

## رابطه رضایت زناشویی و شکایات روان تنی با بهزیستی روان شناختی دبیران زن دوره متوسطه شهرستان شهرکرد

سمیه موسوی<sup>1\*</sup>

ایران مهدیزادگان<sup>2</sup>

اصغر آقایی<sup>3</sup>

### چکیده

هدف این پژوهش، تعیین رابطه بین رضایت زناشویی و شکایات روان تنی با بهزیستی روان شناختی دبیران زن شهرستان شهرکرد بوده است. روش پژوهش توصیفی همبستگی و جامعه آماری، دبیران دوره متوسطه ناحیه 1 و 2 شهرستان شهرکرد می باشند که از میان آنها، 184 نفر زن به شیوه طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه سلامت روان SCL-90R (دروگاتیس، لیپمن و کووی، 1973)، پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ (سلیمانی نژاد، 1373) و پرسشنامه بهزیستی روان شناختی (مولوی، 1389) بود. داده‌ها از طریق آمار توصیفی (فراوانی، ضریب همبستگی) و آمار استنباطی (رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام) تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین شکایات روان تنی با رضایت زناشویی ( $r = -0/397$ )؛ و شکایات روان تنی با بهزیستی روان شناختی ( $r = -0/122$ ) همبستگی منفی و معناداری وجود دارد و بین رضایت زناشویی با بهزیستی روان شناختی ( $r = 0/294$ ) همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین شکایات روان تنی و رضایت زناشویی با هم 8/6 درصد از تغییرات بهزیستی روان شناختی را به صورت معنادار پیش بینی می کنند.

**واژه‌های کلیدی:** شکایات روان تنی، رضایت زناشویی، بهزیستی روان شناختی

<sup>1</sup>-کارشناس ارشد دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان (نویسنده مسئول)

<sup>2</sup>-عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان

<sup>3</sup>-عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان

## مقدمه

خانواده از ارکان عمده و نهادهای اصلی هر جامعه و یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی است که می‌تواند نیازهای مادی، عاطفی، تکاملی و همچنین نیازهای معنوی انسان‌ها را برطرف کند. این واحد اجتماعی مبدأ بروز عدالت انسانی و کانون صمیمانه‌ترین روابط و تعاملات بین فردی است. اهمیت خانواده به اندازه‌ای است که سلامت و بالندگی هر جامعه‌ای وابسته به سلامت و رشد خانواده‌های آن است (حسینی، 1382، به نقل از صادق مقدم و همکاران، 1385).

ازدواج تقریباً در تمامی جوامع انسانی مهم تلقی می‌شود و به عنوان یک پدیده اجتماعی از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است و منبع بسیار مهم از امنیت خاطر برای زنان و جایگاه مهمی برای احساس مسؤلیت بیشتر برای مردان است (مداتیل و بنشوف، 2008).

بدیهی است که این آرامش تنها در سایه تفاهم در روابط زناشویی و رضایت زوجین از زندگی خویش حاصل می‌شود. یکی از جوانب بسیار مهم یک نظام زناشویی رضایت است که همسران در ازدواج تجربه می‌کنند (ثانی گوجی، فریمن، تیلور و مالکارن، 2006). رضایت زناشویی که مهمترین و اساسی‌ترین عامل جهت پایداری و دوام زندگی مشترک می‌باشد عبارت است از وجود یک رابطه دوستانه همراه با حسن تفاهم و درک یکدیگر و وجود یک تعامل منطقی بین نیازهای مادی و معنوی زوجین. رضایت زناشویی در خانواده مهمترین رکن سلامت افراد خانواده است (وینچ، 2000).

به اعتقاد مارکمن و فلویید (2002) اغلب افرادی که ازدواج می‌کنند در آغاز زندگی دارای سطح بالایی از رضایت زناشویی هستند. علاوه بر افت تدریجی که با گذشت زمان در رضایتمندی زناشویی رخ می‌دهد، در همان هفته‌ها و ماه‌های اول ازدواج نیز مشکلات جدی رخ می‌دهد که اگر حل نشود می‌تواند رضایت و ثبات رابطه زناشویی را تهدید کنند. به علت ارتباط بین سلامت روان و بهزیستی فیزیکی و روان شناختی، ازدواج وابسته به سلامت روان است (کو، برگ، بوتیر، بوچینو و اسمیت، 2007؛ اسمیت و همکاران، 2009).

این خصوصاً برای کسانی که بیش از دهه‌ها است که متأهل اند صادق تر است (لتزینگر و گوردون، 2005). افراد متأهل نسبت به افراد غیر متأهل رضایت از زندگی بالاتری داشته (اید و لارسن، 2008)، در معرض خطر کمتر برای تنش و افسردگی

(ویفن، 2009) و نرخ مرگ و میر، پایین تر (جانسون، بک لاند، مورلی و لاولس، 2000) و رفاه اقتصادی بهتری (جانسون و همکاران، 2000) را گزارش می کنند. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریها (رابلز و کیکولت - گلاسر، 2003) نیز اعلام می دارد مردان و زنان متأهل نسبت به همتهای غیر متأهلشان بدون شک خوشحال تر و سالم ترند، استرس کمتری دارند و رفاه بالاتری را احساس می کنند. اگرچه مطالعات جمعیت شناختی نشان می دهد که ازدواج موجب سلامت روان است (جانسون، 2000). پژوهش های جدیدتری نشان می دهند که نه فقط وضعیت تأهل، بلکه این رضایتمندی زناشویی است که منجر به سلامت می شود. به عبارت دیگر، اگرچه ازدواج برخی فواید فیزیکی و روان شناختی دارد، اما این منفعت ها به افراد متأهل با مسرت و راضی محدود می شوند (روبلز و کیکولت - گلاسر، 2003). در واقع افراد متأهل بدبخت (غیر خوشبخت) نسبت به افراد مجرد سطح پایین تر بهزیستی فیزیکی و روان شناختی را تجربه می کنند (لوکاس، اینر، لارسن، 2002).

این موضوع در پژوهش های وابسته به امراض پیری ویژه بهزیستی روان شناختی (استیل، اشمیت و شولتز، 2008) و سلامت روان (کوروس، کامینگ، 2010) نیز گزارش شده است. اگرچه ارتباط بین ازدواج و بهزیستی قوی تر از سایر روابط اجتماعی است، مکانیزم هایی که بوسیله آن رضایت زناشویی، سلامت روان را بهبود می بخشد (یا برعکس) کاملاً روشن است (کوروس و کامینگ، 2010). پژوهشگران به طور همسانی ارتباط بین کیفیت زندگی زناشویی و سلامت فیزیکی (روبلز و کیکولت - گلاسر، 2003؛ اشمالینگ و شر، 1997)، بهزیستی روان شناختی (جانسون و همکاران، 2000)، رضایت از کل زندگی (هلر، واتسون و ایلز، 2004) را اثبات کردند. پرولوکس، هولمز و بوهرلر (2007) در یک تحلیل مروری روی کیفیت زندگی زناشویی و بهزیستی فردی در میان 69 مطالعه مقطعی و 27 مطالعه طولی دریافتند که کیفیت زندگی زناشویی به طور معناداری با بهزیستی فردی (نشانگان افسردگی، عزت نفس، رضایت از زندگی، شادکامی کلی و سلامت فیزیکی) مرتبط بود. بهزیستی روان شناختی عبارت است از ارزشیابی زندگی برحسب رضایت و تعامل داشتن بین حالات عاطفی مثبت و منفی (گودمن، 1999). بهزیستی روان شناختی از سه مؤلفه تشکیل شده است. اولین مؤلفه، رضایت از زندگی است که ارزیابی قضاوتی - شناختی از زندگی را در بر می گیرد. قضاوت در مورد

چگونگی رضایت هر فرد از زندگی، بستگی به ملاک های فرد دارد و می تواند اکتسابی باشد (گودمن، 1999).

مؤلفه دوم و سوم را به ترتیب پنج طبقه مثبت و منفی نامگذاری کرده اند. به عبارتی، مولفه دوم و سوم داشتن تعادل خلقی را در فرد مطرح می سازد. بنا به مولفه دوم و سوم، فردی از بهزیستی روان شناختی بالایی برخوردار خواهد بود که دارای تعادل خلقی باشد (گاتمن و لونسون، 1992).

هر یک از این سه مؤلفه بهزیستی روان شناختی می توانند به عوامل فرعی تقسیم شوند، مثلاً رضایت کلی می تواند به رضایت در ابعاد مختلف مثل تفریح، عشق، زناشویی، روابط دوستانه و... تقسیم شود. بهزیستی روان شناختی منعکس کننده افکار و احساسات مثبت فرد است که با رضایت از کار، ازدواج و سایر ابعاد زندگی به دست می آید. در سطح عاطفی، افراد دارای بهزیستی روان شناختی بالا، عمدتاً دارای هیجانات مثبت بوده و ارزیابی مثبت درباره رویدادهای زندگی دارند. افراد دارای بهزیستی روان شناختی پایین نیز شرایط و رویدادها را نامطلوب ارزیابی کرده و به همین دلیل به هیجانات نامطلوب مانند اضطراب، افسردگی و پرخاشگری دچارند (کارنی، 1997). از طرفی کیفیت رابطه زناشویی به طور مثبتی با میزان سلامت عمومی، مصونیت بیشتر، ایمنی فیزیولوژیک و وجود آنتی بادی های بیشتر علیه عوامل و بررسی و عملکرد بهتر سیستم قلبی عروقی رابطه دارد (ویتسون، 2003).

بلوم، نابسامانی زناشویی و طلاق را بعد از مرگ ناگهانی در خانواده، از مهمترین عوامل تنیدگی زا می داند (هالفورد، 2005). تاثیر این نابسامانی در وضعیت زن و مرد متفاوت است در حالی که زنان بیشتر به ناراحتی های روان شناختی، افسردگی و اختلالات جسمی خفیف دچارند، مردان نسبت به بیماری های مرگباری چون ناراحتی های قلبی، عروقی و سرطان آسیب پذیرتر هستند (دانا و گریفین، 1999). بر اساس تعریف انجمن روانپزشکان امریکا بیماری های روان تنی عبارت است از تحریکها و عوامل محیطی حادی که با آثار روانی خود به طور موقت سبب شروع یا تشدید حالات جسمانی بشوند، چنانچه این حالات جسمانی یا همراه با ضایعات پاتولوژیکی مشخص و قابل مشاهده ای (مثل زخم معده) باشند و یا در پی یک فرایند پاتوفیزیولوژیکی همراه با ضایعات پاتولوژیکی (مثل چاقی، لاغری، استفراغ) قرار گیرد (کاپلان و سادوک، 1382). اختلالات روان تنی به وجود نوعی رابطه و تعامل پیچیده و چندوجهی زمینه ها و

استعدادهای زیستی و فیزیولوژیک از یک سو و عوامل و فشارهای محیطی و روانی از سوی دیگر اشاره دارد (ریاحی، 1388). ویلانگ فرو و اراहत (2011) در تحقیق ارتباط رویدادهای زندگی با شکایات روان تنی طی دوران بزرگسالی و جوانی را مورد بررسی قرار دادند. این تحقیق نشان داد که رفتاری به اتفاقات و رویدادهای نا مطلوب زندگی احتمال شکایات روان تنی را افزایش می دهد که این احتمالاً در زن ها بیشتر از مردها می باشد. به این ترتیب همبستگی مثبتی بین تعارض زناشویی، اضطراب، افسردگی و سطح پایین جسمانی یافت شده است (هالفورد، 2003). به این ترتیب هرگونه بررسی در رابطه بین رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی با شکایات روان تنی، ارزش علمی قابل توجهی دارد چراکه یافته های چنین پژوهشی می تواند مبنای مداخلات درمانی در این زمینه باشد.

با توجه به مباحث مطرح شده پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه چندگانه بین رضایت زناشویی و شکایات روان تنی با بهزیستی روان شناختی دبیران زن دوره متوسطه شهرستان شهرکرد است. در همین راستا فرضیه های پژوهش به این صورت شکل گرفت؛ 1- بین رضایت زناشویی و شکایات روان تنی با بهزیستی روان شناختی دبیران زن دوره متوسطه شهرستان شهرکرد ارتباط وجود دارد. 2- از طریق رضایت زناشویی و شکایات روان تنی می توان بهزیستی روان شناختی را در دبیران زن دوره متوسطه شهرستان شهرکرد پیش بینی کرد.

## ابزار و روش

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه دبیران زن دوره متوسطه شهرستان شهرکرد در سال تحصیلی 91-92، بود که براساس فرمول گرجسی و مورگان حجم نمونه 190 به دست آمد. در این پژوهش ابتدا آمار مدارس و دبیران آنها در 2 ناحیه 1 و 2 از گروه طرح و برنامه اداره کل آموزش و پرورش استان گرفته شد، سپس به تعداد مساوی از هر ناحیه به عنوان نمونه در نظر گرفته شد. آنگاه در هر ناحیه 18 مدرسه دخترانه به طور تصادفی انتخاب و از هر مدرسه 11 دبیر زن به شیوه تصادفی ساده به عنوان نمونه در نظر گرفته شد، که تعداد آنها 198 نفر رسید. پس از جمع آوری پرسشنامه ها تعداد 14 پرسشنامه غیر قابل استفاده تشخیص داده شد و در نهایت تعداد 184 پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت.

برای اندازه گیری رضایت زناشویی از فرم 47 سؤالی پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ؛ ( اولسون، 1989؛ به نقل از اولیا، 1385) استفاده شد. این پرسشنامه دارای مقیاس پاسخگویی پنج درجه ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. اینریچ، اولسون و همکارانش (1989) آلفای کرونباخ مقیاس های این پرسشنامه را 0/92 گزارش کردند. این پرسشنامه توسط سلیمانین (1372) در ایران هنجاریابی گردید. اولیا (1385) پایایی آزمون را به روش آلفای کرونباخ 0/91 گزارش کرده است. همچنین عبدالله زاده (1382)؛ به نقل از عطاری، امان الهی فرد و مهرابی زاده هنرمند، (1385) در تحقیق خود، آلفای کرونباخ پرسشنامه را 0/93 گزارش کرده است. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه پرسشنامه استفاده شده است. ثنایی (1379) برای محاسبه روایی این آزمون نشان داد که کلیه خرده مقیاس های پرسشنامه انریچ، زوج های راضی و ناراضی را متمایز می کند و این نشان می دهد که این پرسشنامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس رضایت خانوادگی از 0/41 تا 0/60 و با مقیاس های رضایت زندگی از 0/32 تا 0/41 است که نشانه روایی سازه است (ثنایی و باقریان نژاد، 1382). در این پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ 0/986 برآورد شده است. یک نمونه از سؤالات این پرسشنامه به این شرح است؛ من و همسرم یکدیگر را کاملاً درک می کنیم.

برای سنجش ویژگی های روانی از پرسشنامه علایم روانی 90 سؤالی (دروگاتیس، لیپمن و کووی، 1973) استفاده شد. این پرسشنامه دارای مقیاس پاسخگویی پنج درجه ای (به هیچ وجه تا بسیار زیاد) است و علائم روانی را در 9 بعد موسوم به شکایات جسمانی، وسواس فکری، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان پریشی ارزیابی می کند. دروگاتیس (1983) برای سنجش پایایی ابعاد نه گانه این آزمون از دو روش محاسبه "پایایی درونی" و "پایایی بازآزمایی" استفاده کرده است. پایایی درونی SCL-90-R برای 9 محور رضایت بخش است و بیشترین همبستگی مربوط به افسردگی با 0/90 و کمترین آنها مربوط به روان پریشی با 0/77 بوده است. پایایی این آزمون در پژوهش میرزایی (1359) برای تمام مقیاس ها به جز پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانویید بیشتر از 0/80 گزارش شد. یک نمونه از سؤالات این پرسشنامه به این شرح است؛ آیا از هفته گذشته تا به امروز سردرد داشته اید؟

برای اندازه گیری بهزیستی روان شناختی از فرم 39 سؤالی پرسشنامه بهزیستی روان شناختی مولوی (مولوی، ترکان، سلطانی و پالهنک، 1389) استفاده شد. این پرسشنامه دارای مقیاس پاسخگویی پنج درجه ای (کاملاً درست تا کاملاً نادرست) است و چهار زیر مقیاس سرزندگی، اراده، روان رنجوری، استرس و افسردگی را سنجش می کند که از مجموع دو زیر مقیاس اولی عواطف مثبت و از مجموع دو زیر مقیاس بعدی عواطف منفی به دست می آید.

روایی محتوایی این پرسشنامه با توجه به استفاده از پرسشنامه های معتبر برای گردآوری گویه ها، بر پایه تأیید برخی از استادان روان شناسی تأیید شده است. همبستگی میان زیرمقیاس ها نشان داد میان سرزندگی و اراده ( $r=96/0$ ,  $P < 0/01$ ) و روان رنجوری و استرس - افسردگی ( $r=872/0$ ,  $p < 0/01$ ) رابطه معنادار وجود دارد. بنابراین میان زیرمقیاس های عواطف مثبت با یکدیگر و عواطف منفی با یکدیگر همبستگی بالاتر از متوسط و هماهنگی درونی وجود دارد (مولوی، 1388). در این پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ  $0/89$  برآورد شده است. یک نمونه از سؤالات این پرسشنامه به این شرح است؛ زیرک هستم.

پس از انجام نمونه گیری آزمودنی ها به روش خود گزارش دهی فردی، پرسشنامه را تکمیل کردند. برای تحلیل داده های به دست آمده از پژوهش، از روش آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد.

## یافته ها

در جدول 1 اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی ها نشان داده شده است. همان گونه که در جدول 1 مشاهده می شود، سابقه کار 10-6 سال بیشترین فراوانی را دارد.

جدول 1- فراوانی و درصد جنسیت، مقاطع تحصیلی و سابقه کار آزمودنی ها

		فراوانی	درصد
جنسیت آزمودنی ها	زن	184	100
سابقه کار آزمودنی ها	1-5 سال	41	22/2
	6-10 سال	61	33/1
	11-15 سال	36	19/5
	16-20 سال	27	14/6
	21 سال به بالا	19	10/3

جدول 2- میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیر	میانگین	انحراف معیار	1	2	4
1	رضایت زناشویی	1/41	62/05	-		
2	شکایات روان تنی	87/21	58/99	0/397-	-	
3	بهزیستی روان شناختی	11/52	5/02	0/294	0/122-	-

$p > 01/0^*$

در جدول 2، میانگین، انحراف معیار و همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است. چنانکه در جدول 2 مشاهده می شود، بین رضایت زناشویی و شکایات روان تنی ( $r = -0/397$ ،  $p > 01/0$ ) و شکایات روان تنی و بهزیستی روان شناختی ( $r = 0/122$ ،  $p > 01/0$ ) ارتباط منفی و معناداری وجود دارد. بین رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی ( $r = 0/294$ ،  $p > 01/0$ ) ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. با توجه به این موارد فرضیه اول پژوهش تأیید می شود.

جدول 3) نتایج تحلیل رگرسیون به شیوه گام به گام برای پیش بینی بهزیستی روان شناختی

گام	متغیر پیش بین	R	R2	F	Sig
1	شکایات روان تنی	0/122	0/015	2/759	0/000
2	شکایات روان تنی، رضایت زناشویی	0/294	0/086	8/541	0/000

نتایج جدول 3 نشان می دهد که طی تحلیل رگرسیون در گام اول، متغیر شکایات روان تنی وارد معادله رگرسیون شده است و مقدار ضریب تبیین برابر با 0/015 می باشد، به این معنی که تقریباً 1/5 درصد از تغییرات بهزیستی روان شناختی را این متغیر تبیین می کند. در گام دوم با اضافه شدن متغیر رضایت زناشویی، مقدار برابر 0/086 می شود، به این معنی که این دو متغیر با هم 8/6 درصد از تغییرات بهزیستی روان شناختی را تبیین می کنند. همچنین نتایج جدول 3 نشان دهنده معنادار بودن مدل رگرسیون در هر دو گام است، که مقدار F محاسبه شده در گام اول برابر با 2/759 و مقدار F محاسبه شده در گام دوم برابر با 8/541 و سطح معناداری در هر دو گام کوچکتر از سطح 0/01 است که نشان دهنده معنادار بودن مدل رگرسیون است.

جدول 4) ضرایب رگرسیون گام به گام رضایت زناشویی و شکایات روان تنی



سطح معناداری	مقدار t	مقدار بتا	مقدار b
0/00	6/440	8/251	ثابت
0/00	3/758	0/024	رضایت زناشویی
0/00	0/88-	0/00	شکایات روان تنی

نتایج جدول 4 نشان می دهد که مقدار بتای مشاهده شده برای رضایت زناشویی برابر 0/291 و برای شکایات روان تنی برابر با 0/00 است. بنابراین شکایت روان تنی در مدل تأثیری ندارد، به این معنی که یک واحد تغییر در شکایات روان تنی تأثیری در رضایت زناشویی ندارد و بالعکس. مقدار t محاسبه شده برای هر کدام از متغیرها در سطح 0/01 معنادار است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی رابطه رضایت زناشویی و شکایات روان تنی با بهزیستی روان شناختی بین دبیران زن دوره متوسطه بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان می دهد که رضایت زناشویی با بهزیستی روان شناختی رابطه مثبت معناداری دارد. رضایت زناشویی به رضایت کلی فرد کمک می کند یعنی همسرانی که از رضایت زناشویی بالایی برخوردارند، عزت نفس بیشتری دارند و در روابط اجتماعی سازگارترند (مارکوکسی، گرینوود، 1984، به نقل از ملازاده، 1380). اسپانیر و لوئیس (1980، به نقل از لیتزینگر و گوردون، 2005) اعلام کردند که ارتباط مثبت، توافق افراد بر سر مسائل زناشویی و ابراز محبت باعث می شود فرد، رضایتمندی و شادکامی بیشتری در روابط زناشویی خود داشته باشد. متقابلاً ناراضیتهای زناشویی نیز باعث از بین رفتن بهزیستی و سلامتی فرد می شود (آماتو، 2000). حوادث نامطبوع زندگی قادرند بهزیستی روان شناختی را تحت تأثیر قرار دهند و مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند (سگروم و میلر، 2004). بلوم، نابسامانی زناشویی و طلاق را بعد از مرگ ناگهانی در خانواده از مهم ترین عوامل تنیدگی زا می داند (هالفورد، 2005) و تأثیر این نابسامانی در زن و مرد متفاوت است در حالی که زنان به ناراحتی های روان شناختی، افسردگی و اختلالات جسمی خفیف دچارند، مردان نسبت به بیماری های مرگباری چون ناراحتی های قلبی عروقی و سرطان آسیب پذیرتر هستند (دانا و گریفین، 1999). همسو با این نتایج پژوهش های میرخشتی (1375)، کی یز

(2002)، سگستروم و میلر (2004)، پرولوکس، هولمز و بوهرلر (2007)، فیشر (2008)، کوروس و کامینگ (2010)، روسو (2012)، کمالی، زینعلی پور و زارعی (2013)، یادعلی جمالویه، ناصری، شوشتری و همکاران (2013) نشان دادند کیفیت زندگی زناشویی به طور معناداری با بهزیستی فردی (نشانگان افسردگی، عزت نفس، رضایت از زندگی، شادکامی کلی و سلامت فیزیکی) مرتبط است و حوادث نا مطبوع زندگی قادرند بهزیستی روان شناختی را تحت تأثیر قرار دهند و مختل کنند و نیز به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان می دهد شکایت روان تنی با بهزیستی روان شناختی رابطه منفی معنادار دارد. در تبیین این یافته می توان گفت مؤلفه های بهزیستی روان شناختی همبسته های زیست شناختی زیادی دارند که به طور خلاصه می توان: 1- کارکرد مؤثر سامانه های انتقال دهنده عصبی شامل سروتونین و نورآدرنالین، 2- کارکرد مؤثر در دستگاه ایمنی، 3- پیوند فزاینده گابا و توان فراموشی یا بازداری یادمان های رویدادهای فشارانگیز، 4- و فعال سازی گذرهای دوپامینی مرزوکورتیکی و سزولیمبسی است (کار، 2004). تغییرات زندگی خانوادگی، اختلافات خانوادگی می تواند باعث واکنش های هیجانی شدیدی شود که به شدت بر تحریک دستگاه شبکه ای و ترشح غدد تأثیر گذارد. و این برانگیختگی مستمر و یکنواخت ممکن است به تغییرات فیزیولوژیکی منجر شده و آمادگی عمومی فرد را برای ابتلا به بیماری روان تنی افزایش دهد (لیوفسکی، 1985). درزمینه نتایج این پژوهش بیاتی، گودرزی و کوچکی (1387)، فتوکیان، کیهانیان و غفاریان (1387)، ریاحی (1388)، دانا و گریفین (1999)، گانی، کالافت و بويسان (2010)، تویجا (2011)، ویلانگف، فرو و ارهارت (2011)، کومار (2013)، اتووا، ارهات، ولبرگ و همکاران (2012) نیز به نتایج مشابهی دست یافته بودند که بین بهزیستی روان شناختی با سلامت عمومی رابطه مثبت و قابل توجه وجود دارد و با افزایش سلامت عمومی، بهزیستی روان شناختی نیز تحت تأثیر قرار گرفته و افزایش می یابد (و بالعکس). 35 درصد از تغییرات واریانس نمرات سلامت عمومی با نمرات بهزیستی روان شناختی قابل پیش بینی است (بیاتی، 1387).

پژوهش حاضر بر وجود رابطه بین رضایت زناشویی و شکایت روان تنی با بهزیستی روان شناختی در زنان متأهل تأکید دارد و با توجه به نتایج آن می توان بیان کرد که رضایت زناشویی می تواند عامل پیش بینی کننده ای برای بهزیستی روان شناختی

باشد و نشان دهد که هرچه رضایت زناشویی بالاتر رود، بهزیستی روان شناختی افزایش، و در پی آن شکایت روان تنی کاهش می یابد؛ پس با در نظر گرفتن نقش زنان در خانواده و جامعه، لزوم توجه به بهزیستی روان شناختی آنها و عوامل مربوط به آن از اولویت برخوردار است.

در همین زمینه پیشنهاد می شود مراکز مشاوره برای دبیران با استفاده از افراد متخصص و صاحب نظر به منظور رفع مشکلات دبیران در زمینه رضایت زناشویی و بیان آثار و عواقب روانی و جسمانی رضایت زناشویی در کلاس های آموزش خانواده که در مدارس تشکیل گردد. با توجه به محدودیت تک جنسی بودن نمونه پژوهش، لازم است پژوهش های بیشتری با نمونه مذکر یا یک زوج کامل (زن و شوهر) و با در نظر گرفتن سایر عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی انجام شود.

Archive of SID

## منابع:

- اولیا، ن، فاتحی زاده، م. و بهرامی، ف (1385)، تاثیر آموزش غنی سازی زندگی زناشویی بر افزایش رضایتمندی زناشویی زوج ها. فصلنامه خانواده پژوهی. سال 2. شماره 6. ص 119-135
- بیاتی، ع، گودرزی، ح. و کوچکی، ع (1387)، رابطه ابعاد بهزیستی روان شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر (86-85). دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. (36-35): ص 153-164.
- ثنایی، ب (1379)، مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. چاپ اول، تهران: انتشارات بعثت.
- ثنایی، ب. و باقریان نژاد، ز (1382)، بررسی ابعاد نارضایتی زناشویی زنان و مردان متقاضی طلاق در شهر اصفهان، دانش و پژوهش در روان شناسی دانشگاه آزاد خوراسگان (اصفهان)، شماره 15: ص 61-78.
- ریاحی، م (1388)، استرس و شیوع نشانه های اختلال روان تنی در همسران شاهد. مجله: طب نظامی (4): ص 175-182.
- سلیمانیان، ع (1372)، بررسی تفکرات غیر منطقی بر رضایتمندی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم.
- صادق مقدم، ل، عسکری، ف، معروضی، پ، شمس، ه. و طهماسبی، س (1385)، میزان رضایت از زندگی زناشویی در زنان شاغل و خانه دار و همسران آنها در شهر گناباد. مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد، افق دانش، شماره دو.
- عطاری، ی.ع، امان الهی فرد، ع. و مهرابی زاده هنرمند، م (1385)، بررسی رابطه ویژگیهای شخصیتی و عوامل فردی-خانوادگی با رضایت زناشویی در کارکنان اداره های دولتی شهر اهواز، مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه چمران اهواز، دوره سوم، سال سیزدهم، شماره 1: ص 81-108.
- فتوکیان، ز، غفاریان، ف. و کیهانیان، ش (1387)، ارتباط عوامل استرس زا با بروز سرطان در مراجعه کنندگان به بیمارستان سجاد رامسر. مجله دانشکده پرستاری و مامایی همدان. سال شانزدهم. شماره 1 (پیاپی 29). صفحه 68.
- کاپلان، ه. و سادوک، ب (1382)، خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری. روانپزشکی بالینی. ترجمه: رفیعی، ح. رضاعی، ف. تهران: انتشارات ارجمند.
- ملازاده، ج (1380)، رابطه سازگاری زناشویی با عوامل شخصیت و سبکهای مقابله ای در فرزندان شاهد، پایان نامه دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

- مولوی، خ، ترکان، ه، سلطانی، ا. و پالاهنگ، ح (1389)، ساخت وهنجاریابی و سنجش روائی و پایائی پرسشنامه سلامت ذهن. روانشناسی و روانپزشکی بالینی ایران. سال شانزدهم، شماره 3، پیاپی 62.
- میرخشتی، ح (1375)، بررسی رابطه میزان رضایت از زندگی زناشویی و سلامت روان. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- میرزایی، ر (1359)، ارزیابی، پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی و علوم رفتاری، تهران، دانشگاه تهران.
- Amato, P.R., & Booth, A. (2000), The legacy of parents marital discord consequences for children's marital quality. *Journal of personality and Social psychology*, 81,627-638.
  - Carr, A. (2004), positive psychology. The Science of happiness and human Strengths. Brunner- rotledge. Tailor & Francis group. Hove and New York.
  - Danna, k. & Griffin. (1999), Health and well-being in the work place; a review and Sunthesis of the literature. *journal of Management*.23.357-384.
  - Derogatis, L.R. (1983), SCL-90-R administration, scoring & procedures
  - Goodman, C. (1999), Intimacy and autonomy in long-term marriage. *Journal of Gerontological Soc Work*; 32(1): 83-97.
  - Gottman, J.M. & LevenSon, R.w. (1992), Marital process predictive of Later dissolution: Behavior, physiology and Health . *J personality and Social psycho*, 63(2):221-233.
  - Guney, S., Kalafat, T. & Boysan, M. (2010), pimenSions of mental health: psychological well-being anxiety and depression :A preventive mental health Study in Ankara university Students population. *J Social and Behavioral Science*, 2:1210-1213.
  - Halford, W.K. (2003), Brief therapy for couples: Helping partners help themselves New York, NY: Guilford press.

- Heller, D., Watson, D. & Iles R. (2004), The role of person versus situation in life satisfaction: A critical examination. *Psychological Bulletin*, 130, 574-600.
- Johnson, N., Backlund, E., Sorlie, P., & Loveless, C. (2000), Marital status and mortality: The National Longitudinal Mortality Study. *Demography*, 10, 224-238.
- Kamali Khorgo H, Zainalipour H, Zarei E. (2013), The study of relationship between life skills, psychological well-being and couples marital adjustment in Bandar Abbas. *American Journal of Life Science Researches*, Vol.1, Issue 4, 200-208.
- Karney, B.R. & Bradbury, T.N. (1997), Neuroticism, Marital Interaction and the Trajectory of Marital Satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2):221-233.
- Keyes, C. L. M. (2002), The mental health continuum: from languishing.
- Ko, K.J., Berg, C.A., Butner, B.N., Uchino, B.N., & Smith, T.W. (2007), Profiles of Successful Aging in Middle-Aged and Older Adult Married Couples. *Psychology and Aging*, 22, 705-718.
- Kouros, C. D. & Cummings, E. M. (2010), Longitudinal associations between husbands' and wives' depressive symptoms. *Journal of Marriage and Family*, 72, 135-147.
- Kumar R. (2013), Psychosomatic complaints among nursing students-A cross sectional survey from Punjab. *J Dehli Psychiatry*. vol.16, No.2.
- Lipowski, Z.J. (1985), *Psychosomatic medicine and liaison psychiatry*. New York: Plenum Press.
- Litzinger, S. & Gordon, K.C. (2005), Exploring Relationship Among Communication, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 31, 409-428.
- Lucas, R.E., Diener, E., Larsen R.J. (2003), Measuring positive emotion. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds). *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models*. 84, 527-539.

- Madathil, J. & Benshoff, J.m. (2008), importance of marital characteristic and marital satisfaction: a comparison of Asian Indians in arranged marriages and Americans in marriages of Choice. *The Family Journal*, vol 16(3): 222-230.
- Markman, H.J., Floyd, F. (2002), possibilities for the prevention of marital discord :A beheri oral perspective. *American journal of Family Therapy* (1981);9:30-48.
- Ottova V, Erhart M, Vollebergh W, Kökönyei G, Morgan A, Gobina I, Jericek H, Cavallo F, Välimaa R, Gaspar de Matos M et al. (2012), the role of individual- and macro-level social determinants on young adolescents' psychosomatic complaints. *Journal of Early Adolescence*, 32(1):126-158.
- Proulx, C.M., Helms, H.M., Buehler C. (2007), Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69:576-593.
- Robles, T.F., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2003), The physiology of marriage: Pathways to health. *Physiology and Behavior*, 79,409-416.
- Rusu, P.P., Turliuc, M.N. (2012). Family stress, marital satisfaction and well-being: the moderating effects of dyadic coping and religiosity. Paper presented at 26th Conference of the European Health Psychology Society (EHPS), Prague, Czech Republic, published in in
- EHPS (2012), abstracts, *Psychology & Health*, 27: sup. 1, pp. 317-318, ISSN 0887-0446.
- Schmaling, k.B., & Sher, T.G. (1997), Physical health and relationships . In w.k. Halford & H.J.Markman(Eds), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp.323-345). Hoboken, N J:John wiley & Sons.
- Segerstrom, S., & Miller, G. (2004), "Psychological stress and the human immune system : A metaanalytic study of 30 years of inquiry". *Psychological Bulletin*, 130, 610-630.

- Steel P., Schmidt J., Shultz J. (2008), Refining the relationship between personality and Subjective well-being. *psychological Bulletin*.134.138-167.
- taniguch, S.T., Freeman, P.A, Taylor, S & Malcarne, B. (2006), Study of married Couples perceptions of marital Satisfaction in outdoor recreation. *journal of experiential education*, 28(3); 253-256.
- Tuija, M. (2011), Health and psychosomatic Complaints and work locus of Control during woman managers careers. *Gender in Management: An International journal*. 26 Iss:6, 419-431.
- villalonga, E., Ferero, C., Erhart, M. (2011), Relationship Between life Events and psychosomatic Complaints During Adolescence/Youth. *Journal of Adolescent Health*, 49. Iss2. 199-205.
- Whiffen, V.E. (2009), *A Secret Sadness: The hidden relationship Patterns that make woman depressed*. Oakland, CA: New Harbinger.
- whitson, Stephanie. E 1-Sheikh, M. (2003), Marital Conflict health: processes and protective factors. *Aggression and violent Behavior*. 283-312.
- Winch, R. (2000), *Selected studies in marriage and the Family*. New York: Hito Rinehart and wiston. INC.
- Yadalijamaloye Z, Naseri E, Shoshtari M, Khaledian M, Ahrami R. (2013), Relationships between self-esteem and marital satisfaction among women. *Psychology and Behavioral Sciences*; 2(3): 124-129.