

مقاله پژوهشی

## بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل

شایسته بنائیان<sup>\*</sup>، ندا پروین<sup>\*\*</sup>، افسانه کاظمیان<sup>\*\*\*</sup>

دریافت: ۸۵/۱۰/۲۱، پذیرش: ۸۶/۱/۱۵

### چکیده:

مقدمه و هدف: خانواده در حکم بافت سلولی برای اندام های اجتماعی است و فراهم کننده سلامت روانی، جسمی و اجتماعی اعضا آن می باشد. سلامت خانواده در پناه زندگی توأم با برقراری ارتباط محکم و دائمی بین زن و مرد که ازدواج نامیده می شود برقرار می شود. امروزه بروز اختلافات زناشویی افزایش داشته که این مورد لزوم بررسی علل و تعارضات خانوادگی و زناشویی را مطرح می نماید. برخی مطالعات وجود مشکلات روانی را در افرادی که متقاضی طلاق هستند نشان داده لذا با توجه به اهمیت تداوم زندگی خانوادگی، محقق بر آن شد تا با انجام این تحقیق و با هدف بررسی ارتباط وضعیت سلامت روان و رضایت زناشویی زنان بروجنی به بررسی عوامل احتمالی ایجاد کننده نارضایتی زناشویی پرداخته تا زمینه ای برای پیشگیری از طلاق و از هم پاشیدن زندگی خانواده فراهم نماید.

روش کار: این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی می باشد. در این پژوهش از دو پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت روان کلدبرگ و ۴۷ سوالی رضایت زناشویی انریچ (Enrich) به علاوه سوالاتی پیرامون عوامل دموگرافیک استفاده شده است. جامعه پژوهش را زنان متأهل بروجن که در سال ۱۳۸۴ به مراکز بهداشتی درمانی شهر بروجن مراجعه کرده بودند تشکیل می داد که ۴۰۰ نفر آنها در مطالعه شرکت داده شدند پس از تکمیل پرسشنامه ها، اطلاعات توسط نرم افزار SPSS و با کمک آزمونهای آماری میانگین، همبستگی اسپیرمن و کای دو تجزیه و تحلیل آماری شد.

نتایج: اکثر واحدهای پژوهش دارای رضایت نسبی از زندگی زناشویی خود بودند. از طرفی بین دو فاکتور رضایت زناشویی و سلامت روان زنان ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد. زنان برخوردار از سلامت روان مناسب تر از نظر رضایتمندی زناشویی وضعیت بهتری نشان دادند. ( $P < 0.05$ ) بیشترین مشکل زنان در بعد سلامت روان مربوط به مشکلات عملکرد اجتماعی و در بعد رضایت زناشویی نیز مشکلات ارتباطی با همسرانشان بود. در ابعاد مختلف سلامت روان بین افسردگی و رضایت زناشویی بیشترین همبستگی منفی آماری مشاهده شد. ( $P < 0.05$ ) بین متغیرهای تحصیلات زن و مرد و وضعیت رضایت زناشویی و سلامت روان رابطه آماری معنی داری مشاهده شد. ( $P < 0.05$ ) بدین صورت که با افزایش سطح تحصیلات زن و مرد رضایت زناشویی و وضعیت سلامت روان زنان مناسب تر بود.

نتیجه نهایی: با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، لزوم انجام مشاوره قبل از ازدواج و در طول زندگی زناشویی به منظور پیشگیری و درمان زود هنگام مشکلات احتمالی در سلامت روان زن و مرد در نتیجه کاهش احتمال بروز تعارضات زناشویی و بهبود مهارتهای ارتباطی آنها مطرح می گردد.

کلید واژه ها: رضایت/ زناشویی/ زنان متأهل / سلامت روان

\* عضو هیئت علمی گروه مامائی دانشکده پرستاری مامائی شهرکرد (shbanaeian\_212@yahoo.com)

\*\* روانپرستار - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

\*\*\* کارشناس ارشد مامائی مربی گروه مامائی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

**مقدمه :**

امروزه موضوع بهداشت روانی عمیقاً مورد توجه روانپزشکان، روانشناسان و سایر دانشمندان علوم رفتاری و اجتماعی قرار گرفته است. بهداشت روانی هنری است که به افراد کمک می کند تا با ایجاد روش های صحیح روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگار شده و راه حل های مطلوب تری را برای حل مشکلات انتخاب نمایند. چراکه اگر فشارهای روانی فرد را مدام تهدید کند دیگر نمی تواند انسان با نشاط، نیرومند و توانا در انجام مسئولیت های اجتماعی خود باشد (۱).

خانواده قدیمی ترین سازمان اجتماعی است که از بدو پیدایش انسان وجود داشته و در هسته مرکزی سازمانهای اجتماعی گسترده تر قرار گرفته و بخش مهمی از سلامت روانی افراد جامعه را تامین می کند. خانواده در حکم بافت سلولی برای اندام های اجتماعی عمل می کند و در تعلیم و تربیت و آموزش نقش دارد. به اعتقاد روانشناسان سلامت نهاد خانواده در پناه زندگی زوج ها، توأم با برقراری پیوند محکم و دائم بین زن و مرد تحقق می یابد که از آن تحت عنوان ازدواج نام برده می شود. در این میان از جمله تأثیرات روانی مهم ازدواج، برقراری روابط عاطفی مطلوب بین زن و مرد است که مایه آرامش هر دوی آنها می شود (۲).

انسان بر حسب فطرت و طبیعت اجتماعی خود نیازمند همدلی است که با او زندگی کند و در کنار او به آرامش و سکون برسد (۳). کانون خانواده، همواره تجلی گاه عشق و زندگی است اساساً وجود یک ازدواج توأم با رضایت محل تبادل و تلاقی احساسات و عواطف مثبت بین زوج هاست و تشکیل خانواده بهنجار نقش مهمی در سلامت و بهزیستی کل جامعه دارد. از این روست که محققان بر این باورند که زن و شوهر به مثابه نیروی تعیین کننده در جهت حرکت خانواده در چرخه زندگی، نقش بنیادی را ایفا می کنند (۴).

سازگاری از دیدگاه روانشناختی، فرآیند الگوهای مختلف پاسخ دهی به تغییرات محیطی می باشد (۵). سازگاری در معنای خاص، واجد ابعاد روانی، اجتماعی است که توانایی لذت بردن از روابط بین فردی و کارکردن به گونه ای است که هدف های مشخص را ارضاء می کند. در نتیجه فرآیند سازگاری، تنش ناشی از جنبه های تغییر پذیر زندگی کاهش یافته و شخص به تعادل می رسد (۶).

از جنبه های مهم سازگاری با موضوع ازدواج، احساس رضایتمندی از زندگی زناشویی است ازدواج و زندگی زناشویی مستلزم وجود سطح پایداری از سازگاری از جانب زوج هاست و احساس رضایت از ازدواج نقش مهمی در میزان کارکردهای بهنجار خانواده ایفا می کند. آلیس سازگاری زناشویی را به عنوان احساسات خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده از طرف همسر با در نظر گرفتن همه جنبه های زندگی زناشویی معرفی نموده است (۷).

مفهوم سازگاری یک مفهوم و متغیر نگرشی است و از ویژگی های شخصیتی یک زوج محسوب می شود چراکه سازگاری با سایر جنبه های زندگی، احتمالاً رضامندی زناشویی را تحت تأثیر قرار می دهد. رضامندی زناشویی دارای ابعاد مختلفی است که از جمله این ابعاد رضایت از روابط جنسی، ارتباط، ویژگی های شخصیتی، روابط با اطرافیان، مشارکت در تصمیم گیری ها و ارتباط با خانواده همسر، نحوه گذراندن اوقات فراغت و مشترکات مذهبی و دینی می باشد. در این میان رویکرد های مختلفی در زمینه سازگاری زناشویی مطرح است که از جمله آنها رویکرد روانکاوی است که بر نقش عوامل درون فردی سازگاری تأکید دارد و بر این باور است که ویژگی های روانشناختی زوج ها موجب پایداری ازدواج و رضایتمندی زناشویی و یا بر عکس ناپایداری و بروز نارضایتی و مشکلات خانوادگی می گردد (۸).

از آنجا که در شرایط و موقعیت های مختلف زندگی و اختلاف نظر در دیدگاهها، گاهی زن و شوهر دچار درگیری و کشمکش خانوادگی می شوند و با توجه به این موضوع که انحراف از هنجارهای جامعه مانند طلاق با طیف وسیعی از مشکلات دوران کودکی زن و مرد مانند عزت نفس پائین و اختلالات روانی در بزرگسالی همراه است (۹). لازم است تا به وضعیت سلامت روان زن و مرد در زندگی مشترک توجه شده و نقش اختلالات موجود در سلامت روان در بروز ناسازگاریهای زناشویی مشخص گردد.

نظر به اهمیت تأثیر سلامت خانواده، در سلامت روانی جامعه و نقش اساسی روابط زن و شوهر که نشان دهنده رضایتمندی زناشویی آنهاست، بر آن شدیم که با انجام این تحقیق به بررسی ارتباط بین سلامت روان و رضایت زناشویی زنان مراجعه

نمره زیر ۲۳ به عنوان مناسب بودن وضعیت سلامت روان ونمرات بالاتر به عنوان وجود مشکل ( و نه الزاما وجود بیماری ) در نظر گرفته شد. در حیطه های مورد بررسی نیز نمره ۶ به عنوان خط برش مورد استفاده قرار گرفت. علاوه بر این دو پرسشنامه، متغیرهای دموگرافیکی مانند: سن ازدواج، مدت ازدواج، وضعیت درآمد خانواده، سطح تحصیلات زن و مرد، شغل زن و مرد، تعداد فرزندان، وضعیت مسکن در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

روش جمع نمونه گیری به روش آسان انجام شد. پس از توضیح در مورد طرح، پرسشنامه در اختیار افرادی که مایل به شرکت در مطالعه بودند قرار می گرفت. در زنان بیسواد فرم پرسشنامه توسط پرسشگر و از طریق مصاحبه تکمیل می شد. زنانی که طی ۶ ماه گذشته استرس حاد (مثل فوت نزدیکان و...) داشتند از مطالعه خارج می شوند. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها با کمک نرم افزار SPSS و استفاده از آزمون های آمار توصیفی و استنباطی مانند فراوانی، میانگین، همبستگی اسپیرمن و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### نتایج:

دامنه سنی شرکت کنندگان در این پژوهش بین ۱۷ تا ۶۰ و میانگن آن  $31.2 \pm 7.4$  سال بود. بیشترین درصد تحصیلات افراد (۴۹/۵٪) در حد راهنمایی و متوسطه بود و فقط ۲/۵٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین مدت ازدواج  $8.4 \pm 3.7$  سال بود. ۷۷/۳٪ شاغل و بقیه خانه دار بودند. شغل اکثر همسران آنها آزاد بود. ۶۵/۳٪ افراد با همسر نسبت فامیلی داشتند. ۶۵/۳٪ دارای مسکن شخصی و بقیه مستأجر بودند. اکثر شرکت کنندگان در پژوهش دارای ۲ فرزند بودند. ۸۴/۳٪ افراد غیر از همسر و فرزندان با شخص دیگری در منزل زندگی نمی کردند. پاسخ اکثر واحدهای پژوهش به سوالات پرسشنامه سلامت روان گاهی بود. این در حالی است که ۴۶/۲ درصد واحدهای پژوهش نمرات بالاتری از نقطه برش کسب کرده و سلامت روان آنها مختل می باشد. از طرفی در ابعاد چهارگانه سلامت روان، بیشترین مشکل در بعد عملکرد اجتماعی مشاهده شد (جدول ۱). در بعد رضایت زناشویی اکثر واحدهای پژوهش (۳۴/۵٪) از زندگی زناشویی خود رضایت نسبی داشتند (جدول ۲).

کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بروجن بپردازیم تا بدینوسیله زمینه ای برای اقدامات بعدی در جهت حل مشکلات زناشویی و تعارضات آن ایجاد گردد.

#### روش کار:

این مطالعه یک مطالعه توصیفی- تحلیلی می باشد که به بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی نمونه های مورد مطالعه پرداخته است. نمونه های این تحقیق را ۴۰۰ زن متاهل مراجعه کننده به مراکز پنجگانه بهداشتی درمانی شهر بروجن که مایل به شرکت در این پژوهش بودند تشکیل داده اند. با بکار گیری برآوردهای مقدماتی و نظر متخصص آمار تعداد نمونه ۳۷۸ نفر تعیین شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش از ۴۰۰ نفر اطلاعات جمع آوری شد.

ابزار سنجش رضایت زناشویی، پرسشنامه ۴۷ سوالی رضایت زناشویی انریچ (ENRICH) بود که ابعاد مختلف رضایت زناشویی مانند: رضایت از شخصیت همسر، رضایت از روابط جنسی، نظارت مالی، ارتباط، نقش فرزندان، بستگان و دوستان را مورد بررسی قرار می دهد. این پرسشنامه در مطالعات مختلف در کشور مورد استفاده قرار گرفته و استاندارد شده است (۹). از آنجائی که توزیع نمرات میزان رضایت زناشویی نرمال بود، طبق نظر متخصص آمار میانگین نمرات محاسبه و سپس یک، دو و سه انحراف معیار از میانگین به ترتیب به عنوان رضایت یا نارضایتی نسبی، رضایت یا نارضایتی زیاد و رضایت یا نارضایتی فوق العاده زیاد در نظر گرفته شد. به این ترتیب نمرات تا ۱۱۱، بین ۱۳۹-۱۱۲ و ۱۶۷-۱۴۰ به ترتیب به عنوان نارضایتی فوق العاده زیاد، نارضایتی زیاد و نارضایتی نسبی و نمرات ۱۹۵-۱۶۸، ۲۲۳-۱۹۶ و ۲۲۴ به بالا به ترتیب به عنوان رضایت نسبی، رضایت زیاد و رضایت فوق العاده زیاد در نظر گرفته شد.

جهت بررسی وضعیت سلامت روان از پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت روان گلدبرگ استفاده شد که ۴ بعد سلامت جسمی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی را مورد بررسی قرار می دهد. پالاهنگ این پرسشنامه را هنجار یابی نموده و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار داده است (۱۰). برای تعیین سلامت روان نمونه ها نقطه برش ۲۳ در نظر گرفته شد. به این معنا که

جدول ۱: فراوانی اختلال در ابعاد سلامت روان

ابعاد سلامت روان	تعداد	درصد	میانگین	می میانه
افسردگی	۶۳	۱۵/۷	۴/۳ ± ۴/۵	۳
اضطراب	۱۷۴	۴۳/۴	۶/۶ ± ۴/۶	۵/۵
عملکرد اجتماعی	۲۰۷	۵۹/۲	۶/۶ ± ۴/۶	۵/۵
مشکل جسمی	۱۷۹	۴۴/۷	۶/۶ ± ۴/۳	۶

جدول ۲: فراوانی امتیاز رضایتمندی زناشویی

وضعیت رضایت زناشویی	تعداد	درصد	میانگین و انحراف معیار
نارضایتی فوق العاده زیاد	۱۷	۴/۲	۹/۳۷ ± ۱۰۰/۰۵
نارضایتی زیاد	۶۶	۱۶/۵	۷/۰۲ ± ۱۲۸/۷۸
نارضایتی نسبی	۱۲۷	۳۱/۷	۸/۵۱ ± ۱۵۵/۹۳
رضایت نسبی	۱۳۸	۳۴/۵	۷/۳۴ ± ۱۷۹/۷۷
رضایت زیاد	۴۶	۱۱/۵	۶/۷۸ ± ۲۰۷/۸۹
رضایت فوق العاده زیاد	۶	۱/۶	۱۲/۴۳ ± ۲۳۵/۵۰
جمع	۴۰۰	۱۰۰	

خانم ها رابطه معنی دار آماری داشته و با افزایش سطح تحصیلات ، رضایتمندی و وضعیت سلامت روان خانم ها بهتر بوده است. ( $P < 0/05$ )

سایر متغیرهای دموگرافیک با رضایت زناشویی و وضعیت سلامت روان واحدهای پژوهش رابطه معنی دار آماری نشان نداد.

بین اجزا سلامت روان و رضایت زناشویی در ابعاد مختلف رابطه معنی داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ). بیشترین هم بستگی معنادار آماری بین افسردگی و رضایت زناشویی مشاهده شد، بدین ترتیب که ارتباط منفی بین این دو عامل وجود داشت. به طور کلی امتیاز رضایت زناشویی با امتیاز سلامت روان رابطه منفی و معنی دار آماری نشان داد، بدین صورت که با افزایش نمرات رضایتمندی (رضایت بیشتر) وضعیت سلامت روان بهتری مشاهده شد، رابطه بین امتیاز ابعاد سلامت روان و رضایت زناشویی در جدول ۳ نشان داده شده است.

نتایج نشان داد که در اکثر ابعاد رضایتمندی زناشویی ، خانم ها با همسران خود مشکلی ندارند و تنها در پنج زمینه "کلسه شقی همسر"، ترس از درخواست نیاز از همسر"، دیر آمدن همسر به منزل" و "شریک شدن در احساسات همسر"، نازسازگاری وجود دارد که این موارد بعد ارتباط را در پرسشنامه رضایت زناشویی مطرح می کند. به این معنا که بزرگترین مشکل افراد در نحوه برقراری ارتباط می باشد. آزمون خی دو نشان داد که بین سطح تحصیلات و رضایتمندی زناشویی زنان رابطه معنی دار آماری وجود دارد بدین صورت که با افزایش سطح تحصیلات ، میزان رضایتمندی افزایش نشان می دهد ( $P < 0/05$ ).

به علاوه بین سلامت روان و سطح تحصیلات نیز رابطه معنی داری مشاهده شد بدین ترتیب که با افزایش سطح تحصیلات ، وضعیت سلامت روان زنان بهتر بوده است ( $P < 0/05$ ). یافته ها نشان دادند که سطح تحصیلات همسران نیز با رضایت زناشویی و سلامت روان

جدول ۳: ضریب همبستگی وضعیت رضایت زناشویی با ابعاد سلامت روان

P value	ضریب همبستگی	ابعاد سلامت روان
$P < 0/0001$	$r = 0/2$	جسمی
$P < 0/0001$	$r = 0/4$	اضطراب
$P < 0/0001$	$r = 0/3$	عملکرد اجتماعی
$P < 0/0001$	$r = 0/541$	افسردگی
$P < 0/0001$	$r = 0/426$	سلامت روان کلی

**بحث:**

در خصوص با ارتباط مسائل روانشناختی و ناسازگاری زناشویی نیز مطالعات مختلفی انجام شده است. آقایی به نقل از ابوالقاسمی وجود اضطراب و افسردگی و نگرش منفی نسبت به جنس مخالف و پرخاشگری و شکایات جسمی را در افراد متقاضی طلاق بیش از افراد جامعه عادی ذکر نموده است (۱۴).

ویسمن<sup>۱</sup> در مطالعه ۷۷۴ زوج آمریکایی، وجود ارتباط بین اضطراب و افسردگی با رضایت زناشویی را ثابت نمود. در این بررسی او به وجود ارتباط بین وضعیت سلامت روان و رضایتمندی زوج ها پی برد. این در حالی بود که در این بررسی به این نکته اشاره شده که مشکلات سلامت روان در یکی از زوجین موجب بروز مشکل در دیگری خواهد شد (۱۵).

بروس<sup>۲</sup> نیز در بررسی ارتباط بین ناراضیاتی زناشویی و افسردگی، به این نتیجه رسید که در نمونه های تحت بررسی میزان ناراضیاتی زناشویی در زوجین افسرده سه مرتبه بیشتر از زوجین غیر افسرده می باشد. عبارت دیگر بین افسردگی و بروز ناراضیاتی زناشویی ارتباط وجود دارد (۱۶).

آندرو<sup>۳</sup> نیز در بین مشکلات روانی و رضایت زناشویی ارتباط معنی داری مشاهده نمود (۱۷). یافته های پژوهش نشان داد که رضایت زناشویی با وضعیت سلامت روان زنان ارتباط معنی دار آماری دارد که این یافته با مطالعات رونالد مطابقت دارد. در بررسی رونالد<sup>۴</sup> بین اختلالات روانی و ناسازگاری زناشویی رابطه ای مستقیم مشاهده شد که با یافته های پژوهش ما هم سو می باشد (۱۸).

بطور کلی مشکلات موجود در سلامت روان باعث بروز اشکال در برقراری ارتباطات بین فردی شده که این مشکل در یک رابطه نزدیک و اساسی دو طرفه مانند ازدواج نمود بیشتری نشان می دهد. خلق افسرده موجب کاهش انرژی، احساس لذت نبردن از فعالیت های زندگی و در نتیجه افت عملکرد فردی و اجتماعی فرد شده که بدنبال این موارد تبعات آن در زندگی مشترک به شکل مشکلات ارتباطی و زناشویی مشخص می گردد.

نتایج نشان داد که اکثر واحدهای پژوهش (۳۴/۵٪) از زندگی زناشویی خود رضایت نسبی دارند. بعلاوه ۴۶/۲ درصد از واحدهای پژوهش از مشکلات سلامت روان در رنج بوده و در ابعاد چهارگانه سلامت روان بیشترین مشکل مربوط به عملکرد اجتماعی آنها می باشد. این در حالی بود که بیشترین مشکل در رضایت زناشویی، مربوط به بعد ارتباط زنان با همسران بود. نتایج نشان داد که بین اجزا سلامت روان و رضایت زناشویی در ابعاد مختلف رابطه معنی داری وجود داشته و بیشترین همبستگی معنادار آماری بین افسردگی و رضایت زناشویی بود.

اولیور<sup>۱</sup> و میلر<sup>۲</sup> در بررسی خود پیرامون مشکلات مربوط به زوج ها به این نتیجه رسیدند که آنها سالهای سال به علت نداشتن مهارت ارتباطی به صورت ناکارآمد زندگی کرده و فکر کرده اند که مشکل اصلی آنها مربوط به مسائل جنسی، مالی و یا وابستگی همسر است در حالی که ریشه اصلی مشکل آنها مشکلات ارتباطی و عدم قدرت برقراری ارتباط و هدایت موضوعات به شکل مؤثر بوده است (۱۱).

اسپینلی<sup>۳</sup> نیز به این نکته اشاره دارد که در صورتی که نحوه ارتباط دو نفر مشابه نباشد احتمال بروز ناراضیاتی بیشتر می گردد (۱۲).

این در حالی است که عرفانی در پژوهش خود، آموزش ارتباط درمانی را بتنهایی موجب حل مشکلات مربوط به صمیمیت، توافق، علاقه و محبت و پایبندی به مقررات زندگی و بدنبال آن افزایش رضایت زناشویی زن و شوهر دانسته است (۱۳).

یافته های پژوهش حاضر نیز با مطالعات ذکر شده همسو می باشد چرا که در این مطالعه نیز عامل ارتباط بیشترین مشکل را در وضعیت رضایتمندی زناشویی به خود اختصاص داده است و می توان ادعا نمود که ممکن است این یافته ناشی از نحوه ارتباط والدین این زنان در گذشته و تاثیر یادگیری رفتار آنها باشد. نقش فرهنگ و آموزش های دوران کودکی، نوجوانی و مراحل قبل از ازدواج را در این زمینه نمی توان انکار نمود.

1. Whisman  
2. Bruce ML  
3. Andrew E  
4. Ronald C

1. Oliver  
2. Miller  
3. Spinelli

۲. دیماتنوام رابین. روانشناسی سلامت. ترجمه موسوی اصل مهدی. تهران: انتشارات سمت، ۱۳۷۸، ۵-۷۶۵.
۳. ظهیرالدین علیرضا، خدایی فاطمه. بررسی نیم رخ های شخصیت مراجعین طلاق به دادگاه خانواده تهران در سال ۱۳۸۰. مجله فیض، شماره ۲۵، ۱۳۸۲: ۷-۱.
۴. عامری فریده. بررسی تاثیر مداخلات خانواده درمانی راه بردی در اختلافات زناشویی. مجله روانشناسی، ۴(۷): ۱۳۸۲، ۲۷.
۵. پیاشا شریفی حسن. ارزشیابی شخصیت. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور، ۱۳۸۰: ۸۰.
۶. آزاد حسین. روانشناسی مرضی کودک. چاپ دوم، تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور، ۱۳۸۰: ۱۳۴.
۷. صادقی سعید. بررسی عوامل شخصیتی موثر در سازگاری زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انیستتو روانپزشکی تهران، ۱۳۸۰.
۸. ملازاده جواد. بررسی ویژگی های شخصیت در رابطه با عوامل تنیدگی زای زناشویی پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشکده ادبیات و علوم انسانی. دانشگاه تربیت مدرس تهران، ۱۳۷۲.
9. Kaplan HI, Sadoc BJ, Grebb JA. Synopsis of psychiatry. Philadelphia, USA: Lippincott, 2003:181-2.
۱۰. نوربالا احمد علی. بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله حکیم، ۵(۱): ۱۳۸۱، ۱۰-۱.
11. Oliver J, Miller SH. Couole communication. J of Psychiatry and Christianity. 1994, 13(2): 151-7.
12. Spinelli A, Talamanca IF Lauria L. Patterns of contraceptive use in 5 European countries. European Study Group on Infertility and Subfecundity American Journal of Public Health 2000; 90(9): 1403-1408.
۱۳. عرفانی معصومه. بررسی مشکلات مربوط به رضایت زوجین و تاثیر ارتباط درمانی زوجین بر آن. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا. ۱۳۷۸.
۱۴. آقای آصفی، قاسمی علی. بررسی میزان سازگاری روانشناختی در مراجعین به مرکز پیشگیری از طلاق بهزیستی استان اصفهان. دانش و پژوهش در روانشناسی. سال سوم و ۱۰: ۱۳۸۰، ۱۰.
15. Whisman MA., Uebelacker LA, Weinstock L M. Psychopathology and marital satisfaction. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2004; 72(5): 830-838.
16. Bruce ML, Whisman MA. Marital dissatisfaction and incidence of major depressive

نتایج پژوهش نشان داد که بین متغیرهای تحصیلات زن و مرد و رضایت زناشویی و سلامت روان واحدهای پژوهش رابطه معنی دار آماری وجود دارد، بدین صورت که افراد (زن و مرد) با تحصیلات بالا از رضایت بیشتر و وضعیت سلامت روان بهتری در مقایسه با افراد کم سواد برخوردار بودند. این یافته نیز با یافته های مطالعات مختلف در کشور همسو می باشد. از جمله افزایش و صدق آمیز بین سطح تحصیلات زن و مرد و رضایت زناشویی آنها رابطه معنی دار آماری مشاهده کردند (۱۹،۲۰). این یافته را با بهبود عملکرد اجتماعی و ارتباطی افراد با سواد در مقایسه با افراد بیسواد می توان توجیه نمود. انتظار می رود که با افزایش سطح تحصیلات و بهبود مهارت های اجتماعی آنها مشکلات مربوط به رضایت زناشویی آنها کمتر باشد که با یافته های پژوهش اخیر هم سواست.

#### نتیجه نهایی:

با توجه به اینکه در بعد رضایت مندی بیشترین مشکل زنان در زمینه ارتباط با همسران بود، نقش مهم ارتباط صحیح و موثر در حل مشکلات و افزایش رضایتمندی زناشویی مطرح می گردد. از طرف دیگر در بعد سلامت روان بیشترین مشکل زنان در عملکرد اجتماعی آنان بوده همین دلیل دادن آموزش و مشاوره کافی و مستمر به زوجین قبل و بعد از ازدواج به منظور توانمند ساختن افراد در برقراری ارتباط خانوادگی و اجتماعی صحیح به طرق ممکن و مقتضی ضروری است. علاوه بر این به لحاظ ارتباط سطح سلامت روان با میزان رضایت زناشویی، حل مشکلات زناشویی افراد و بالا بردن میزان رضایت آنها می تواند به ارتقاء سطح سلامت روانی آنان منجر شود که قطعاً ارتقاء سطح سلامت خانواده و اجتماع را به دنبال خواهد داشت. این مسئله اهمیت و نقش مراکز مشاوره خانواده در مراکز بهداشتی و درمانی را دو چندان می سازد.

#### سپاسگزاری:

در پایان از پرسنل زحمتکش مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان بروجین که در انجام این تحقیق کمال همکاری را با ما داشتند تقدیر و تشکر می نمایم.

#### منابع:

۱. طبیبی جواد. بررسی وضعیت بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه تربیت معلم سبزوار در سال ۱۳۸۳. فصلنامه علمی- پژوهشی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۰ (۴): ۳۴-۴۱: ۱۳۸۳.

۱۹. افشاری صدیقه. بررسی رابطه بین رضایت زناشویی والدین و پیشرفت تحصیلی فرزندان پایه پنجم ابتدائی شهرستان بوشهر. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی. دانشگاه تربیت معلم تهران. ۱۳۸۱.
۲۰. صدق آمیز خدیجه. بررسی عوامل موثر بر سازگاری زناشویی در شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشگاه شیراز، ۱۳۷۶.
- episode in a community sample. \ J Abnorm Psychol 1999 ;108(4): 74-8.
17. Andrew E S. Functional impairment in patient with schizotypal, borderline, avoident or obsessive compulsive personality. Disorder. Am J Psyclaiatry 2002,159: 276-283.
18. Ronald CK. The social consequences of psychiatric disorders. probablity of marital stability. American. Psychiatric Association 1998, 155(3): 1092-1096,