

## رابطه سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی زوجین

عبدالستار شاهی<sup>1\*</sup>؛ ابراهیم غفاری<sup>1</sup>؛ خلیل قاسمی<sup>2</sup>

### چکیده

زمینه: رضایت‌مندی زناشویی مهم‌ترین مؤلفه ازدواج است. به‌نظر می‌رسد سلامت روان به‌عنوان مؤلفه‌ای از ویژگی‌های فردی، با رضایت‌مندی زناشویی ارتباط دارد. هدف این پژوهش، تعیین رابطه بین سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی در زوج‌های مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان بود.

روش‌ها: با استفاده از مدل تحلیل رگرسیون چندمتغیره و تحلیل واریانس، رابطه بین سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی در 300 مرد و زن متأهل مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان ارزیابی شد. سلامت روان توسط پرسشنامه سلامت عمومی - 28 (GHQ-28) و رضایت‌مندی زناشویی با استفاده از فرم 47 سؤالی پرسشنامه رضایت‌مندی زناشویی انریچ اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: رضایت‌مندی زناشویی توسط سطح سلامت روان فرد پیش‌بینی شد. همچنین افسردگی و اضطراب به‌صورت معناداری با رضایت‌مندی زناشویی همبستگی داشت. در این جمعیت، 52/5 درصد افراد، دارای اختلال روانی در سطح بالینی بودند و میانگین رضایت‌مندی زناشویی در این جمعیت 51/74 بود که نشان‌دهنده رضایت‌مندی در حد متوسط است.

نتیجه‌گیری: سلامت روان فرد، پیش‌بینی‌کننده رضایت‌مندی زناشویی است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان با ارتقای سلامت روان فرد، رضایت‌مندی زناشویی زوجها را ارتقاء داد.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، رضایت‌مندی زناشویی، زوج‌ها

«دریافت: 1389/1/5 پذیرش: 1389/4/29»

1. معاونت اجتماعی، بهزیستی استان گلستان

2. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

\* عهده‌دار مکاتبات: گلستان، گرگان، خیابان بهشتی، بهشت دهم، سازمان بهزیستی استان گلستان، اورژانس اجتماعی، تلفن: 0171-2240324

Email: shahi.sattar@gmail.com

### مقدمه

آنچه در ازدواج مهم است رضایت‌مندی زناشویی است. رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع، احساس خوشبختی، رضایت از ازدواج و رضایت از همدیگر دارند (3). این متغیر به‌صورت طیفی از رضایت‌مندی زیاد تا نارضایتی زیاد تصور می‌شود (4). طبق پژوهش‌هایی که در حیطه ازدواج و روابط زناشویی انجام شده است متغیرهای مختلفی با روند رضایت زناشویی در طول زمان رابطه دارند. این متغیرها می‌توانند پیش‌بینی‌کننده شانس حفظ رضایت رابطه زناشویی در طول زمان یا رفتن به طرف آشفستگی زناشویی و طلاق باشند (5). یک دسته از این متغیرها مربوط به سطح سلامت فرد است. نتایج تحقیقات

ازدواج رابطه‌ای است که شخص با انتخاب، وارد آن می‌شود و تقریباً نیم قرن ادامه دارد. زن و مردی که با هم ازدواج می‌کنند باید بتوانند خود را با نیم قرن تحولات اجتماعی و رشد و تغییرات متقابل یکدیگر تطبیق دهند. در غیر این صورت، به احتمال زیاد رابطه زناشویی آن‌ها دچار مشکل خواهد شد (1). در صورتی که احساس زوج‌ها نسبت به زندگی مشترک مطلوب باشد، آن را از رفاه، امنیت و سلامت برخوردار می‌سازد، برآورد آن‌ها را از توانایی‌هایشان افزایش می‌دهد و پذیرش مسئولیت و ایفای نقش والدینی را ترغیب و کودکان را علیه فقر بیمه می‌کند (2).

حرکت خانواده، زوجین هستند. در دوران معاصر، روابط زوجین ایرانی در معرض تغییرات ساختاری قرار گرفته و دگرگونی و پراکندگی بسیاری در آن مشاهده می‌شود. این امر به نوبه خود می‌تواند مشکلاتی را در منظومه خانواده ایجاد نموده و حتی آن را به سمت فروپاشی سوق دهد (10). با این توصیف، اهمیت و ضرورت بررسی رضایتمندی زوجین ایرانی، بیش از پیش آشکار می‌شود. از طرفی در بررسی‌های انجام گرفته در ارتباط با سبب‌شناسی مشکلات خانواده و روابط ناسالم زناشویی، افزایش مشکلات روانی و رفتاری در جامعه مهم‌ترین عامل بوده است (11). در این میان، توجه به طبقات آسیب‌خیز جامعه نسبت به طبقات دیگر، بیشتر احساس می‌شود. با این وجود، تاکنون مطالعه‌ای که روابط و رضایتمندی زوج‌های ایرانی را در بین طبقات آسیب‌خیز جامعه بررسی کرده باشد یافت نشد. لذا با توجه به این موارد، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه رضایتمندی زناشویی و سلامت روان در بین زوجین مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه زوج‌های ساکن در مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان شامل سه منطقه ایرانههر، اسلام‌آباد و امام رضا بود. این مناطق بر اساس طرح پژوهشی که در آن به شناسایی مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان پرداخته است، انتخاب شده‌اند. از بین زوج‌های ساکن در این مناطق، تعداد 150 زوج (300 زن و مرد) با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به این ترتیب بود که ابتدا براساس شماره پلاک منازل از هر منطقه 50 واحد، به صورت کاملاً تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر واحد، یک زن و شوهر بر حسب ملاک‌های ورود به مطالعه شامل متأهل بودن، در قید حیات بودن زن و شوهر، سن کم‌تر از 50 سال و عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن روانی و جسمی

نشان داده است که در افراد با اختلالات خلقی، سوء مصرف مواد و بعضی از اختلالات اضطرابی، به‌ویژه اختلال پنیک و اختلال اضطراب منتشره، مشکلات رابطه زناشویی و مشکلات فردی می‌تواند یکدیگر را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین دامنه زیادی از مشکلات زناشویی در جمعیت‌های با اختلالات روان‌شناختی گزارش شده است (5). برای مثال، روان رنجورخویی مهم‌ترین پیش‌بین ناخوشنودی زناشویی است (6) و پیوسته با رضات زناشویی رابطه منفی دارد. علاوه بر این، آسیب‌پذیری خاص فردی می‌تواند مشکلات رابطه‌ای و اختلالات روان‌شناختی را در زوج‌ها ظاهر کند. برای مثال، نقص در مهارت‌های ارتباط بین فردی و عاطفه منفی، ریسک فاکتورهای پیش‌بینی مصرف الکل و مشکلات رابطه زناشویی است.

نتایج تحقیقات مختلف نشان داده است که سطح آسیب‌شناختی روانی با میزان رضایت از زندگی زناشویی، رابطه معناداری دارد (4-6). برای مثال، میرز و دینر (Mayers & Diener) نشان دادند که رضایت از زندگی زناشویی با سلامت روانی بالا همبسته است. هرچه میزان رضایت از زناشویی بالاتر باشد، فرد مستعد تجربه عواطف و احساسات مثبت است (7). مالتبی (Maltby) و همکاران دریافتند افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند، از سبک‌های مقابله‌ای مؤثر و مناسب‌تر استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. عدم رضایت از زندگی زناشویی با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علایم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است (8). ازدواج ناهماهنگ، عامل خطری برای افسردگی است (4). در مقابل رضایتمندی زناشویی با کاهش خطر ابتلا به افسردگی همراه است. همسرانی که اختلاف دارند، افسرده‌تر هستند و رفتار خصمانه‌تر و خلقی مضطرب‌تر دارند (9).

پرواضح است که نیروی تعیین‌کننده جهت و شیوه

پدیده‌های جدید با ماهیت معلول‌کننده. این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم شده و به‌طور وسیعی برای تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به‌کار برده شده است. پرسشنامه اصلی دارای 60 سؤال است، اما فرم‌های کوتاه‌شده 30 سؤالی، 28 سؤالی و 12 سؤالی آن نیز در پژوهش‌های مختلف استفاده شده است. پرسشنامه شامل چهار خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است. فرم‌های مختلف این پرسشنامه از روایی و پایایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم 28 سؤالی، تقریباً به همان میزان کارایی فرم 60 سؤالی است. ده‌ها تحقیق ارائه‌شده توسط گلدبرگ و ویلیامز (1987) در انگلستان و سایر کشورها، مؤید این مطلب بوده‌اند (15). نتیجه فراتحلیل 43 پژوهش در زمینه روایی و پایایی این پرسشنامه، میانگین حساسیت 84 درصد و متوسط ویژگی 82 درصد را گزارش کرده است (15). مطالعات انجام‌شده در ایران نیز حاکی از روایی بالای این ابزار است. بررسی انجام‌گرفته در خصوص شیوع اختلالات روانی در ایران که از پرسشنامه سلامت عمومی 28 سؤالی استفاده شده، نشان‌دهنده این است که میزان روایی و پایایی این آزمون با نقطه برش 6، بین 93-84 درصد و با نقطه برش 23، بین 94-68 درصد متغیر است (14) و (16).

برای اجرای پرسشنامه‌ها از پرسشگران استفاده شد. آن‌ها در زمینه اجرای صحیح پرسشنامه‌ها، جلب اعتماد آزمودنی‌ها، موضوعات رازداری و شرکت در یک تحقیق علمی، مورد آموزش قرار گرفتند.

داده‌های به‌دست‌آمده از این مطالعه با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از شاخص‌های توصیفی مانند فراوانی، انحراف استاندارد و درصد برای توصیف داده‌های به‌دست‌آمده استفاده شد. از مدل رگرسیون چندمتغیری و تحلیل واریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

انتخاب شدند. چنانچه افراد ساکن در این واحدها شرایط ورود به مطالعه را نداشتند به واحد واقع در سمت چپ منزل انتخاب‌شده مراجعه می‌شد. با توجه به این که پیشنهاد شده در تحقیقات همبستگی، اندازه نمونه حداقل باید 30 نفر باشد (12)، برای برآورد بهتری از جامعه، تعداد نمونه انتخاب‌شده، 300 نفر انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه صورت گرفت. این پرسشنامه‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (Goldberg) و رضایت‌مندی زناشویی انریچ (47 سؤالی) بود.

پرسشنامه رضایت‌مندی زناشویی انریچ توسط اولسون، دراکمن و فورنیر (1978 و 1987) ساخته شده است. از این پرسشنامه به‌عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات متعدد برای سنجش سطح رضایت‌مندی در رابطه زناشویی استفاده می‌شود. پرسشنامه دارای 115 سؤال و 12 مقیاس شامل پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، موضوع‌های شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری عقیدتی است که روی مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت از 1-5 نمره‌گذاری می‌شود. فرم 47 سؤالی این پرسشنامه توسط سلیمانیان (1373) تهیه شده و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ 0/95 گزارش شده است. رسولی (1381) نیز ضریب اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله یک هفته 0/92 گزارش کرده است (13 و 14).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ: General Health Questionnaire) نیز یک پرسشنامه غربالگری است که توسط آزمودنی تکمیل می‌شود و در مجموعه‌های بالینی با هدف تشخیص کسانی که دارای اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پرسشنامه، دو طبقه اصلی از پدیده‌ها مورد توجه است. اول، ناتوانی فرد در نشان دادن کارآمدی مناسب از خود و دوم، بروز

## یافته‌ها

51/2 درصد در طیف افراد بیمار قرار می‌گیرند. 46/1 درصد زنان مورد مطالعه در این پژوهش از لحاظ روانی، سالم و 53/9 درصد نیز در طیف عدم سلامت روانی قرار داشتند (جدول 1).

بر اساس تحلیل‌های انجام‌شده، 1/4 درصد مردان و 0/7 درصد زنان در وضعیت نارضایتی شدید از زناشویی قرار داشتند. همچنین 5/4 درصد مردان و 5/3 درصد زنان در وضعیت نارضایتی از زندگی زناشویی قرار داشتند. وضعیت رضایت نسبی از زندگی زناشویی در مردان 79/3 درصد و در زنان 76/2 درصد بود. 12/2 درصد از مردان و 14/5 درصد از زنان مورد مطالعه دارای رضایت زیاد از زندگی زناشویی و 1/7 درصد مردان و 3/3 درصد از زنان دارای رضایت خیلی زیاد از زندگی زناشویی بودند (جدول 2).

برای تعیین تأثیر مؤلفه‌های سلامت روان بر رضایتمندی زناشویی از رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین مؤلفه‌های سلامت روان و رضایتمندی زناشویی، 0/465 است. مقدار F به‌دست آمده نیز در سطح  $P < 0/001$  معنادار است. بنابراین، وجود رابطه خطی بین مؤلفه‌های سلامت روان با رضایتمندی زناشویی تأیید می‌شود (جدول 3).

اثرگذاری متغیرهای نشانه بدنی و کنش اجتماعی بر رضایتمندی زناشویی معنادار نیست و لذا از معادله رگرسیون خارج می‌شوند. دو مؤلفه دیگر سلامت روان،

میانگین سن کل افراد مورد مطالعه در این پژوهش، 31/04 سال (انحراف معیار 7/87)، پایین‌ترین سن، 16 سال و بالاترین سن، 54 سال بود. میانگین سن مردان و زنان به‌ترتیب 33 و 29 سال بود. از نظر وضعیت اقتصادی، 5/2 درصد افراد در وضعیت اقتصادی بسیار خوب، 15/7 درصد در وضعیت اقتصادی خوب، 57/9 درصد افراد در وضعیت اقتصادی متوسط، 15/2 درصد در وضعیت ضعیف و 6 درصد باقی‌مانده نیز در وضعیت اقتصادی بسیار ضعیف به‌سر می‌بردند. وضعیت اقتصادی افراد مورد مطالعه بر اساس گزارش خود آن‌ها مشخص شد. 15/7 درصد افراد در خانواده‌های با جمعیت 2 یا 3 نفره، 22/7 درصد در خانواده‌های 4 نفره، 15/7 درصد در خانواده‌های 5 نفره، 20/1 درصد افراد در خانواده‌های 6 نفره و 25/8 درصد افراد نیز در خانواده‌های 7 نفره و بیشتر زندگی می‌کردند.

میانگین سلامت روان کل افراد 27/34 بود که با توجه به نقطه برش 23، نشان‌دهنده عدم سلامت روانی است (جدول 1). این یافته نشان می‌دهد که 47/5 درصد افراد مورد مطالعه از لحاظ روانی در طیف افراد سالم و 52/5 درصد افراد نیز در طیف بیمار قرار می‌گیرند. میانگین نمره سلامت روانی برای مردان و زنان به‌ترتیب 23/85 و 27/82 بود (جدول 1). این مقادیر نیز با توجه به نقطه برش 23 در طیف عدم سلامت روانی قرار می‌گیرد. از لحاظ فراوانی، 48/8 درصد مردان در طیف افراد سالم و

جدول 1- درصد فراوانی وضعیت سلامت روان افراد مورد مطالعه برحسب سن

جمع کل	وضعیت سلامت روان		سلامت روان	
	بیمار فراوانی (درصد)	سالم فراوانی (درصد)	میانگین	جنسیت
150	(51/2)77	(48/5)73	23/85	مردان
150	(53/9)81	(46/1)69	27/82	زنان
300	(52/5)158	(47/5)142	27/34	کل

جدول 2- درصد فراوانی وضعیت رضایتمندی زناشویی افراد مورد مطالعه در دو جنس

وضعیت رضایتمندی زناشویی	مردان درصد(فراوانی)	زنان درصد(فراوانی)	کل درصد(فراوانی)
نارضایتی شدید	(2) 1/4	(1) 0/7	(3)0/01
نارضایتی	(8) 5/4	(8) 5/3	(16)5/3
رضایت نسبی	(119) 79/3	(114) 76/2	(233) 77/2
رضایت زیاد	(18) 12/2	(22) 14/5	(40) 13/3
رضایت خیلی زیاد	(3) 1/7	(5) 3/3	(8) 2/6

جدول 3- ضرایب رگرسیون چندگانه رضایتمندی بر حسب متغیرهای سلامت روان

متغیرها	ضریب تفکیکی	خطای معیار	ضریب استاندارد تفکیک رگرسیون	P-value
افسردگی	438	0/139	0/394	0/002
نشانه بدنی	- 0 /740	0/101	0/031	0/61
کنش اجتماعی	-0/191	-0/131	0/101	0/146
اضطراب	0/51	0/154	0/231	0/00
مقدرا ثابت	55/308	0/959	0/154	0/00

سلامت روانی بودند، این یافته با یافته‌های مطالعات دیگری که در زمینه شیوع اختلالات روانی در ایران و دیگر کشورها انجام شده از قبیل: پالانگ و همکاران، شمس علیزاده، بولهری و شاه‌محمدی و نیز چاکرآبارتی و همکاران، متفاوت است (17-19). همچنین، میانگین رضایتمندی زناشویی در جامعه مورد مطالعه 51/74 به‌دست آمد که این میزان نشان‌دهنده رضایت نسبی افراد از زندگی زناشویی است. میانگین رضایتمندی زناشویی برای مردان و زنان، به تفکیک جنسیت به ترتیب 51/36 و 52/10 به‌دست آمد که این مقادیر نیز نشانگر رضایت نسبی زنان و مردان از زندگی زناشویی است.

بین میزان افسردگی و اضطراب افراد و رضایتمندی زناشویی آنان، رابطه منفی معناداری به‌دست آمد. این نتیجه با نتایج مطالعاتی که رابطه بین آسیب‌شناختی روانی را با رضایتمندی زناشویی در بین افرادی که برای درمان اقدام کرده‌اند، انجام داده‌اند مانند مطالعات

یعنی اضطراب و افسردگی بر متغیر وابسته، یعنی رضایتمندی زناشویی اثرگذار هستند. با توجه به ستون ضرایب استاندارد شده مشاهده می‌شود که میزان اثرگذاری متغیر اضطراب بر روی رضایتمندی زناشویی 0/231 است (جدول 3). این عدد نشان‌دهنده این نکته است که به ازای هر واحد تغییر در میزان اضطراب، 0/231 واحد تغییر در رضایتمندی زناشویی ایجاد می‌شود. همچنین به ازای هر واحد تغییر در میزان افسردگی، 0/394 تغییر در رضایتمندی زناشویی ایجاد می‌شود.

#### بحث

این مطالعه با هدف تعیین رابطه رضایتمندی زناشویی با سلامت روان در زوج‌های ساکن در مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان انجام شد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، 52/5 درصد افراد مورد مطالعه فاقد

مرتبط است (27). در توضیح این رابطه می‌توان گفت که به‌طور مثال افراد دارای اختلال افسردگی ممکن است تمایل داشته باشند که دنیا را از یک چشم‌انداز منفی نگاه کنند. این چشم‌انداز دربرگیرنده دیدگاه وی در مورد شریک زندگی وی و همچنین رابطه زناشویی آن‌ها نیز خواهد بود. در مقابل، شناخت (Cognition) افراد مضطرب ممکن است حول محور انتظار شکست و زیان‌بینی باشد، ولی دیدگاه یک فرد مضطرب مانند دیدگاه یک فرد افسرده نسبت به پدیده‌ها و افراد پیرامون خود منفی نیست. دلیل دیگر این که ممکن است افسردگی با نقص‌های بیشتری در کارکرد زناشویی (به‌طور مثال حل مسأله و ارتباط زناشویی) همبستگی داشته باشد، ولی در مورد اضطراب، این رابطه دچار نقص‌های کم‌تری است.

بر اساس یافته‌های تحقیق بین رضایتمندی زناشویی مردان و زنان ساکن در مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان، تفاوت معناداری وجود نداشت. در توجیه این یافته می‌توان گفت که نارضایتی به‌شدت از یک زوج به زوج دیگر سرایت می‌کند، اگر یکی از زوجین در حال حاضر از رضایتمندی زناشویی برخوردار باشد ولی همسرش از این رابطه رضایتمند نباشد، نهایتاً تأثیرات منفی از زوج ناراضی به وی سرایت می‌کند (4 و 23). همچنین می‌توان نتیجه گرفت که میزان رضایت‌مندی زناشویی بیشتر به آسیب روانی خود فرد بستگی دارد تا به میزان آسیب روانی همسرش. این نتایج دارای اهمیت فراوانی هستند، چرا که بعضی نظریه‌پردازان بر اهمیت تأثیر آسیب روانی همسر بر رضایت‌مندی زناشویی و کارکردهای خانواده که آن را از طریق مکانیسم‌هایی از قبیل افزودن بار بیماری بر همسر یا تعاملات معیوب خانواده، توجیه می‌کنند، تأکید دارند (28).

### نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که در یک ازدواج، میزان سلامت روانی زن یا مرد،

چامبلس و همکاران و وگا (Vega) و همکاران) مشابه است. همچنین با نتایج پژوهش‌هایی که بر روی مردم عادی انجام گرفته مانند پژوهش گئورینگ و همکاران، ویشمن، میرخشتی، ثنایی و باقریان نژاد همسو است (1 و 20-24). ولی با نتایج پژوهش شفیع‌ی کندجانی و همکاران که در آن به بررسی همبستگی آسیب‌شناسی روانی و رضایتمندی زناشویی زنان پرداخته بودند همخوانی ندارد. این محققان در مطالعه خود، همبستگی معناداری بین امتیاز کلی رضایت‌مندی زناشویی و سلامت روان به‌دست نیاوردند. ولی در مطالعه آنان زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و وسواس و اجبار، همبستگی منفی با رضایت‌مندی زناشویی داشت (25).

این مسأله را نیز می‌توان این‌گونه توجیه کرد که اختلال روانی، شانس برقراری روابط رضایت‌بخش را برای فرد کاهش می‌دهد (4). از طرفی افراد مبتلا به افسردگی، ارتباطات خود را نیز با خانواده و اجتماع کم‌تر می‌کنند، در نتیجه، ابراز فعالانه محبت و سایر عواطف مثبت نسبت به همسر نیز کاهش می‌یابد و کناره‌گیری و عدم ابراز محبت نیز پیش‌بینی‌کننده فروپاشی رابطه زناشویی بوده و گام‌هایی در جهت جدایی است (23). در بسیاری از تحقیقات نیز نشان داده شده است که قسمت اعظم مشکلات ارتباطی و طلاق در میان افراد مبتلا به اختلال شدید روانی، افسردگی و سوء مصرف الکل و بعضی اختلالات اضطرابی گزارش شده است (26).

از طرفی نتایج مطالعات همه‌گیرشناسی که محققان به‌ویژه بین اختلالات روانشناختی و رضایت‌مندی زناشویی انجام داده‌اند نشان داده است که وقتی اختلالات همزمان با اختلالات خلقی کنترل می‌شود، اختلالات خلقی، تنها اختلالاتی هستند که به‌صورت واحد، هم در زنان و هم در مردان با رضایت‌مندی زناشویی رابطه پیدا می‌کند به‌طور مثال رضایت‌مندی زناشویی در زنان، به‌طور واحد با افسردگی عمده در ارتباط است ولی در مردان با افسردگی دیس‌تایمی

مسئولین و برنامه‌ریزان امور خانواده می‌توانند جهت پیشگیری از بدکارکردی‌های خانواده و نتایج مخرب روابط زناشویی ناکارآمد، به موضوعات سلامت افراد و همچنین عوامل تأثیرگذار در ابتلای افراد به اختلالات افسردگی و اضطراب توجه بیشتری کنند.

تأثیر فراوانی بر رضایت‌مندی زناشویی آنان دارد. از میان متغیرهای تعیین‌کننده سلامت روان، افسردگی و اضطراب، عوامل تأثیرگذاری هستند که ابتلای هریک از زوجین به این اختلالات، روابط زناشویی آنان را مختل می‌کند. هرچه میزان افسردگی و اضطراب زوجین پایین‌تر باشد از رابطه زناشویی خود لذت بیشتری خواهند برد.

## References

1. Sanaei Zaker B, Baghernezhad R. [Investigation of marital dissatisfaction in couples who tend to divorce (Persian)]. *Danesh and Pajooheh in psychology* 2001; 15: 61-78.
2. Bradbury TN, Fincham FD, Beach SR. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage & Family* 2000; 62: 964-80.
3. Karny B, Bradbury TN. Marital satisfaction in intimate relationship. *Journal of Marriage & Family* 2000; 63(2): 504- 13.
4. Sapington A. Mental health. Shahi baravati H. (Persian translator) 1<sup>st</sup> ed. Tehran; Ravan Publication 2001: 22-3.
5. Halford WK. Brief therapy for couples: Helping partners help themselves. Tabrizi M, Kardani M, Foroogh J. (Persian Translators) 1<sup>st</sup> ed. Tehran; Fararavan Publication 2005: 30-1.
6. Shackelford R, Besser M, Goetz DF. Or better or for worse: Marital well-being of newlyweds. *Journal of Counseling Psychology* 2007; 14: 223- 42.
7. Myers DG, Diener ED. Who is happy? *Psychological Science* 1995; 6(1): 79-114.
8. Maltby J, Day L, McCutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: a context for examining celebrity worship and mental health. *Br J Psychol.* 2004; 95(Pt 4): 411-28.
9. Brummett BH, Barefoot JC, Feaganes JR, Yen S, Bosworth HB, Williams RB, et al. Hostility in marital dyads: associations with depressive symptoms. *J Behav Med.* 2000; 23(1): 95-105.
10. Ghamarani A, Abbasi molid H. [Investigation of Lovely relations on basic of Sternberg model(Persian)]. First student's national congress of counseling development and dynamic, Alzahra University 2008; 46.
11. Jafari S, Yazdi SM. [Investigation of relationship between dimensions of family function with women's general health (Persian)]. The second student's national congress of counseling development and dynamic. Alzahra University 2009; 62.
12. Delavar A. Theoretical and empirical principles of research in human and social science (Persian). 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Roshd Publication 2003; 131.
13. Soleymanian A [effect of irrational thoughts on marital dissatisfaction in married students of Azad university in Bojnord(Persian)]. MA thesis in psychology. Tehran: psychology faculty, Tarbiat Moallem University 1995.
14. Rasooli M. [Investigation of relationship between career stress with marital satisfaction and mental health in police officers (Persian)]. MA thesis in psychology. Tehran: psychology and educational science faculty, Tehran University 2001; 1.
15. Williams P, Golberg DP, Mari J. The validity of the GHQ questionnaire. *Social Psychiatry.* 1987; 21: 15-21.
16. Shamsalizade N, Molavi J, Sahmohammadi D. [Investigation of epidemiology of mental disorders in village area of Tehran (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2001; 25, 26(7): 19-21.
17. Palahang J, Nasr M, Barahani MT. [Investigation of epidemiology of mental disorders in Kashan city (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 1985; 2(4): 12-27.
18. Shamsalizade N, Molavi J, Sahmohammadi D. [Investigation of epidemiology of mental disorders in village area of Tehran (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2001; 25&26(7): 19-21.
19. Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. The pattern of burden in families of neurotic patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28(4): 172-7.
20. Chambless DL, Fauerbach JA, Floyd FJ, Wilson KA, Remen AL, Renneberg B. Marital interaction of agoraphobic women: a controlled, behavioral observation study. *J Abnorm Psychol* 2002; 111(3): 502-12.
21. Rodríguez Vega B, Bay?n C, Franco B, Ca?as F, Graell M, Salvador M. Parental rearing and intimate relations in women's depression. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88(3): 193-7.
22. Goering P, Lin E, Campbell D, Boyle MH, Offord DR. Psychiatric disability in Ontario. *Can J Psychiatry* 1996; 41(9): 564-71.

23. Whisman MA. The association between marital dissatisfaction and depression. In: Beach SRH. Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice. Washington DC: American Psychological Association 2001; 3- 24.
24. Mirkheshti F. [Investigation of relationship between marital satisfaction and mental health (Persian)]. MA thesis in counseling psychology. Rodehen: Azad University 1997; 1.
25. Shafee Kandejani A, Azar M, Janbozorgi M, Noohi S, Hoseini SR. [ Investigation of correlation between psychopathology and marital satisfaction (Persian)]. Pajohande 2006; 12(6): 483-90.
26. Bauserman SAK, Arish I, Craighed WE. Marital attributions and mental health in spouses of depressed patients. Journal of psychology and behavioral assessment 1995; 17: 231-49.
27. Coyne JC, Thompson R, Palmer SC. Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. J Fam Psychol 2002; 16(1): 26-37.

Archive of SID