدی یا دائمی به مادر یا جهت حفظ زندگی یا سلامت مادر قابل اجرا است لذا سقط جنین عمدی از سال ۱۹۷۳ تاکنون مرجعیت پیدا کرده است.

سقط درمانی یکی از انواع سقط جنین عمدی بوده که به منظور حفظ سلامت مادر در موارد ذیل انجام می‌شود:

۱- زمانی که ادامه حاملگی زندگی مادر را به مخاطره می‌اندازد یا شدیداً به سلامت او صدمه وارد می‌کند.

۲- زمانی که ادامه حاملگی منجر به تولد نوزادی با ناهنجاری‌های فیزیکی شدید یا کندذهنی می‌گردد.

سقط جنین غیرقانونی در واقع سقط جنین‌هایی است که توسط پزشکان غیرمسئول، افراد غیر پزشک و با استفاده از امکانات غیرقانونی صورت می‌گیرد و اکثراً توسط شخصی انجام می‌گیرد که مورد تأیید قانون کشور نیست. این گونه سقط‌های غیرقانونی اغلب با خونریزی شدید، عفونت، شوک عفونی و نارسایی حاد کلیه همراه هستند و در اکثر موارد منجر به مرگ مادر می‌شوند.

دلایل متعددی می‌تواند موجب شود که زنان باردار متقاضی سقط باشند در این پژوهش پژوهشگر به مقایسه کفایت اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و احساس خودکارآمدی زنان متقاضی سقط جنین و زنان غیر متقاضی پرداخته است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که بین زنان متقاضی سقط جنین و زنان غیر متقاضی سقط جنین در میانگین کفایت اجتماعی تفاوت معنی دار آماری وجود دارد ( $F = 78,60$  و  $P < .01$ ) اندازه اثر بدست آمده برابر با  $.445$  است که مقدار تاثیر بزرگی را نشان می‌دهد. بررسی میانگین کفایت اجتماعی بین گروه‌ها نشان داد که زنان متقاضی سقط جنین به طور معنی داری میانگین بالاتری در کفایت اجتماعی در مقایسه با زنان غیر متقاضی سقط جنین دارند و می‌توان گفت که کفایت اجتماعی زنان متقاضی سقط جنین بیشتر از زنان غیر متقاضی سقط جنین است. میانگین کفایت اجتماعی در زنان عادی برابر با  $144,86$  و در زنان متقاضی سقط جنین برابر با  $212,46$  است.

با توجه به اینکه کفایت اجتماعی برای منعکس کردن طیف گسترده‌ای از مهارت‌ها، توانایی‌ها و فرایندهای شناختی که مستلزم تعاملات اجتماعی موثر است، به کار می‌رود (داو و ریچ، ۲۰۰۱؛ به نقل از راینو، ۲۰۰۸) و یک مولفه ضروری برای سلامت روانی و سازگاری روان شناختی می‌باشد و شیوه‌ای است که افراد به وسیله آن اساسی‌ترین مشکلات در روابط انسانی را تعریف و حل و فصل می‌کنند (راینو، ۲۰۰۸).

راور و زیگلر (۱۹۹۷)، کفایت اجتماعی را توانایی یا قابلیت به طور مثبت احساس کردن خود و هماهنگی و تناسب خود در شبکه روابط مثبت با خانواده و همسالان تعریف کرده‌اند، کنت داج (۱۹۸۵)، ابتدا یک مدل از کفایت اجتماعی را براساس نظریه پردازش اطلاعات مطرح کرد. بر اساس نظریه پردازش اطلاعات اجتماعی تصور می‌شود، پاسخ رفتاری در یک موقعیت معین تاثیر

می‌گذارد و فرایندهای زیر را شامل می‌شود: پذیرش نقش، تکانش‌گری، وساطت کلامی، حل مساله و کشف مفهوم نشانه (داج، ۱۹۸۵؛ به نقل از راینو، ۲۰۰۸).

در این مدل فرض بر این است که افراد باید قبل از پاسخگویی به نحو با کفایت، از چندین مرحله عبور کنند. این مراحل عبارتند از: رمزگردانی نشانه‌های اجتماعی در محیط، بازنمایی ذهنی نشانه‌ها و تعبیر و تفسیر کردن، ایجاد کردن، دستیابی، و یا در دسترس ساختن یک یا چند پاسخ رفتاری به نشانه‌ها، ارزشیابی پیامدهای بالقوه هر پاسخ و گزینش، اجرای پاسخ و نظارت و کنترل شخص بر نتایج که تصور می‌شود قواعد و الگوهای خاصی هستند که بر پاسخ‌های فرد تاثیر می‌گذارند. گفته می‌شود که پردازش نابهنجار و غیر عادی به صورت نقصان مهارت‌های پردازش یا سوءگیری در پردازش الگوها اتفاق می‌افتد. افراد بی کفایت از لحاظ اجتماعی، رمزگردانی نامناسب و سوءگیری شده و تفسیرهای نادرست و دارای سوگیری از نشانه‌های اجتماعی، جستجوی پاسخ‌های ناقص، توانایی‌های حل مساله ناکافی و الگوهای ارزیابی پاسخ معیوب را از خود نشان می‌دهند (همان منبع).

برطبق نظر داج، پنج مولفه تعامل اجتماعی وجود دارد: رفتار اجتماعی، فرایند فیلتر کردن (تصفیه‌سازی)، پردازش اطلاعات، پاسخ رفتاری و قضاوت ایجاد شده توسط دیگران، به نظر می‌رسد زنان متقاضی سقط جنین به دلیل پردازش شناختی خود و موقعیت را ارزیابی می‌نمایند و چون احساس می‌کنند داشتن فرزند می‌تواند کفایت اجتماعی آنان را آسیب برساند تصمیم به انجام سقط جنین می‌گیرند.

با توجه به مدل سه وجهی کفایت اجتماعی اغلب توانایی شخص برای عملکرد موثر یا کارآمد در موقعیت‌های اجتماعی را شامل می‌شود، به علاوه کفایت اجتماعی اغلب از طریق تایید و پذیرش همسالان، قضاوت در مورد کفایت اجتماعی و دستاوردهای اجتماعی مشخص می‌شود. با این وجود، هر یک از عوامل تعیین‌کننده کفایت اجتماعی بر پایه ارزیابی‌های دیگران در مورد فرد قرار دارند. دستاوردهای اجتماعی، به عنوان اهداف یا دستاوردهایی که توسط فرهنگ یا جامعه شخص ارزش نهاده می‌شوند، توصیف می‌شوند. قضاوت در مورد کفایت اجتماعی به عنوان درجه‌ای توصیف می‌شود که شخص ویژگی‌ها یا خصوصیات که از نظر اجتماعی شایسته و مطلوب در نظر گرفته می‌شود، را از خود بروز می‌دهد. پذیرش همسالان به عنوان تایید شدن از سوی همسالان تعریف شده است و اغلب از طریق درجه بندی‌های روان‌سنجی و هنجارهای همسالان به دست می‌آید (کاول، ۱۹۹۰). در حوزه مهارت‌های شناختی، توانایی تصمیم‌گیری است. تمایز در این حوزه می‌تواند بین مهارت‌های تصمیم‌گیری بین فردی از یک طرف و غیر شخصی از طرف دیگر ایجاد شود. مهارت‌های تصمیم‌گیری بین فردی عبارتند از توانایی ایجاد راه حل‌های بدیل مساله، توانایی توسعه طرح‌های عملی و کارآمد برای رسیدن به اهداف مطلوب، توانایی پیش‌بینی پیامدهای رفتاری برگزیده برای اجرا، و ارزیابی موثر پیامدهای بالقوه یک پاسخ رفتاری برگزیده. مهارت‌های حل مساله غیر شخصی شبیه مهارت‌های بین فردی می‌باشد، ولی به طور مستقیم با موقعیت‌ها و مسائل بین فردی ارتباطی ندارد. مولفه‌های مهارت‌های شناختی شامل طرحواره، اسنادهای ایجاد شده در طول اجرای تکلیف اجتماعی و انتظارات درباره رویدادهای آینده می‌باشد. خطاهای شناختی، تحریف‌ها و عقاید غیر منطقی برای اثبات بی کفایتی اجتماعی در افراد اغلب مورد توجه قرار می‌گیرند (دبویس و فلنر، ۱۹۹۶).

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که بین زنان متقاضی سقط جنین و زنان غیر متقاضی سقط جنین در میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد ( $F = ۷۴,۷۸$  و  $P < .۰۱$ ) اندازه اثر بدست آمده برابر با  $.۸۱۷$  است که مقدار تاثیر بزرگی را نشان می‌دهد و بالاترین اندازه اثر در بین تمامی متغیرهاست. بررسی میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده بین گروه‌ها نشان داد که زنان غیر متقاضی سقط جنین به طور معنی‌داری میانگین بالاتری در حمایت اجتماعی ادراک شده در مقایسه با زنان متقاضی سقط جنین دارند و می‌توان گفت که حمایت اجتماعی ادراک شده زنان غیر متقاضی سقط



جنین بیشتر از زنان متقاضی سقط جنین است. میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان عادی برابر با ۷۳،۵۰ و در زنان متقاضی سقط جنین برابر با ۳۵،۲۴ است.

پژوهشگر دسترسی به پژوهشی در مورد حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان متقاضی سقط و غیر متقاضی نداشت، اما با توجه به اینکه خانواده و دوستان، نقش مهمی در دلگرم کردن فرد برای رسیدن به اهداف بهداشتی ایفا می‌کنند، کمک آنها مهمترین جزء حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی این گونه تعریف شده است: هرگونه محرکی که به پیشرفت اهداف فرد حمایت شده کمک کند (کاپلان ۱۹۷۹، به نقل از دی ماتئو، ۱۹۹۱، ترجمه کاویانی و همکاران، ۱۳۸۸). حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند گفته می‌شود (کاب، ۱۹۷۶؛ جنتری و کوباسا، ۱۹۸۴؛ دولیس، ۱۹۸۳؛ ویلز، ۱۹۸۴، به نقل از سارا فینو، ۲۰۰۲، ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۳۸۷).

در میان منابعی که فرد در رویارویی با رویداد طاقت فرسا در اختیار دارد می‌توان منابع شخصی (کنترل، خودکارآمدی محسوس، صلاحیت و...) را از منابع اجتماعی (کمک ارائه شده توسط دیگران) متمایز کرد (احدی، رباطی، ۱۳۸۸). دو نوع کلی حمایت اجتماعی وجود دارد: حمایت ملموس که مشتمل بر امکانات مادی است که به نحوی برای فرد سودمند است، و حمایت روانی که به افراد کمک می‌کند تا حالت‌های هیجانی و عاطفی‌ای را که باعث بهبود می‌شود، در خود ایجاد نماید. حمایت اجتماعی ملموس، از بیرون به فرد یاری می‌رساند و حمایت اجتماعی روانی، کمک می‌کند تا فرد احساس بهتری داشته باشد (دی ماتئو، ۱۹۹۱، ترجمه کاویانی و همکاران، ۱۳۸۸).

بر اساس فرضیه سپر، حمایت اجتماعی، از طریق محافظت فرد در برابر تاثیرات منفی استرس زیاد، بر سلامت او موثر است و نقش محافظتی برای فرد در زمانی که فرد به استرس شدید دچار باشد دارد. این محافظت دست کم از دو راه صورت می‌گیرد راه اول ارزیابی شناختی است. زمانی که فرد با موقعیتی بسیار استرس‌زا مواجه می‌شود مثلاً با بحران مالی، کسانی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند، موقعیت را به اندازه کسانی که از حمایت کمتری بهره می‌گیرند، استرس‌زا ارزیابی نمی‌کنند. کسانی که حمایت اجتماعی بسیاری از آنان به عمل می‌آید، ممکن است فکر کنند یکی از کسانی که می‌شناسند می‌تواند به او کمک کند بنابراین این استرس کمتری احساس می‌کند و موقعیت را استرس‌زا ارزیابی نمی‌کند. راه دوم، شامل تعدیل واکنش در برابر موقعیتی است که استرس‌زا ارزیابی شده است و فرضیه تاثیر مستقیم حاکی از این است که صرف نظر از میزان استرس، حمایت اجتماعی در هر صورت برای سلامت مفید است چون افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری دارند احساس تعلق و عزت نفس بیشتری می‌کنند. نگرش مثبتی که در چنین موقعیتی پدید می‌آید می‌تواند برای فرد مفید باشد (سارا فینو، ۲۰۰۲، ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۳۷۸).

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که بین زنان متقاضی سقط جنین و زنان غیر متقاضی سقط جنین در میانگین خودکارآمدی تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد ( $F = 158,26$  و  $P < .01$ ) اندازه اثر بدست آمده برابر با ۰/۶۱۸ است که مقدار تاثیر بزرگی را نشان می‌دهد. بررسی میانگین خودکارآمدی بین گروه‌ها نشان داد که زنان عادی به طور معنی‌داری میانگین بالاتری در خودکارآمدی در مقایسه با زنان متقاضی سقط جنین دارند و می‌توان گفت که خودکارآمدی زنان غیر متقاضی سقط جنین بیشتر از زنان متقاضی سقط جنین است. میانگین خودکارآمدی در زنان غیر متقاضی سقط جنین برابر با ۴۵،۴۶ و در زنان متقاضی سقط جنین برابر با ۲۹،۸۰ است.

در چارچوب نظریه خودکارآمدی بندورا (۱۹۹۳) چنین بیان می‌شود که افراد با باورهای قوی به توانایی‌های خود، نسبت به افرادی که به توانایی خود تردید دارند در انجام تکالیف کوشش و پافشاری بیشتری از خود نشان می‌دهند و در نتیجه عملکرد آنان در انجام تکالیف بهتر است. به تعبیر دیگر در نظریه شناختی اجتماعی بندورا مفهوم خودکارآمدی یا توانایی ادراک شده فرد



در انطباق با موقعیت های مشخص است (بندورا، ۱۹۹۷) مفهوم خودکار آمدی به قضاوت افراد درباره توانایی آنها در انجام یک کار یا انطباق با یک موقعیت خاص مربوط است. (جان، پروین، ۲۰۰۱؛ ترجمه جوادی، کدیور، ۱۳۸۶).

بندورا اعتقاد دارد که ارزیابی های خودکار آمدی، تاثیر عمیقی بر سطح انگیزش ما دارد. هنگامی که اعتقاد داشته باشیم در تکالیف به خوبی عمل می کنیم، با وجود مکث های موقت روی آنها، سخت تر و با پشتکار بیشتر کار می کنیم. هنگامی که به توانایی هایمان شک می کنیم. با انرژی کمتری کار می کنیم و احتمال بیشتری وجود دارد که هنگام روبروشدن با اولین مشکل آن را رها سازیم (به نقل از کرین، ترجمه خویی نژاد، ۱۳۸۴)

بر اساس نظریه خود کارآمدی بندورا به نظر می رسد، باورهای خود کارآمدی به زن باردار کمک می کند تا احساس توانمندی در پرورش فرزند را در خود احساس کند و در نگه داشتن جنین خود بکوشد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که بین زنان متقاضی سقط جنین و زنان غیر متقاضی سقط جنین در میانگین بهزیستی روان شناختی تفاوت معنی دار آماری وجود دارد ( $F = 78,60$  و  $P < .01$ ) اندازه اثر بدست آمده برابر با  $.433$  است که مقدار تاثیر بزرگی را نشان می دهد. بررسی میانگین بهزیستی روان شناختی بین گروه ها نشان داد که زنان متقاضی سقط جنین به طور معنی داری میانگین بالاتری در بهزیستی روان شناختی در مقایسه با زنان غیر متقاضی سقط جنین دارند و می توان گفت که بهزیستی روان شناختی زنان متقاضی سقط جنین بیشتر از زنان غیر متقاضی سقط جنین است. میانگین بهزیستی روان شناختی در زنان عادی برابر با  $69,16$  و در زنان متقاضی سقط جنین برابر با  $81,68$  است.

ریف تعریف خود بهزیستی را «کوششی برای تکمیل بازنمایی های ادراک توانایی حقیقی فرد» می داند. مطالعات روان شناسان شناختی و اجتماعی نیز از دیگر خطوطی بود که مطالعات بهزیستی ذهنی را تحت تاثیر قرار داد. این گرایش پژوهشی به مطالعه این موضوع می پرداخت که چگونه تطبیق و تغییر معیارها، احساسات بهزیستی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد (مثل بریکمن و کمبل، ۱۹۷۱ پاردوسی، ۱۹۹۵، به نقل از دینر، اوشی و لوکاس، ۲۰۰۳).

ساختار بهزیستی ذهنی از سه مولفه رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و عدم حضور عاطفه منفی تشکیل شده است، عاطفه مثبت و منفی مولفه های متمایزی هستند که برخلاف تصور عموم آنها دو انتهای یک پیوستار نیستند. به عبارت دیگر رفع کردن درد لزوما لذت را افزایش نخواهد داد و پاک کردن دنیا از غم و اضطراب لزوما جهان را به یک مکان شاد مبدل نخواهد ساخت (باست، ۲۰۰۸).

پژوهشگران شواهدی که بیانگر وجود رابطه بین بهزیستی ذهنی و شرایط زندگی است را فراهم آورده اند. شواهد نشان می دهد که این رابطه یک رابطه متوسط است و این موضوع خود ایده سازگاری را تایید می کند. مثلا کمپل، کانورس و راجرز (۱۹۷۶) به نقل از دینر و سو (۲۰۰۰) چنین برآورد کردند که منبع درآمد، تعداد دوستان، ایمان مذهبی، هوش و آموزش روی هم تنها ۱۵ درصد از واریانس شادکامی را تبیین می کند. کمپل و همکاران (۱۹۹۳) به نقل از دینر و سو، (۲۰۰۰) در بررسی های خود نشان دادند که تنها یک رابطه مثبت پایین بین درآمد و بهزیستی ذهنی وجود دارد. افراد ثروتمند تا حدود کمی از افراد فقیر شادتر هستند. به همین شکل، دینر، وولسیک و فوجیتا (۱۹۹۵) به نقل از دینر و سو، (۲۰۰۰) نشان دادند که کسب محبوبیت بالا و جذابیت جسمانی تنها میزان بسیار کمی از واریانس عاطفه خوشایند، عاطفه ناخوشایند و رضایت از زندگی را در بین دانشجویان تبیین می کند. پژوهش با سالمندان نیز نشان می دهد که سلامت جسمانی عینی یک رابطه بسیار آشکار با بهزیستی ذهنی دارد.

به علاوه پژوهش ها نشان می دهد که افراد بسیار سریع با بسیاری از شرایط سازگار می شوند. مثلا سو، دینر و فوجیتا (۱۹۹۶) به نقل از دینر، (۲۰۰۰) نشان دادند که در کمتر از ۳ ماه اثرات حوادث مهم زندگی تاثیر خود بر بهزیستی ذهنی را از دست می دهد. یعنی اثرات حوادث مهم زندگی بر بهزیستی ذهنی در کمتر از سه ماه رنگ می بازد. استون و نیل (۱۹۸۴) به نقل از دینر، (۲۰۰۰) اثرات یک حادثه منفی زندگی را بررسی کردند. آنها چنین گزارش کردند که تغییرات خلقی، در همان روزهای اولیه حادثه قابل



مشاهده است ولی شواهد قوی برای تغییر خلق آنان در روزهای بعدی وجود ندارد. نتایج نشان می‌دهند که حوادث منفی بیشتر از دو روز یا بیشتر دوام نمی‌آورد. وینتر، لوتون، گاستن و ساندو (۱۹۹۹ به نقل از دینر، ۲۰۰۰) نشان دادند که ازدواج و بیوه شدن به ترتیب بالا بودن و پایین بودن بهزیستی ذهنی را ۶ تا ۸ هفته بعد از حادثه پیش بینی می‌کند. ایده اصلی بریکمن و کمپل (۱۹۷۱ به نقل از دینر، ۲۰۰۰) مبنی بر این که مردم قویا به حوادث خوب یا بد واکنش نشان می‌دهند، اما بعد از آن، آنها آن اتفاق را می‌پذیرند و کم کم به سطح اولیه شادکامی خود دست می‌یابند با انتقاد روبرو شده است. به نظر می‌رسد زنان متقاضی سقط چون بسیار سریع به شرایط قبلی خود باز می‌گردند کمتر احساس ناراحتی به دلیل از دست دادن جنین خود می‌کنند و بهزیستی روان شناختی بالاتری دارند

## منابع

- احدی، حسن؛ رباطی، افشین. (۱۳۸۸). روانشناسی سلامت. کرج انتشارات سرافراز
- آخوندی، محمد مهدی، بهجتی اردکانی، زهره. (۱۳۸۱). ضرورت بررسی ریشه ای ابعاد متنوع سقط جنین در ایران. فصلنامه بارداری و ناباروری. صص ۱۸-۱۹.
- ارجمندنی، علی اکبر؛ افروز، غلامعلی؛ نامی، محمد صالح. (۱۳۹۲) مقایسه میزان فشار روانی و رضایتمندی زنان و حمایت اجتماعی ادراک شده والدین کم توان ذهنی و کودکان عادی در استان گلستان. مجله تعلیم و تربیت استثنایی. سال سیزدهم. شماره ۳. پیاپی ۱۱۶-صص ۱۵-۵.
- اسلامی، سید حسن. (۱۳۸۴). رهیافت های اخلاقی به سقط جنین. فصلنامه باروری و ناباروری. ۳۲۱-۳۴۲.
- اصغری، فرهاد؛ سعادت، سجاد؛ عاطفی کرجودانی، ستاره؛ جانعلی زاده کوکنه، سحر. (۱۳۹۳) رابطه بین خودکارآمدی تحصیلی با بهزیستی روان شناختی، انسجام خانواده و سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه خوارزمی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی دوره ۱۴. پیاپی ۵۹۳.۷-۵۸۴.
- بهداری خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت آبادی، تورج. (۱۳۹۱). رابطه اضطراب اجتماعی، خوش بینی و خودکارآمدی با بهزیستی روان شناختی. در دانشجویان. مجله پزشکی ارومیه. دوره ۲۳. شماره ۲. ۱۲۲-۱۱۵.
- بهجتی اردکانی، زهره؛ آخوندی، محمد مهدی؛ صادقی، محمدرضا؛ صدیقی اردکانی، هومن. (۱۳۸۴). ضرورت بررسی ابعاد مختلف سقط جنین را در ایران. فصلنامه باروری و ناباروری. ۲۹۹-۳۲۰.
- توزنده جانی، حسن؛ توکلی زاده، جهانشیر؛ لگزیان، زهرا. (۱۳۹۰). اثر بخشی شیوه های فرزند پروری بر خودکارآمدی و سلامت روان دانشجویان علوم انسانی دانشگاه پیام نور نیشاپور. افق دانش. فصلنامه دانشکده علوم پزشکی و خدمات درمانی گناباد. دوره ۱۷. شماره ۲. ۶۵-۵۶.
- پزشکیان، مسعود. (۱۳۸۲). پیام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مناسبت روز جهانی جمعیت.
- دی مایثو، ام. رابین. (۱۳۷۸) روانشناسی سلامت. ترجمه موسوی اصل، سید مهدی؛ سالاری فر، محمد رضا؛ آذربایجانی، مسعود؛ عباسی، اکبر. تهران. انتشارات سمت. (تاریخ چاپ به زبان اصلی ۱۹۹۱).
- ریاحی، محمد اسماعیل؛ علی وردی نیا، اکبر؛ پورحسین، زینب. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی. سال دهم. شماره ۳۹. صص ۱۲۱-۸۵.
- ریو، جان مارشال. (۱۳۸۵). انگیزش و هیجان ترجمه یحیی سید محمدی، ویراست چهارم، چاپ نهم، تهران: انتشارات ویرایش (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۵).



سارافینو، ادوارد پ. (۱۳۸۷). ترجمه شفیع، فروغ؛ میرزایی، الهه؛ افتخار اردبیلی، حسن؛ گرمارودی، غلامرضا؛ احمدی ابهری، سید علی؛ منتظری مقدم، علی؛ قوامیان، پریش؛ جزایری، ابوالقاسم؛ نورایی، سید مهدی؛ ندیم، ابوالحسن. تهران: انتشارات رشد. (تاریخ چاپ به زبان اصلی ۲۰۰۲).

شولتز، دوان. (۱۳۸۶). نظریه های شخصیت. ترجمه یوسف کریمی و همکاران. تهران: نشر ارسباران (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۹).

شولتز، دوان و شولتز، سیدنی ال. (۱۳۸۵). نظریه های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ویرایش (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۸).

شولتز، دوان و شولتز، سیدنی ال. (۱۳۸۶). نظریه های شخصیت. ویراست هشتم تهران: نشر ویرایش (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۵).

فراهانی، محمد تقی. (۱۳۷۸). روانشناسی شخصیت، انتشارات تربیت معلم.

کاظمی، رضا؛ مومنی، سوپیل؛ کیامرئی، آذر. (۱۳۹۰). بررسی اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی بر کفایت اجتماعی دانش آموزان مبتلا به اختلال ریاضی. مجله ناتوانی های یادگیری. دوره ۱ شماره ۱. ۹۴-۱۰۸.

کرین، ویلیام. (۱۳۸۴). نظریه های رشد (مفاهیم و کاربردها). ترجمه غلامرضا خوبی نژاد و علیرضا رجایی. تهران: انتشارات رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

کدیور، پروین. (۱۳۷۸). روانشناسی اخلاق، چاپ اول، تهران، نشر آگاه.

موللی، گیتا؛ آبکنار، سیده سمیه؛ عاشوری، محمد. (۱۳۹۲). بررسی اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی بر کفایت اجتماعی دانش آموزان کم شنوا دوفصلنامه پژوهش های گفتار و زبان. شماره ۱، ۴۷-۴۱.

Abbott, R.A., Croudace, T.J., Ploubidis, G.B., Kuh, D, Richards, M., & Hupper, F. (2008). The relation between early personality and midlife psychological well-being : evidence from a UK birth cohort study, Soc psychiatry epidemiol , 43, 679-687 .

Argyle, M. (2001). Psychology of happiness (2nd ed.). East Sussex: Routledge.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall .

Bandura, A. (1992). Self- efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (Ed). Self- efficacy: Thought control of action (pp.355-394). Washington, DC: Hemisphere .

Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), self-efficacy in changing societies (pp.1-45). Cambridge, England: Cambridge university press.

Bandura, A. (1997). Self- efficacy: The exercise of self- control. New York: W.H. Freeman & Co .

Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy, current directions in psychological. 9. pp,75-78.



- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G.V. & Pastorelli, C. (2001) Self- efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories. *Child Development* 72, 187-206.
- Bandura .A.(2004).Cultiving competence ,self efficacy and intrinsic hroughproximal self motivation .*J per Soc Physiol* 41(3) :586-98.
- Bandura, A. (2006). Adolescent development from and agnatic prespective. *Inf.pajares and T.urdan (Eds.)*. self-efficacy beliefs of Adole sent, 5 , 143-146.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G.V. & Pastorelli, C. (2001) Self- efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories. *Child Development* 72, (1), 187-206.
- Bandura, A., Cioffi, D, Taylor, C.B. & Broullillard, M.E. (1988). Perceived selfefficacy in coping with cognitive estressors and opioid activation. *Journal of Personality and Social Psycholgy*, 55, 479-488.
- Bandura .A.(2006). Towards a psychology of human agency . *Perspect Psychol Sci* .1: 164-80 .
- Chan, R. and S. Joseph: (2000). Dimensions of personality, domains of aspiration, and subjective well-being, *Personality and Individual Differences* 28, pp. 347–354.
- Chang, E. C.(2002). Perdicting suicide ideation in an adolescent population: Examining the role of social problem solving as a moderator and a mediator, *personality and individual differences*, 32, 1279-1291.
- Chang,E., D`Zurilla.,T.J.,& Sanna, L.J.(in press). Social problem solving as a mediator of the link between stress and psychological well – being in middle – adulthood, *Cognitive therapy and research* .
- Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging*, 16, 524–531.
- Chang, E C., Tugade, M. M., & Asakawa, K. (2006). Stress and coping among Asian Americans: Lazarus and Folkman's model and beyond. In P. T. P. Wong, & L. C. J. Wong (Eds.), *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping*. (pp. 439-455). Springer.
- Danner, D.D., Snowdon, D.A. & Friesen, W.V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804–813.
- Davidson, R. J. (2005). Well-being and affective style: Neural substrates and biobehavioral correlates. In F. Huppert, N. Baylis, & B. Keverne (Eds.), *The science of well-being* (pp. 107–139). Oxford, England: Oxford University Press.
- DeNeve, K. M., & Cooper, M.A.(1998). The happy personality: A meta- analysis of 137 personality trait and subjective well-being, *psychological bulletin*. 124, 197-229.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34–43.



- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663 .
- Diener E, Oishi S, Lucas R.E. (2003): Personality, culture , and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life, *Annual Review of psychology*, 54, 403-425.
- Diener E, Lucas R.E. Oishi S., Suh, E.M (2002): Looking up and down: Weighting good and bad information in life satisfaction judgments. *Personality social psychology bulletin*, 28, 437-445 .
- Diener E, Lucas R.E., Scollon, N. S. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being, *American Psychologist*, Vol. 61, 305-314.
- Diener ED .(2003). Subjective well- being .Three decades of well-being *Psychol Bull* :125(2) :276 -302.
- Diener, E.D., Scollon, N. S., & Lucas, R. E. (2003). The Evolving Concept of Subjective Well-Being: The Multifaceted Nature of Happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: Toward an economy of wellbeing. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 1-31.
- Diener, E., & Suh, E.M. (2000). *Culture and Subjective well-being*, New York and London, Guilford Press.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress, *psychological bulletin* , 125, 276-302.
- Felner ,R.D., Lease .A .M., Philips ,R.C.(1990) Social Competence and the Language of Adequacy as Subject Matter for Psychology :A Quaderipartite Travel Framework .in T P. Gulltoa Headey, B.(2006). Subjective well – being: Revision to dynamic equilibrium theory using national panel data and panel regression methods, *social indicators research*, 79, 369- 403.
- Kato, K., & Pedersen, N. L. (2005). Personality and coping: A study of twins reared apart and twins reared together. *Behavior Genetics*, 35, 147-158.
- Kendler, K.S., Myers, J.M. & Neale, M.C. (2000). A multidimensional twin study of mental health in women. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 506-513.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, (6) 1007-1022.
- King, L.A.(2008). Interventions for enhancing subjective well-being, In R.J. Larsen & M. Eid (Eds), *the science of subjective well being*(pp. 431- 448). New York, The Guilford Press.
- Kishton, J. M., & Widaman, K. F. (1994). Unidimensional versus domain representative parceling of questionnaire items: An empirical example, *Educational and Psychological Measurement*, 54, 757 – 766.
- Johnson, M.O., & Elliott, T.R. (2006). A social problem-solving model of adherence to HIV medications, *Health Psychology*, Vol. 25 3, 355-363.





Landman .P.Karlien .MC.(2005). Gender differences in the relation between social support ,problems in parent –offspring communication , and depression and anxiety , Social Sciences & Medicin ,60 .2549-59.

Larsen, R.J., & Eid, M. (2008). Ed Diener and the science of subjective well being, In R.J. Larsen & M. Eid (Eds), the science of subjective well being(pp. 1- 14). New York, The Guilford Press.

Lent.R.W.(2004). toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychological adjustment, Journal of counseling psychology, Vol 51, No 4, pp 482- 509

Lucas, R.E.,& Diner, E. (2008). Personality and subjective well-being. ", in O.P. John, R.W. Robins and L.A. Pervin (eds.), Handbook of of personality (Guilford Press, New York & London), pp. 795- 819

Lucas, R.E., Diener E., & Suh,E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. Journal of personality and social psychology, 71, 616-628.

Lucas, R.E. & Fujita, F.(2000). Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect. Journal of personality and social psychology. 79, 1039-1056.

Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. Psychological Science, 7, 186–189.

Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. American Psychologist, 56, 239–249.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? Psychological Bulletin, 131, 803–855.

Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 65, 1046– 1053.

McMurrin, M., Blair, M., & Egan, V. (2002). An investigation of the correlations between aggression, impulsiveness, social problem-solving, and alcohol use. Aggressive Behavior,28, 439–445.

Miller, E.D., & Wortman, C.,B. (2002). Gender differences in morbidity and mortality following a major stressor: The case of conjugal bereavement. In G. Weidner, M. S. Kopp & M. Kristenson (Eds). Heart disease: Environment stress and gender, (pp.251- 266.)

Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. American Psychologist, 55, 56–67.

Myers, D.G. & Diener, E. (1995). Who is happy? Psychological Science, 6(1), 10–19.

Park,N.(2004). The role of subjective well being in positive youth development, American Academy of Political and Social Science, 591, 25- 39.

Nes, R. B., Roysamb, E., Tambs, K., Harris, J. R., & Reichborn-Kjennerud, T. (2006). Subjective well-being: Genetic and environmental contributions to stability and change, Psychological Medicine, 36, 1033–1042.



Pavot, W. & Diner, E. (2004). The subjective evaluation of well-being in adulthood: findings and implication, *Ageing international*, 29, 113-135.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28

Ryff, C. D. (1989). Happiness is evening or is it? Exploration on the meaning of psychological Well-being. *J pers Soc Psychol* 6:1069-81.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being. *J pers Soc psycho*. 69 :719-27

Schimmack, U., Oishi, S., & Diener, E. (2005). Individualism: A valid and important dimension of cultural differences between nations. *Personality and Social Psychology Review*, 9 (1), 17-31 .

Schullz, U. & Schwartzberg R. (2004). Long-term effects of spousal Support on coping with cancer after surgery, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5) 716-32.

Selkirk, A. K. (2008). Subjective well-being and exercise: A causal-comparative study of regular and non-regular exercisers, Unpublished doctoral dissertation, Capella university, Minneapolis.

Sheldon, K. M., & Hoon, T. H. (2007). The multiple determination of well-being: Independent effects of positive traits, needs, goals, selves, social supports, and cultural contexts, *Journal of happiness studies*, 8, 565-592 .

shu, E., Diener, E., & Triandis, H. C. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgment across cultures: Emotion versus norms. *Journal of personality and social psychology*. 74, 482-493.

Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive Conceptions of Perfectionism: Approaches, evidence, challenges, *personality and social psychology Review*, 10, 295-310

Taylor, S. E. (1999): *Health psychology*, (4th) edition, Mc Graw-Hill, Boston.

Tkach, C., & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness?: Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being, *Journal of Happiness Studies*, 7, 183-225.

Wood, A. M. & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *J Affect Disord*. volume 122, P 213-217.

Zhang, L., & Leung, J. (2002) Moderating effects of gender and age on the relationship between self-esteem and life satisfaction in mainland Chinese, *International Journal of Psychology*, 37, 83-91.

**Abstract:**

This study is done in order to compare social competence, perceived social support, psychological well-being and sense of self-efficacy between women who seeking abortion and who are not. The method of this study was after the event, so that 50 women of seeking abortion who went to Obstetrics and Gynecology Clinic in Tehran compared with 50 women who are not. They were selected in sampling for being available and purposive and we made a comparison between them. The tools using for this study was social competence, perceived social support, psychological well-being and self- efficacy questionnaire. Data were analyzed using multiple variance analysis.

Findings show that there is a meaningful relation between social competence, perceived social support, psychological well-being and self- efficacy of women seeking abortion and women who are not. The women seeking abortion have less perceived social support and self-efficacy in comparison with the ones who are not. Also, social competence and psychological well-being of women seeking abortion is higher than they are not.

**Keywords:**

Social competence; perceived social support; psychological well-being; self- efficacy; abortion