



The Mediating Role of Self-efficacy in the Relationship between Quality of Life and Emotional Maturity with a Desire for Childbearing

Narges Karimian^{1, }, Masoud Hejazi^{2,*, }

¹MSc Clinical Psychology, Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

²Assistant Professor, Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

* **Corresponding author:** Masoud Hejazi, Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran. E-mail: masoud.hejaziaz@gmail.com

Received: 15 Apr 2019

Accepted: 27 Aug 2019

Abstract

Introduction: The population decline in our country is a worrying process, as fertility rates have dropped significantly in recent years. In the meantime, some factors appear to influence women's low tendency to adopt children. Therefore, the present study aimed to determine the mediating role of self-efficacy in the relationship between quality of life and emotional maturity with a tendency to childbearing in married women in Zanjan.

Methods: The method of study was descriptive-correlation. The statistical population of the study included all married women in Zanjan, 300 of whom were selected through random cluster sampling. Data gathering tools were standard questionnaires of World Health Quality of Life, Sink and Baharawa's emotional maturity, Scherrer's self-efficacy and Rad and Savabi Fertility. Pearson correlation and multiple regression tests were used for data analysis. Baron and Kenny's four-step method was used to determine the mediator role.

Results: Quality of life (total score) and psychological and environmental dimensions were significantly correlated with the tendency to adopt children. ($P < 0.05$). There was also a relationship between total emotional immaturity, emotional return, personality decay, and social maladaptation with a tendency to adopt children ($P < 0.05$). Finally, there was a significant relationship between self-efficacy and the tendency to adopt children ($P < 0.05$). The mediating role of self-efficacy also showed that this variable mediates the relationship between quality of life with the tendency to adopt and also the relationship between emotional maturity and the tendency to adopt.

Conclusions: Self-efficacy can positively and directly increase the relationship between quality of life and emotional maturity with the tendency to adopt.

Keywords: Self-efficacy, Quality of Life, Emotional Maturity, Tendency to Adopt Children



نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه بین کیفیت زندگی و بلوغ عاطفی با تمایل به فرزندآوری

سیده نرگس کریمیان^۱، مسعود حجازی^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی، گروه روان شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران
^۲ استادیار روان شناسی، گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران
 * نویسنده مسئول: مسعود حجازی، گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران. ایمیل: masoud.hejaziaz@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۲۶

چکیده

مقدمه: کاهش جمعیت در کشور ما روند نگران کننده‌ای دارد، بطوریکه در سال‌های اخیر نرخ باروری کاهش قابل توجهی داشته است. در این میان به نظر می‌رسد برخی عوامل در تمایل پایین زنان به فرزندآوری تأثیر داشته باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه بین کیفیت زندگی و بلوغ عاطفی با تمایل به فرزندآوری در زنان متأهل شهر زنجان انجام گرفت.

روش کار: روش مطالعه توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری مطالعه شامل تمامی زنان متأهل شهر زنجان بودند که از میان آن‌ها تعداد ۳۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های استاندارد کیفیت زندگی بهداشت جهانی، بلوغ عاطفی سینک و بهارگاوا، خودکارآمدی شرر و تمایل به باروری راد و ثوابی بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان استفاده شد. جهت تعیین نقش میانجی از روش چهار گامی بارون و کنی استفاده گردید.

یافته‌ها: کیفیت زندگی (نمره کل) و ابعاد روان‌شناختی و محیطی با تمایل به فرزندآوری ارتباط معنادار داشتند. ($P < 0/05$). همچنین بین عدم بلوغ عاطفی کل، بازگشت عاطفی، فروپاشی شخصیت و ناسازگاری اجتماعی با تمایل به فرزندآوری رابطه وجود داشت ($P < 0/05$). در نهایت بین خودکارآمدی با تمایل به فرزندآوری رابطه معنادار وجود داشت ($p < 0/05$). بررسی نقش میانجی خودکارآمدی نیز نشان داد که این متغیر در رابطه بین کیفیت زندگی با تمایل به فرزندآوری و نیز رابطه بین بلوغ عاطفی با تمایل به فرزندآوری نقش میانجی را ایفا می‌نماید.

نتیجه‌گیری: خودکارآمدی می‌تواند رابطه بین کیفیت زندگی و بلوغ عاطفی با تمایل به فرزندآوری را به‌طور مثبت و مستقیم افزایش دهد.

واژگان کلیدی: خودکارآمدی، کیفیت زندگی، بلوغ عاطفی، تمایل به فرزندآوری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

درصدی نرخ باروری را تجربه نموده که در نوع خود رتبه اول را دارد [۲].

آرزوی داشتن فرزند، خواستی همگانی است و اندوه نداشتن فرزند به‌عنوان بحرانی بزرگ در زندگی محسوب می‌شود. در جوامع مختلف داشتن فرزند ارزش فردی، اجتماعی و فرهنگی تلقی می‌شود. زوجین نابارور کوشش و هزینه فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباروری می‌کنند [۳]. تمایل به فرزندآوری در سطح خرد و کلان دارای اهمیت بالایی است. این اهمیت در خانواده و جامعه به شکل‌های متفاوتی خود

نگاهی به روند تحولات جهان نشان می‌دهد که در سه دهه‌ی اخیر، موضوع باروری زنان تغییر چشم‌گیری نشان داده است؛ به‌طوری‌که به‌زعم گیدنز؛ در میان تغییراتی که این روزها در جریان است، اهمیت هیچ‌کدام به‌اندازه‌ی اتفاقی نیست که در زندگی شخصی افراد شامل روابط جنسی، حیات عاطفی، ازدواج و خانواده در حال وقوع است [۱].

کشور ما نیز از جمله کشورهایی است که نرخ رشد جمعیت در آن نگران کننده است. کاهش نرخ باروری و در نتیجه کاهش جمعیت روند قابل توجهی در ایران دارد. بطوریکه ایران در سال‌های اخیر کاهش ۵۰

بهره جست. با استفاده از حس عاطفی می‌توان نگرشی مثبت پدید آورد [۱۷]. این نگرش مثبت در تصمیمات مهم زندگی همچون فرزند آوری می‌تواند مؤثر و مفید باشد.

حال به نظر می‌رسد در تمایل به فرزند آوری عواملی همچون خودکارآمدی می‌توانند نقش میانجی و واسطه را ایفا نمایند. این عوامل با تعدیل یا تقویت ارتباط بین فرزند آوری، کیفیت زندگی و بلوغ عاطفی می‌توانند نقش مهمی را ایفا نمایند [۴، ۱۸]. در این راستا هادی زاده طلاساز [۱۸] در مطالعه خود نشان داد که خودکارآمدی درک شده مادران در فرزند آوری آنان مؤثر است. این تأثیر در این مطالعه به صورت مثبت و مستقیم گزارش شده است. از دیدگاه بندورا، خودکارآمدی توانایی فرد در انجام یک عمل خاص یا کنار آمدن با یک موقعیت ویژه است [۱۹]. خودکارآمدی به باورهای افراد درباره توانایی‌هایشان در سامان دادن انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین اشاره دارد. یکی از جنبه‌های اساسی خودکارآمدی این باور است که فرد از راه اعمال کنترل می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود به‌ویژه در هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زایی چون فرزند آوری اثر بگذارد. از این نظر خودکارآمدی داوری و قضاوت درباره قابلیت‌ها و توانایی‌های فرد برای سازمان‌دهی و اجرای دوره‌های عمل موردنیاز برای مدیریت موقعیت‌های پیش‌بینی‌شده مؤثر بر زندگی است [۲۰]. قضاوت شخصی در مورد توانایی‌ها، بر پایه‌ی ملاک‌های مهارتی، حس کفایت شخصی در چهارچوبی خاص، تمرکز بر ارزیابی توانایی‌ها برای اجرای وظائف خاص، با توجه به اهداف و استانداردهای خودکارآمدی است [۲۱]. اینکده فرد معیارهای رفتار را تا چه اندازه درست برآورد کرده باشد، احساس کارایی شخصی فرد را تعیین می‌کند [۲۲].

همچنان که اشاره شد در سال‌های اخیر با توجه به کاهش فرزند آوری در کشور، مطالعات در این زمینه نیز افزایش یافته و هرکدام از ابعاد مختلف این چالش را مورد بررسی قرار داده‌اند. در این میان سهم مطالعاتی که از جنبه‌های جامعه‌شناختی و روان‌شناختی به این پدیده پرداخته‌اند، بیشتر از سایر حوزه‌ها است. کما اینکه در برخی مطالعات رابطه کیفیت زندگی با فرزند آوری بررسی شده درحالی‌که مطالعات انگشت‌شماری به رابطه بلوغ عاطفی با فرزند آوری در زنان اشاره نموده است. عامل خودکارآمدی زنان و تأثیر آن بر فرزند آوری نیز در مطالعات داخلی مغفول مانده و به نقش خودکارآمدی در انواع مختلف آن از جمله نقش میانجی پرداخته نشده است. این در حالی است که خودکارآمدی و بلوغ عاطفی از ویژگی‌های فردی و مهم محسوب شده و در کنار ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی همچون کیفیت زندگی، می‌تواند نقش‌سازنده‌ای در تمایل زنان به فرزند آوری داشته باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه بین کیفیت زندگی و بلوغ عاطفی با تمایل به فرزند آوری زنان شهر زنجان انجام گرفت.

روش کار

روش این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بود. محدوده زمانی مطالعه شامل اسفندماه ۱۳۹۶ لغایت شهریور ۱۳۹۷ بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان متأهل شهر زنجان بود که از جامعه موردنظر تعداد ۳۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. در مرحله نمونه‌گیری ۳ منطقه ۱، ۲ و ۳ شهر زنجان به‌عنوان خوشه در نظر گرفته

را نمایان می‌کند. از طرفی داشتن فرزند می‌تواند باعث ایجاد جو مثبت در خانواده شده و از طرف دیگر فرزند آوری برای استحکام و توسعه جوامع ضروری است و کاهش جمعیت به‌مرور باعث سالخوردگی جوامع می‌گردد [۴]. در این بین عوامل متعددی با تمایل به فرزند آوری در زنان رابطه دارند که از جمله آن‌ها می‌توان به کیفیت زندگی و بلوغ عاطفی اشاره کرد [۵-۹]. بطوریکه در مطالعه سادات صادقی [۴] یکی از عوامل مؤثر بر فرزند آوری زنان شهر تهران کیفیت زندگی آنان گزارش شده است. در واقع در این مطالعه افراد شرکت‌کننده یکی از عوامل تأخیر در فرزند آوری را کیفیت زندگی پایین عنوان نموده بودند. در مطالعه دیگری پیلتن [۱۰] عدم بلوغ اجتماعی و عاطفی زنان شرکت‌کننده در مطالعه را یکی از دلایل تأخیر در فرزند آوری عنوان نموده است. Soderberg [۹] نیز عدم بلوغ عاطفی را یکی از دلایل تأخیر زنان سوئدی در فرزند آوری عنوان نموده است.

کیفیت زندگی به احساسات، انتظارات، اعتقادات و پندارهای فرد بستگی دارد. بدین معنا که حتماً باید توسط خود شخص، بر اساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد. لذا در مطالعات کیفیت زندگی ارزیابی خود فرد از سلامت و یا خوب بودنش عامل کلیدی هست [۱۱، ۱۲]. Bonk (۲۰۰۷) برای بررسی کیفیت زندگی به بعد ذهنی این موضوع یعنی رضایت از زندگی توجه دارد. او معتقد است که کیفیت زندگی یک جامعه در واقع انعکاس ذهنی افراد جامعه در زمینه رضایت از زندگی است. Comens (۱۹۹۵) کیفیت زندگی ذهنی را به‌عنوان یک مفهوم چندبعدی تعریف کرده و شامل هفت بعد می‌داند که هر یک از افراد برحسب اهمیتی که هر بعد دارد آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. لذا این هفت بعد وزن‌های مختلفی از دید مردم پیدا می‌کنند. این هفت بعد که از آن به‌عنوان شاخص‌های کیفیت زندگی یاد می‌شود شامل بهزیستی جسمانی، بهداشت، بهره‌وری، صمیمیت، امنیت، اجتماع و بهزیستی عاطفی است [۱۳].

Schusler and Fisher (۱۹۸۵) معتقدند که جنبه ذهنی کیفیت زندگی معمولاً برای بیان حالت‌های وابستگی و رضایت مانند حس شخصی از رفاه، رضایت یا نارضایتی از زندگی یا خوشحالی یا ناراحتی به کار می‌رود [۱۴].

عواطف نیز بخش مهمی از زندگی انسان را تشکیل می‌دهند به‌گونه‌ای که تصویر زندگی بدون آن پنداری دشوار است. ویژگی‌ها و تغییرات عواطف، چگونگی ارتباط‌گیری عاطفی و درک و تفسیر عواطف دیگران نقش مهم در رشد و سازمان شخصیت، تحول اخلاقی و روابط اجتماعی، شکل‌گیری هویت و مفهوم خود دارد [۱۵]. به عقیده Gross (۱۹۹۸) منظور از بلوغ عاطفی این است که فرد بیاموزد که چگونه عواطف خود را در موقعیت‌های گوناگون تشخیص دهد و آن را ابراز و کنترل نماید. از طرفی Donham (۲۰۰۸) به نقل از Cordoba (۲۰۰۵) اظهار داشت که بلوغ عاطفی اثرات گوناگون در جنبه‌های مختلف زندگی فرد، تعاملات بین فردی، بهداشت روانی و سلامت فیزیکی و جسمی فرد دارد. در واقع بلوغ عاطفی موجب می‌شود افراد، واقع‌بین، نیک‌اندیش و درست‌کردار شوند و فردی مفید و کارآمد در پیشرفت جامعه به شمار آیند [۱۶]. نقش بلوغ عاطفی در عمل از عوامل و انگیزه‌های دیگر نیرومندتر است و باید همواره تحت کنترل و پرورش ویژه قرار گیرد. به‌رحال، با پرورش درست عواطف، از تربیت عاطفی می‌توان به‌عنوان یک عامل بسیار قوی و انگیزه‌ای نیرومند، برای ایجاد ارتباط عاطفی

شده و در داخل خوشه‌ها با توجه به معیار ورود (تأهل و حداقل مدرک سیکل)، نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام گردید. جهت مشارکت در مطالعه از زنان متأهلی که جهت معاینه‌های دوره‌ای به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی با هماهنگی مسئولین این مراکز و در سطح مناطق یاد شده دعوت به همکاری شد. جهت توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها از پرسشگر استفاده شد. در برخی مواقع نیز پرسشنامه‌ها از طریق کارشناس مامایی مرکز تحویل شرکت‌کنندگان در مطالعه می‌شد. برای تکمیل پرسشنامه‌ها با توجه به تعداد گویه‌ها ۱۵ الی ۲۰ دقیقه زمان در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان با کد اخلاق (۱۳۸۲۰۷۰۵۹۶۲۰۷۷) است. لذا جهت جمع‌آوری داده‌ها اصول اخلاق پژوهش شامل معرفی پژوهشگر به شرکت‌کنندگان در مطالعه، بیان اهداف مطالعه برای آنان، اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، آزادی پاسخگویی جهت خروج از مطالعه، بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها و استفاده از شماره به جای نام و قرار دادن نتایج مطالعه در اختیار واحدهای پژوهشی در صورت تمایل، رعایت گردید. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده گردید.

پرسشنامه خودکارآمدی (Sherer ۱۹۹۵)، این پرسشنامه توسط شرر ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند، بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. نمره بالا نشان دهنده خودکارآمدی بیشتر فرد است. این مقیاس توسط براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتبار یابی شد. همچنین، در پژوهش وقری (۱۳۷۹) برای بررسی پایایی خودکارآمدی، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. نجفی (۱۳۸۰) نیز ۳۰ نفر آزمودنی‌ها را به صورت تصادفی جدا کرد و آزمون خودکارآمدی را برای آن‌ها اجرا نمود و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ به دست آمد و از طریق روش اسپیرمن-براون نیز ۰/۸۳ به دست آمد. در این تحقیق روایی و پایایی ابزار با استفاده از روایی محتوایی و صوری بررسی شد. روایی صوری و محتوایی با استفاده از نظرات استاد راهنما، مشاور و اساتید این حوزه مورد تأیید قرار گرفت. پایایی ابزار نیز با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۹ برآورد گردید که مورد تأیید هست.

پرسشنامه کیفیت زندگی بهداشت جهانی (A-ISS)، این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی تدوین گردید. این پرسشنامه یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این پرسشنامه شامل چهار بعد جسمی (۷ سؤال: ۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۰-۴-)، روانی (۶ سؤال: ۲۶-۱۹-۱۱-۷-۵-)، ارتباط اجتماعی (۳ سؤال: ۲۲-۲۱-۲۰) و محیطی (۸ سؤال: ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵) به همراه ۲ سؤال کلی درباره کیفیت زندگی هست. این پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای طراحی شده و در آن به گزینه کاملاً موافقم نمره ۵ و کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. مجموع نمرات در هر بعد نشان دهنده نمره آن بعد است و مجموع نمرات ابعاد نمره کل کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهد. نمره بالاتر نشان دهنده

کیفیت زندگی بهتر است. این ابزار در ۴۰ کشور دنیا اعتبار یابی شده و روایی و پایایی این ابزار با توجه به اجرای مکرر آن در داخل و خارج از کشور مورد تأیید قرار گرفته است. بطوریکه این ابزار در ۴۰ کشور دنیا اعتبار یابی شده است. نجات و همکاران (۱۳۸۵)، جهت به دست آوردن روایی تفکیکی آزمون به منظور تشخیص تفاوت میانگین نمرات بیماران مزمن و افراد غیر بیمار و سالم، پرسشنامه مذکور را بر روی ۱۱۶۷ نفر اجرا نموده و روایی آن را مطلوب گزارش نمودند. در مطالعه یاد شده جهت بررسی پایایی، در بعد سازگاری درونی، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در بعد سلامت جسمانی ۰/۷۷، سلامت روان ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش شده است. در مطالعه ریماز (۱۳۹۲) نیز روایی و پایایی ابزار مطلوب گزارش شده است. در این تحقیق نیز با استفاده از روایی صوری و محتوایی و آلفای کرونباخ به ترتیب روایی و پایایی ابزار مورد تأیید و ضریب آلفای ۰/۷۳ برای کل مقیاس برآورد گردید.

پرسشنامه گرایش به باروری در زنان راد و ثوابی (۱۳۹۴)، این پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی میزان گرایش به باروری در زنان است. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه به صورت کاملاً مخالفم نمره ۱ و کاملاً موافقم نمره ۵ است. نمره کل پرسشنامه از مجموع امتیازات سؤالات به دست می‌آید که دامنه‌ای از ۱۶ تا ۸۰ را دارد. امتیاز بالا در این پرسشنامه نشان دهنده گرایش بالاتر فرد پاسخ دهنده به باروری است. در پژوهش راد و ثوابی (۱۳۹۴) روایی محتوایی این مقیاس به تأیید رسید. پایایی این پرسشنامه نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شد که بیانگر پایایی مناسب این مقیاس است. در مطالعه حاضر نیز ضریب همسانی درونی پرسشنامه مقدار ۰/۶۸ برآورد گردید.

پرسشنامه بلوغ عاطفی Yushuir Sink and Baharava (EMS)، این مقیاس توسط یاشویر سینگ و ماهیش بهارگاوا در سال ۱۹۹۱ طراحی گردید. این سیاهه شامل ۴۸ سؤال است که هدف آن بررسی ابعاد مختلف بلوغ عاطفی (عدم ثبات عاطفی، بازگشت عاطفی، فروپاشی شخصیت، ناسازگاری اجتماعی و فقدان استقلال) است. پاسخ‌دهی به پرسشنامه بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت بوده و امتیاز مربوط به هر گزینه به صورت خیلی زیاد نمره ۵ تا هرگز نمره ۱ است. در این مقیاس نمره بالاتر نشان دهنده فقدان بلوغ عاطفی است. اعتبار بیرونی توسط سینها و سینگ ۰/۶۴ گزارش شد. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از آزمون-بازآزمون بر روی دانشجویان اندازه‌گیری شد. فاصله زمانی بین این دو آزمون ۶ ماه بود و همبستگی گشتاوری ۰/۷۵ به دست آمد. هومن (۱۳۹۰) نیز با استفاده از روایی سازه، اعتبار پرسشنامه را قابل قبول گزارش نمود. همچنین همسانی درونی ابزار در مطالعه یاد شده ۰/۸۸۹ گزارش شد. در مطالعه نیز جهت تأیید روایی از روایی صوری و جهت محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده و مقدار پایایی ۰/۷۲ برآورد گردید.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در نرم‌افزار SPSS 24 استفاده گردید. همچنین جهت تعیین نقش میانجی خودکارآمدی از روش چهار گامی بارون و کنی استفاده شد.

یافته‌ها

از بین ۳۰۰ شرکت‌کننده در مطالعه، بیشترین شرکت‌کننده مربوط به گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال (با مقدار ۵۱ درصد) بودند. تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی با تعداد ۱۲۰ نفر بود. ۶۶ نفر ۱ تا ۳، ۸۲ نفر ۳ تا ۵، ۱۰۵ نفر ۵ تا ۱۰ و ۴۷ نفر بالای ۱۰ سال از مدت ازدواجشان می‌گذشت. ۱۹۲ نفر یعنی ۶۴ درصد مالک منزل مسکونی و ۱۰۳ نفر یعنی ۳۴/۳ درصد مستأجر بودند؛ در مورد شغل شرکت‌کنندگان در مطالعه، نیز زنان خانه‌دار دارای بیشترین فراوانی با تعداد ۱۹۱ نفر بودند. بررسی وضعیت اقتصادی زنان شرکت‌کننده نیز نشان داد که افرادی که درآمد ماهیانه آن‌ها بالای ۲ میلیون تومان می‌باشند دارای بیشترین فراوانی با تعداد ۱۰۸ نفر می‌باشند.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرها و مؤلفه‌های مطالعه

متغیر	حد پایین	حد بالا	میانگین	انحراف استاندارد
عدم ثبات عاطفی	۱۱/۰۰	۴۴/۰۰	۲۵/۴۵۱۶	۷/۵۰۷۵۷
بازگشت عاطفی	۱۰/۰۰	۴۶/۰۰	۲۳/۲۱۳۸	۷/۲۱۸۰۰
فروپاشی شخصیت	۱۳/۰۰	۴۹/۰۰	۲۳/۳۶۴۶	۶/۶۹۳۵۷
ناسازگاری اجتماعی	۱۰/۰۰	۵۰/۰۰	۲۱/۶۰۲۷	۸/۵۴۱۷۷
فقدان استقلال	۸/۰۰	۳۹/۰۰	۱۸/۷۵۵۴	۴/۶۵۷۷۳
عدم ثبات عاطفی (نمره کل)	۵۹/۰۰	۲۱۷/۰۰	۱۱۲/۰۱۲۱	۲۸/۴۴۳۶۳
بعد جسمی کیفیت زندگی	۱۸/۰۰	۳۵/۰۰	۲۶/۲۹۲۳	۴/۳۶۶۸۹
بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی	۹/۰۰	۲۸/۰۰	۱۹/۲۹۴۵	۴/۷۲۰۶۰
بعد اجتماعی کیفیت زندگی	۵/۰۰	۱۵/۰۰	۱۰/۳۹۵۸	۲/۴۰۱۰۰
بعد محیطی کیفیت زندگی	۱۱/۰۰	۴۰/۰۰	۲۷/۶۵۳۸	۵/۴۵۰۴۹
کیفیت زندگی (نمره کل)	۵۲/۰۰	۱۱۳/۰۰	۸۳/۴۸۱۲	۱۵/۰۹۴۲۲
خودکارآمدی	۳۳/۰۰	۷۳/۰۰	۵۱/۲۹۲۰	۹/۰۹۶۶۸
تمایل به فرزند آوری	۳۰/۰۰	۶۴/۰۰	۴۶/۲۲۴۲	۶/۴۴۸۳۹

جدول ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق در نمونه را نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد، میانگین مشاهده‌شده برای عدم ثبات عاطفی (نمره کل) ۱۱۲/۰۱۲، کیفیت زندگی (نمره کل) ۸۳/۴۸، خودکارآمدی ۵۱/۲۹ و تمایل به فرزند آوری ۴۶/۲۲ هست. با توجه به میانگین بلوغ عاطفی می‌توان دریافت که نمونه‌های مورد مطالعه از نظر بلوغ عاطفی در بازه بسیار بی‌ثبات قرار دارند.

جدول ۲ ماتریس همبستگی کیفیت زندگی، خودکارآمدی و تمایل به فرزند آوری را در افراد نمونه نشان می‌دهد، همان‌گونه که مشاهده می‌گردد؛ ابعاد روان‌شناختی ($r = ۰/۲۲۹$ و $P = ۰/۰۲۵$)، محیطی ($r = ۰/۲۴۳$ و $P = ۰/۰۱۳$) و کیفیت زندگی (نمره کل) ($r = ۰/۲۲۶$ و $P = ۰/۰۲۹$) با تمایل به فرزند آوری ارتباط معنادار دارند. همچنین ارتباط بین خودکارآمدی با تمایل به فرزند آوری ($r = ۰/۲۵۳$ و $P = ۰/۰۲۱$)، معنادار بود. نوع ارتباط در تمامی موارد یاد شده از نوع مثبت و مستقیم بود. بطوریکه با افزایش میانگین نمرات متغیرهای پیش‌بین، میانگین تمایل به فرزند آوری نیز افزایش یافت. همچنین

بین بازگشت عاطفی ($r = ۰/۲۹۵$ و $P = ۰/۰۰۱$)، فروپاشی شخصیت ($r = -۰/۲۵۴$ و $P = ۰/۰۰۱$)، ناسازگاری اجتماعی ($r = -۰/۲۵۴$ و $P = ۰/۰۰۸$) و عدم بلوغ عاطفی کل ($r = -۰/۲۱۱$ و $P = ۰/۰۴۳$) با تمایل به فرزند آوری ارتباط معناداری وجود داشت.

جدول ۲: ماتریس همبستگی کیفیت زندگی، بلوغ عاطفی، خودکارآمدی و تمایل به فرزند آوری در افراد نمونه

متغیر	خودکارآمدی	تمایل به فرزند آوری
بعد جسمی	**۰/۵۷۴	۰/۰۹۵
بعد روان‌شناختی	**۰/۵۸۷	*۰/۲۲۹
بعد اجتماعی	**۰/۵۳۱	۰/۰۰۱
بعد محیطی	**۰/۵۶۷	*۰/۲۴۳
کیفیت زندگی (نمره کل)	**۰/۶۵۸	*۰/۲۲۶
عدم ثبات عاطفی	**۰/۶۵۱	-۰/۱۰۲
بازگشت عاطفی	**۰/۴۴۲	**۰/۲۹۵
فروپاشی شخصیت	**۰/۴۰۹	**۰/۳۲۲
ناسازگاری اجتماعی	**۰/۵۶۴	**۰/۲۵۴
فقدان استقلال	**۰/۱۹۹	-۰/۰۵۶
عدم ثبات عاطفی (نمره کل)	**۰/۶۲۳	*۰/۳۱۱
عدم ثبات عاطفی	**۰/۶۵۱	-۰/۱۰۲
خودکارآمدی	-	**۰/۳۵۳

جهت تعیین نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه بین کیفیت زندگی با تمایل به فرزند آوری از روش چهار گامی بارون و کنی استفاده شد. همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد. با مقایسه ضریب بتا در هر یک از مراحل فوق می‌توان بار دیگر به نقش واسطه‌ای خودکارآمدی پی برد، لذا از افزایش ضریب بتای کیفیت زندگی در مرحله چهارم (با حضور خودکارآمدی) از ($P = ۰/۰۲۹$ و $\beta = ۰/۲۲۶$) به ($P = ۰/۰۱۲$) و ($\beta = ۰/۲۷۸$) نقش میانجی خودکارآمدی قابل اثبات است. همچنین در مورد نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه بین بلوغ عاطفی با تمایل به فرزند آوری نیز با مقایسه ضریب بتا در هر یک از مراحل چهارگانه فوق می‌توان به نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در ارتباط بین بلوغ عاطفی با تمایل به فرزند آوری پی برد، لذا از افزایش ضریب بتای عدم بلوغ عاطفی در مرحله چهارم (با حضور خودکارآمدی) از ($P = ۰/۲۰۶$) و ($\beta = ۰/۰۳۹$) در مرحله اول به ($P = ۰/۰۳۳$ و $\beta = ۰/۲۷۵$) در مرحله چهارم نقش میانجی خودکارآمدی قابل اثبات است.

بحث

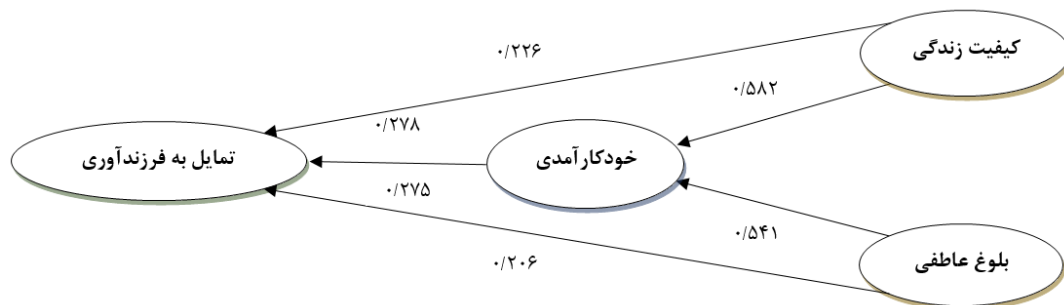
بررسی رابطه کیفیت زندگی با تمایل به فرزند آوری در زنان متأهل نشان داد که بین ابعاد محیطی، اجتماعی و کیفیت زندگی (نمره کل) با تمایل به فرزند آوری رابطه وجود دارد. این رابطه در هر سه مورد به صورت مثبت و مستقیم بود بطوریکه با افزایش نمرات متغیرهای پیش‌بین، نمره متغیر ملاک نیز افزایش یافت و این نتیجه نشان دهنده تأثیر مثبت کیفیت زندگی بر تمایل آن‌ها به فرزند آوری بود. نتایج مطالعه حاضر در برخی موارد با نتایج مطالعات Holton (۲۰۱۰)، Lafurte and Teres (۲۰۰۷)، McQuillan (۲۰۰۷) و Wichman (۲۰۰۵)، Idelman and (۱۹۹۴)، منتظری (۱۳۹۵)، سادات صادقی (۱۳۹۵) و پیلتن (۱۳۹۴) همسو بود. در مطالعه هولتون زنان شرکت‌کننده در

کودک و خود را بعد از تولد فرزند در نظر می‌گیرند، اینکه فرد آمادگی جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی مناسب برای به دنیا آمدن فرزند دارد و بعد از تولد نگرانی‌های حاصل از کمبود هر کدام از این عوامل وجود نخواهد داشت. در این بین ابعاد اجتماعی و محیطی با توجه به معنادار بودن رابطه با تمایل به فرزند آوری مهم هستند. بعد اجتماعی به کیفیت زندگی اجتماعی و امن و آرام بودن شرایط اجتماعی و تعاملی که زن با اجتماع و افراد آن دارد اشاره می‌کند و بعد محیطی به کیفیت محیط پیرامون و اینکه آیا محیط پیرامون شرایط ایدئال فرد را دارد. لذا با توجه به شرایط اجتماعی و محیطی امروز جامعه ما و نگرانی‌هایی که مادران از عوامل محیطی و اجتماعی دارند، می‌توان رابطه این دو بعد را با تمایل به فرزند آوری توجیه نمود و اینکه اگر این شرایط مهیا باشد کیفیت زندگی نیز افزایش یافته و به تبع آن تمایل به فرزند آوری نیز افزایش خواهد یافت.

مطالعه کیفیت زندگی مطلوب را یکی از عوامل تمایل و گرایش به فرزند آوری عنوان نمودند. در مطالعات دیگر نیز کیفیت زندگی یکی از عوامل گرایش زنان به فرزند آوری بود. در واقع در تمامی این مطالعات زنان شرکت‌کننده اظهار کرده بودند که پایین بودن کیفیت زندگی یکی از عواملی است که آن‌ها را از فرزند آوری بیشتر منع می‌کند. کیفیت زندگی سازه‌ای ذهنی است و دربرگیرنده برداشت فرد از کیفیت زندگی خود است. این مفهوم از درون فرد سرچشمه می‌گیرد و عوامل پیرامون نیز آن را تعدیل یا تشدید می‌کند. از این رو این امکان که افراد با شرایط متفاوت دارای کیفیت زندگی یکسانی باشند وجود دارد. در مورد تمایل به فرزند آوری و اینکه کیفیت زندگی چگونه می‌تواند این متغیر را در زنان افزایش دهد، نتایج مطالعات قبلی به وضوح گواه این نتیجه است. در کنار این نتایج تأمین آینده کودک و نیز کیفیت رشد و نمو آن نیز مهم است. زنانی که به کیفیت زندگی اهمیت می‌دهند، کیفیت زندگی

جدول ۳: بررسی نقش میانجی خودکارآمدی با استفاده روش بارون و کنی

مرحله	متغیرهای پیش‌بین	متغیرهای ملاک	R ²	Adj. R2	F	β	Sig
اول	کیفیت زندگی (بدون حضور خودکارآمدی)	تمایل به فرزند آوری	۰/۰۲۶	۰/۲۶	۴/۸۲۱	۰/۲۲۶	۰/۰۲۹
دوم	کیفیت زندگی	خودکارآمدی	۰/۰۶۶	۰/۶۶	۲۲/۹۰	۰/۵۸۲	۰/۰۰۱
سوم	خودکارآمدی	تمایل به فرزند آوری	۰/۰۲۵	۰/۲۵	۴/۳۶۷	۰/۲۲۰	۰/۰۲۸
چهارم	کیفیت زندگی (با حضور خودکارآمدی)	تمایل به فرزند آوری	۰/۰۲۹	۰/۲۹	۵/۴۳۱	۰/۳۷۸	۰/۰۱۲
اول	عدم بلوغ عاطفی (بدون حضور خودکارآمدی)	تمایل به فرزند آوری	۰/۰۲۱	۰/۲۱	۳/۵۴۱	۰/۲۰۶	۰/۰۳۹
دوم	عدم بلوغ عاطفی	خودکارآمدی	۰/۰۶۲	۰/۶۲	۱۸/۵۵۶	۰/۵۸۲	۰/۰۰۱
سوم	خودکارآمدی	تمایل به فرزند آوری	۰/۰۲۵	۰/۲۵	۴/۳۶۷	۰/۲۲۰	۰/۰۲۸
چهارم	عدم بلوغ عاطفی (با حضور خودکارآمدی)	تمایل به فرزند آوری	۰/۰۲۸	۰/۲۸	۵/۲۰۳	۰/۲۷۵	۰/۰۰۳۳



تصویر ۱: مدل نهایی مطالعه

و در برابر ناملایمتی‌هایی که در زندگی رخ می‌دهد مقاوم‌تر است. در واقع در بلوغ عاطفی شاهد منطقی‌تر شدن عواطف و هیجانات هستیم و افراد در زندگی روزمره و در تصمیمات اتخاذی جنبه عقلانی و منطقی را مدنظر قرار داده و از روی احساسات صرف تصمیم نمی‌گیرند. لذا با این ویژگی‌ها انتظار می‌رود که افرادی که دارای بلوغ عاطفی باثباتی هستند تمایل به فرزند آوری بیشتری نیز داشته باشند. در نهایت بر اساس مراحل بارون و کنی ثابت شد که خودکارآمدی در رابطه بین کیفیت زندگی و تمایل به فرزند آوری نقش میانجی دارد. با توجه به رابطه مثبت و مستقیم دو متغیر پیش‌بین با تمایل به فرزند آوری و ارتباط مثبت خودکارآمدی با تمایل به فرزند آوری انتظار می‌رفت که این ارتباط از طرف خودکارآمدی تقویت و افزایش یابد؛ زیرا همان‌گونه که ثابت شد؛ افرادی که دارای کیفیت زندگی و بلوغ عاطفی بالاتری هستند تمایل بیشتری نیز به فرزند آوری دارند. در این میان زنان

همچنین در این مطالعه بین بازگشت عاطفی، فروپاشی شخصیت، ناسازگاری اجتماعی و عدم بلوغ عاطفی (نمره کل) با تمایل به فرزند آوری رابطه وجود داشت. نوع رابطه در تمامی موارد از نوع منفی و معکوس بود. این بدان معنا است که با افزایش بی‌ثباتی در بلوغ عاطفی، تمایل به فرزند آوری کاهش می‌یابد. نتایج حاصل از این تحقیق با یافته‌های مطالعه پیلتن (۱۳۹۴) همسو بود. در مطالعه پیلتن نیز یکی از دلایل تأخیر در فرزند آوری و عدم تمایل به این کار مشکلات بلوغ و از جمله بی‌ثباتی در بلوغ اجتماعی و عاطفی گزارش شده بود. در تبیین این رابطه باید گفت که بلوغ عاطفی جریانی است که طی آن شخصیت فرد به‌طور مداوم برای احراز بیش‌ازپیش سلامت عاطفی، از لحاظ روانی و فردی می‌کوشد. بلوغ عاطفی قابلیت مقاومت در برابر تأخیر در ارضاء نیازها را دارد [۲۳]. از این رو فردی که دارای بلوغ عاطفی باثبات است در برابر مشکلات و تنش‌ها نیز صبر و مقاومت بیشتری به خرج می‌دهد

بالایی بودند، اظهار تمایل بیشتر به داشتن فرزند نشان دادند [۱۸]. لذا نتایج مطالعه حاضر همسو با مطالعات یاد شده است.

نتیجه‌گیری

خودکارآمدی به‌عنوان یک عامل فردی مهم در کنار عوامل فردی و محیطی دیگری مانند کیفیت زندگی و بلوغ عاطفی می‌تواند تمایل به فرزند آوری در زنان را افزایش دهد. لذا در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای جهت افزایش فرزند آوری می‌توان هم‌زمان از این عامل در کنار عوامل دیگر استفاده نمود. همچنین با توجه به اینکه این سه عامل را می‌توان در جامعه هدف تعدیل یا افزایش داد، بنابراین با تغییر آن‌ها می‌توان تمایل به باروری را در زنان افزایش داده و در جهت سیاست‌های جمعیتی کشور که هدف اصلی آن افزایش جمعیت است، گام برداشت.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زنجان به خاطر مساعد در انجام این مطالعه کمال تشکر را دارند. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی عمومی واحد زنجان است.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

References

- Mohammadi N, Saifouri B. Sociological study of the factors affecting women's fertility preference. *J Cul Educ Women Fam*. 2016;11(36):49-70.
- Vahidnia F. Case study: fertility decline in Iran. *Popul Environ*. 2007;28(4-5):259-66. doi: 10.1007/s11111-007-0050-9
- Shakeri J, Hoseini M, Golshani S, Sadeghi K, Feizollahi V. Evaluation of General health, coping strategies and marital satisfaction in infertile women in treatment with IVF. *J Reprod Infertil*. 2006;7(3):269-75.
- Sadat Sadeghi H, Sarai H. Factors Influencing the Tendency to Childbearing in Tehran. *J Welf Plann Soc Dev*. 2017;7(27):1-32.
- Amerian M, Kariman N, Janati P, Salmani F. The role of individual factors in decision making for the first childbearing. *Payesh*. 2016;15(2):143-51.
- Parvinian F, Rostamalizadeh V, Habibi R. The effect of modern women's lifestyle on childbearing; a case study in Qazvin. *J Women Soc Res*. 1977;9(36):39-72.
- Modiri F, Ghazi Tabatabai M. The effect of quality of marital life on childbearing intention. *J Soc Soc Inst*. 2018;5(12):73-94.
- Mohammadi M, Safari B. Sociological Study of Factors Affecting Female Fertility Preference. *Women Fam Cult - Educ Q*. 2017;11(36):49-70.
- Soderberg M, Christensson K, Lundgren I, Hildingsson I. Women's attitudes towards fertility and childbearing - A study based on a national sample of Swedish women validating the Attitudes to Fertility and Childbearing Scale (AFCS). *Sex Reprod Healthc*. 2015;6(2):54-8. doi: 10.1016/j.srhc.2015.01.002 pmid: 25998871
- Nazanjat S. Quality of life and its measurement. *J Epidemiol Iran*. 2008;4(2):57-62.
- Rostami A, Salehi M. Quality of Life and its Concept. *Quality of Life Seminars: Tarbiat Modarres University*; 1999.
- Chipuer HM, Bramston P, Pretty G. Determinants of subjective quality of life among rural adolescents: a development perspective. *Soc Indicators Res*. 2003;61(1):79-95. doi: 10.1023/a:1021271831731
- Ghafari G, Karimi A, Nozari H. The Process of Studying the Quality of Life in Iran. *Soc Stud Res Iran*. 2012;1(3):107-34.
- Lotfabadi H. Emotions and Identities of Adolescents and Youth. Tehran: Third Generation Publications; 2010.
- Shoarinezhad A. Psychological Principles of Teaching. Tehran: Institute for Cultural Studies in Higher Education Publishers; 2013.
- Rahmati M. Self-efficacy of students with disabilities. Shiraz Islamic Azad University; 2011.
- Khadivzadeh T, Hadizadeh Talasaz Z, Shakeri MT. Predicting factors affecting the delay in first childbearing among young married women using the Bandura's social learning theory. *Hayat*. 2017;23(3):226-42.
- Najafi M, Fouladchang M. Self-efficacy relationship with mental health. *Daneshvar J*. 2007;14(23):68-78.
- Bahadori K, Bayrami M. Relationship between parents' educational methods, educational achievement among schoolchildren in the city of Ilkhchi. *J Educ Sci*. 2010;10:7-21.
- Steinberg L. Adolescence. New York: McGraw-Hill; 1998.

21. Schultze D, Schultze S. Personality theories. Tehran: Publishing Edition; 2007.
22. Piltan F, Rahmanian M. Sociological study of the factors affecting the willingness of children to be married (Case study: 25-45 year old women and men in Jahrom city). J Soc Dev Stud Iran. 2015;7(2):121-34.
23. Paste G, Aminabhaqi Q. Impact of emotional maturity on stress and Self-confidence of adolescents. J Indian Acad Appl Psychol. 2006;3:69-75.
24. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaezadeh D, Forouzanfar M, Karimi Shahanjarini A. [Perceived barriers and self-efficacy: impact on self-care behaviors in adults with type 2 diabetes]. Hayat. 2010;15(4):69-78.
25. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. Am Psychol. 1982;37(2):122-47. doi: [10.1037/0003-066x.37.2.122](https://doi.org/10.1037/0003-066x.37.2.122)
26. Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwick J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:29. doi: [10.1186/s12884-015-0465-8](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0465-8) pmid: [25879780](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25879780/)