

رابطه سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی (مورد مطالعه: دانشجویان زن دانشگاه پیام نور گنبدکاووس)

علیرضا قربانی^۱

شناسه پژوهشگر (ارکید): ۸۸۱۶-۸۷۱۸-۰۰۰۰-۰۰۰۰

چکیده

این مقاله، رابطه سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی را مورد بررسی قرار داده است. جامعه آماری، کلیه دانشجویان متأهل (زن) مشغول به تحصیل در دانشگاه پیام نور مرکز گنبد (به تعداد ۴۰۰ نفر) بوده است که از این تعداد با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه کوکران، ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند.

نظریه‌های مورد استفاده در این پژوهش، نظریه تسری گرونبرگ و سیستم‌های بوم‌شناختی است. تحقیق با روش توصیفی انجام شده و ابزار پژوهش، پرسشنامه‌های استاندارد سلامت اجتماعی کیز و رضایت زناشویی انریچ است.

یافته‌های تحقیق بیانگر آن است که بین شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و رضایت زناشویی، رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد. در تحلیل رگرسیونی تمامی متغیرهای مستقل سلامت اجتماعی (مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، همبستگی اجتماعی و انسجام اجتماعی) وارد معادله شدند و در نهایت حدود ۵۰ درصد از واریانس متغیر رضایت زناشویی را تبیین کردند. در مدل‌یابی معادلات ساختاری متغیر رضایت زناشویی اکثر متغیرها، همبستگی بالایی را با سازه مربوط به خود نشان می‌دهند. متغیر مشارکت اجتماعی دارای بار عاملی ۰/۸۱ است که نشان می‌دهد ۶۵/۶۱ درصد واریانس مشترک برآورد شده در این متغیر، از سوی عامل سلامت اجتماعی تعیین می‌شود. در نهایت مشخص شد که سلامت اجتماعی پیش‌بین‌کننده رضایت زناشویی است.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، رضایت زناشویی، دانشجویان زن

۱. گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران/ a.ghorbani@pnu.ac.ir

مقاله علمی پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۵/۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۲۴

دوفصلنامه مسائل اجتماعی ایران، سال سیزدهم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۴۰۱، صص ۱۷۹-۱۵۵

۱. مقدمه

تمام کسانی که قصد ازدواج دارند، قبل از شروع زندگی زناشویی به تحقق زندگی مشترک موفق و پر دوام امیدوارند. آن‌ها می‌خواهند خانواده‌ای سالم و سعادتمند و فرزند یا فرزندان صالح و لایق داشته باشند. توافق و تفاهم با همسر، رضایت‌مندی از زندگی و داشتن زندگی مشترک استوار و محکم، از دیگر خواسته‌های کسانی است که می‌خواهند ازدواج کنند (اولیا، فاتحی‌زاده، بهرامی، ۱۳۸۵).

رضایت‌مندی روابط زن و شوهری، موجب ویژگی‌های مثبت زیادی مثل سلامت روانی، سلامت جسمی و رشد برای خانواده می‌گردد. این شرایط، محیطی مناسب برای کودکان فراهم می‌نماید و موجب سلامت و رشد اعضای خانواده می‌گردد (میخالیت سیانوف، ۲۰۱۴). رضایت‌مندی، همچنین مفهومی برای اشاره به کیفیت، شادکامی و یا این واقعیت به کار می‌رود که نیازهای اساسی بین زوجین در ازدواجشان برطرف می‌گردد. پژوهش‌ها نشان داده که رضایت زن و شوهری با بهزیستی همسران رابطه دارد (کار و همکاران، ۲۰۱۴) و عاملی محافظتی برای خانواده قلمداد می‌گردد و کیفیت زندگی بهتر را فراهم می‌نماید (پلگ، ۲۰۰۸) و پیش‌بین‌کننده قوی برای رضایت از زندگی است (هلر، واتسون و ایلز، ۲۰۰۴).

رضایت از زندگی، یکی از شاخص‌های مهم و تعیین‌کننده سلامتی است، رضایت از زندگی به سلامتی مرتبط شده است و نارضایتی یکی از عوامل پیش‌بین‌کننده بیماری و مرگ تلقی می‌شود (اوگیلوی، ۲۰۱۵). رضایت از زندگی بر عواملی که پیش‌بینی‌کننده سلامتی هستند مانند رفتار سلامتی، حمایت اجتماعی و گزارش فرد از سلامتی، تأثیرگذار است در مقابل ارتباط بین نارضایتی و سایر ریسک فاکتورهای سلامتی مانند کمبود رفتار سلامتی و... نیز تأیید شده است (کورکیلا، کارپریو، ريسانان، کوسکنوو و سورنسن، ۱۹۹۸).

پژوهش‌های زیادی در مورد علل ازهم‌گسیختگی خانواده و ازدواج انجام شده، اما درباره رضایت از ازدواج و زندگی خانوادگی کمتر تحقیق شده است (نیمتز، ۲۰۱۱) سلامت اجتماعی^۱ بیشتر به ابعاد اجتماعی و عمومی که افراد توسط آن عملکردشان را در زندگی ارزیابی می‌کنند، توجه دارد. ابعاد سلامت اجتماعی در مقایسه با بهداشت روانی و هیجانی ممکن است کمتر بیانگر بهداشت روانی فرد باشند؛ اما از نظر تجربی این مفهوم ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد، هرچند که مطابق مدل سلامت‌محور، فقدان احساس ناهنجاری و بیگانگی ممکن است بیانگر حضور سلامت اجتماعی نباشد (فارسی‌نژاد، ۱۳۸۳: ۷).

1. Michalitsianos, N.

2. Carr, D., Freedman, V. A., Cornman, J. C., & Schwarz, N.

3. Peleg, O.

4. Heller, D., Watson, D. & Ilies, R.

5. Ogilvie

6. Korkeila M, Kaprio J, Rissanen A, Koskenvuo M, Sörensen TIA.

7. Nimtzt

8. Social Health

کیز سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضو آن‌هاست، تعریف می‌کند. وی بر این اساس مدل پنج‌عاملی خویش را مطرح می‌کند که در آن پنج عامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی شاخص‌های سلامت را تشکیل می‌دهند. شاید بعد اجتماعی سلامت، پیچیده‌ترین و درعین حال بحث‌برانگیزترین جنبه سلامت باشد.

سلامت اجتماعی افراد، یکی از مؤلفه‌های مؤثر بر میزان رضایت زناشویی است. سلامت اجتماعی مولد نشاط و روحیه مسئولیت‌پذیری و کارآمدی در افراد و جامعه است و به پشتوانه آن روابط خانوادگی قابل فهم و پیش‌بینی می‌شود، افراد دچار احساس انزوا و پوچی نخواهد شد، با خانواده احساس نزدیکی می‌کنند و آن را منبع آرامش و اعتماد می‌دانند؛ بنابراین می‌توان گفت افزایش سلامت اجتماعی، باعث رضایت زناشویی و ایمنی بیشتر خانواده و کاهش تعارضات زناشویی است (قره‌داغی، مردی پیرسلطان و درخشان‌نیا، ۱۳۹۴). با شناسایی عوامل رضایت زناشویی، می‌توان ازدواج‌های پرخطر را کاهش داد و بر رضایت و شادکامی ازدواج‌های موجود افزود و بدین طریق از پیامدهای ناگوار نابسامانی‌های خانوادگی جلوگیری نمود (خدایاری‌فرد، شهابی و اکبری‌زردخانه، ۱۳۸۶: ۶۱۲). رضایت زناشویی یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های عملکرد سالم نهاد خانواده است (گریف، ۲۰۰۰). با توجه به آنچه گفته شد، سؤال اصلی تحقیق این است که آیا سلامت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان پیش‌بین‌کننده رضایت زناشویی عمل کند؟

۲. مبانی نظری و پیشینه پژوهش

رضایت زناشویی عبارت است از احساس خشنودی و لذت تجربه‌شده توسط زن یا مرد، زمانی که به همه جنبه‌های ازدواجشان فکر می‌کنند (عطاری و همکاران، ۱۳۸۵: ۹۵-۹۴؛ خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۶: ۶۱۲؛ قربانعلی‌پور و همکاران، ۱۳۸۷: ۵۸-۵۹). گریف در تعریف رضایت زناشویی اظهار می‌کند که زوجین سازگار زن و شوهرهایی هستند که توافق زیادی با یکدیگر دارند، از نوع و سطح روابطشان راضی‌اند، از نوع و کیفیت گذران اوقات فراغتشان راضی هستند و بر زمان و شرایط مالی‌شان مدیریت می‌کنند (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۶).

در مورد سطح روابط و رضایت زوجین در مراحل متعدد زندگی، برچلر معتقد است که سال‌های اولیه ازدواج مخاطره‌آمیزترین و درعین حال هیجان‌انگیزترین مرحله است و برای اکثر زوج‌ها بالاترین سطح رضایتمندی را به همراه دارد. بررسی‌ها حاکی از آن است که در «دوره والدینی» (که از تولد فرزند شروع می‌شود و تا سنین نوجوانی او به طول می‌انجامد)، اکثر همسران در فاصله یک تا سه ماه پس از تولد نوزاد، کاهش رضایتمندی را تجربه می‌کنند. نتایج تحقیقات مؤید آن است که رضایت زناشویی در همسرانی که به دوره والدینی رسیده‌اند، نسبت به دوره قبل کاهش می‌یابد. در نیمه زندگی که آخرین فرزند خانواده به دوره نوجوانی می‌رسد و اولین فرزند برای تشکیل زندگی مستقل خانه را ترک می‌کند، زوجین دوباره کشمکش‌های دوره نوجوانی فرزندشان را با تنش زیادی تجربه می‌کنند و میزان رضایت زناشویی دستخوش تغییر می‌شود.

اتفاقی که در این مرحله رخ می‌دهد، تغییر نقش‌هایی است که بسیاری از زوجین برای اولین بار تجربه می‌کنند. سندرم آشیانه خالی، ویژگی دوره فراوالدینی است که آخرین فرزند خانه را ترک می‌کند و هنگام بازنشستگی فرامی‌رسد. بررسی‌ها نشان می‌دهد این مرحله برای بسیاری از زوج‌ها، دوره به نسبت مثبتی بوده و رضایت مندی زناشویی نسبت به دو دوره قبل بیشتر می‌شود. در این مرحله زوجین تفاوت‌های خود را می‌فهمند و می‌پذیرند و انرژی خود را صرف همراهی و مراقبت از یکدیگر می‌کنند. مشکلاتی مانند دور شدن فرزندان از خانه، مرگ والدین، دوستان و تحلیل نیروهای جنسی و جسمی، سبب می‌شود که همسران نزدیکی عاطفی بیشتری نسبت به یکدیگر پیدا کنند و در مرحله اوج که مرحله پایانی چرخه زندگی مشترک زوج‌هاست، آن‌ها درک می‌کنند که چگونه می‌توانند همسران خوبی باشند و احساس رضایت مندی خود را ارتقا بخشند (مرادی، ۱۳۸۸: ۲۷-۲۸).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی فقط در فقدان بیماری نیست؛ بلکه حالتی بدنی، روانی، معنوی و اجتماعی است. در رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد:

۱. رویکرد بیماری محور: که در این رویکرد حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است (Blanco & Diaz, 2007: 61). از این منظر، سلامتی حالتی است که علائم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشکی است. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی، اجتماعی و روان‌شناختی نادیده گرفته می‌شود (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۷۴).

۲. رویکرد سلامت محور: که در آن سلامت معادل برخورداری از درجه بالایی از بهزیستی است. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد (Blanco & Diaz, 2007: 63).

نظریه تسری گرونبرگ^۱ معتقد است انسان‌ها رضایت یا عدم رضایت خود از یک بخش از زندگی را به سایر بخش‌ها انتقال می‌دهند؛ بنابراین، افرادی که از زندگی‌شان راضی هستند، بیشتر میل خواهند داشت در امور مختلف اجتماعی مشارکت داشته نمایند (به نقل از رفیع‌پور، ۱۳۷۸: ۵۲۶). بر اساس این نظریه اگر افراد از شرایط زندگی خود راضی باشند، با رضایت در اجتماع ظاهر خواهند شد. آنان معمولاً با مسائل بهتر برخورد می‌نمایند و این رضایت را به محیط خانواده انتقال می‌دهند (زاهدی‌اصل و حسینی، ۱۳۹۶: ۲۵۴). نظریه سیستم‌های بوم‌شناختی (اکولوژی)، فرد را به صورتی در نظر می‌گیرد که در یک سیستم پیچیده از روابط رشد می‌کند و محیط اطراف از ابعاد مختلفی بر او تأثیر می‌گذراند. فرضیه بنیادین نظریه اکولوژی این است که توسعه و تغییر در نتیجه تعامل میان شیء و زمینه محیطی آن به‌طور وسیع اتفاق می‌افتد. ویژگی بنیادی فرض بالا، تمرکز بر تعامل است؛ یعنی افراد و خانواده‌ها صرفاً توسط تأثیرات و زمینه‌های محیطی شکل نمی‌گیرند، بلکه آن‌ها نیز بر زمینه‌ها تأثیر می‌گذارند. در این نظریه خانواده تحت تأثیر محیط زندگی خود قرار دارد. اگر محیط و محل زندگی خانواده سالم باشد، خانواده سالم ماند (پناهی و زارعان، ۱۳۹۱: ۱۰).

1. The theory extends of Gronbrg

کشاوری (۱۳۹۸) در بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی مردان معنادار (مطالعه موردی کمپ‌های ترک اعتیاد استان بوشهر)، متوجه شد که بین اختلالات روانی و رضایت زناشویی رابطه منفی و معنادار وجود دارد؛ بین اختلال جسمانی و رضایت زناشویی و اختلال اجتماعی و رضایت زناشویی رابطه و معناداری وجود ندارد و بین اختلال اضطرابی و رضایت زناشویی و اختلال افسردگی و رضایت زناشویی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین مؤلفه افسردگی به صورت منفی و معناداری قادر به پیش‌بینی رضایت زناشویی است و بین سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؛ بین شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی با رضایت زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، ولی بین هم‌بستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی با رضایت زناشویی رابطه معناداری وجود ندارد.

امیدی و راد (۱۳۹۷) رابطه سلامت اجتماعی با میزان سازگاری زناشویی را در بین بانوان متأهل ساکن شهر آستارا بررسی کردند. یافته‌های آن‌ها نشان داد همبستگی بین سلامت اجتماعی و سازگاری زنان مثبت و معنی است. همچنین پایگاه اقتصادی اجتماعی، سن، فاصله سنی زوجین و سال‌های زندگی مشترک، با میزان سازگاری زناشویی رابطه معنی‌داری دارد. پژوهش میرزایی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که روابط غیربیشرفته با همسر قبل از ازدواج می‌تواند رضایت زناشویی بیشتری به همراه داشته باشد. در مقابل، روابط پیشرفته قبل از ازدواج با همسر و غیرهمسر می‌تواند با کمترین رضایت زناشویی همراه باشد.

زاهدی‌اصل و حسینی (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان با میزان سلامت اجتماعی آن‌ها دارای رابطه معناداری است. تحقیق تقوایی یزدی و چیت‌ساز (۱۳۹۵) نشان داد بین شبکه‌های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی شبکه‌ها، ارتباط شبکه‌ای و مشارکت در شبکه‌های اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان ارتباط معنی‌دار وجود دارد. در مجموع حمایت اجتماعی، روابط شبکه‌ای و مشارکت در شبکه‌های اجتماعی، ۳۲ درصد از تغییرات متغیر سلامت اجتماعی را تبیین کرده‌اند.

یافته‌های آقایاری‌هیر و وفایی‌اقدام (۱۳۹۵) حاکی از آن است که ابعاد و شاخص سلامت اجتماعی، رابطه مثبت و معناداری با رضایت شغلی کارکنان دارد و سن و سابقه شغلی به شکل معکوس و معنادار با رضایت شغلی رابطه دارد. بر اساس تحلیل‌های رگرسیونی چندمتغیره، خصوصیات مانند ابعاد پیوستگی، شکوفایی و پذیرش اجتماعی تأثیر مثبت و معناداری بر رضایت شغلی دارد، سن و تحصیلات به شکل منفی و جنس (به نفع زنان) تأثیر معنادار خود را حفظ کرده‌اند. پژوهش سپهریان‌آذر و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد امیدواری و شادکامی با رضایت زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه علوم پزشکی اردبیل همبسته است و ۱۳ درصد از کل واریانس رضایت زناشویی به وسیله متغیرهای امیدواری و شادکامی پیش‌بینی می‌شود.

پژوهش پورافقی (۱۳۹۵) در مورد معلمان جوان نشان داد سبک‌های زندگی بر درک اجتماعی، روابط خانوادگی و رضایت زناشویی اثر مستقیم و غیرمستقیم معناداری دارد. همچنین درک اجتماعی بر روابط خانوادگی و رضایت زناشویی اثر مستقیم و معناداری دارد و روابط خانوادگی نیز به طور مستقیم بر رضایت زناشویی معلمان تأثیرگذار است.

بهاری (۱۳۹۴) در بررسی نقش سبک زندگی در رضایت زناشویی زوجین، متوجه شد زوجینی که دارای سبک زندگی یکسان و یا نزدیک به یکسان بودند نسبت به زوجینی که دارای سبک زندگی متفاوت بودند، از رضایت زناشویی بالاتری برخوردار بودند.

حاجی زاده میمنندی و دهقان چناری (۱۳۹۴) در خلال بررسی سبک زندگی سلامت محور و رضایتمندی زناشویی در بین زنان متأهل شهر یزد دریافتند بین سبک زندگی با رضایت از زندگی زناشویی رابطه معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که ابعاد سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی و سلامت روان شناختی سبک زندگی، ۵۱/۲ درصد از تغییرات رضایت مندی زناشویی را تبیین می کنند.

زکی و خشوعی (۱۳۹۲) در بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان نتیجه گرفتند که بین سلامت اجتماعی و متغیرهای مسئولیت پذیری اجتماعی، تعهد اجتماعی و اعتماد اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. بین سلامت اجتماعی و بیگانگی اجتماعی نیز رابطه معنادار و معکوسی وجود دارد. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که بیشترین عوامل مؤثر برای پیش بینی سلامت اجتماعی شهروندان اصفهان به ترتیب عبارت اند از شش متغیر بیگانگی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، ساختار طبقاتی اجتماعی، مسئولیت پذیری اجتماعی، تعهد اجتماعی و مهاجرت که در مجموع ۶۳ درصد تغییرات سلامت اجتماعی شهروندان اصفهان را تبیین کرده است.

بوم هوف و لان سیا^۱ (۲۰۱۹) در پژوهششان با عنوان «رابطه درآمد، دین داری و سلامتی تأثیر آن ها بر رضایت از زندگی»، نشان دادند در بیشتر کشورها ثروتمندان از فقرا شادتر هستند و کسانی که به خدا ایمان دارند از غیر مؤمنان شادتر هستند. پلوف و ترمبلی (۲۰۱۷) نشان دادند که ملل مذهبی به طور متوسط خوشحال ترند، اما در سطح ملی دین داری تأثیری بر رضایت از زندگی ندارد، حتی اگر در بیشتر کشورها افراد متدین شادتر از حد متوسط باشند.

میلر و بایز^۲ (۲۰۰۸) در پژوهش خود با عنوان «آیا سرمایه اجتماعی شادی، سلامتی و رضایت از زندگی را در یک جامعه شهری استرالیا پیش بینی می کند؟» نتیجه گرفتند که چگونگی تعریف و اندازه گیری سرمایه اجتماعی مهم است؛ زیرا تنها دو مورد از هفت عنصر - رضایت از زندگی و سلامتی - سعادت را پیش بینی کرده است. پیامد اصلی این است که اجرای استراتژی ها، ابتکارات و طرح های شهری که احساس اعتماد به نفس و ایمنی را تسهیل می کند ممکن است باعث تقویت سلامتی، خوشبختی و رضایت از زندگی شود. هاجینسون و همکاران^۳ (۲۰۰۴) در پژوهششان با «عنوان عوامل اجتماعی و بهداشتی در بهزیستی و رضایت از زندگی در جامائیکا»، نتیجه گرفتند زنان از سطح بهتر روان شناختی و رضایت از زندگی برخوردار بودند. نظر پیش بینی کنندگان مستقل از بهزیستی روانی پایین، داشتن یک بیماری حاد، داشتن یک بیماری مزمن در زنان و رفتارهای بالای مذهبی در مردان حکایت داشت. رضایت از زندگی با سن جوان تر، وضعیت تأهل و اشتغال پیش بینی شده است.

1. Bomhoff, Eduard. J & Siah, Audrey., Kim Lan

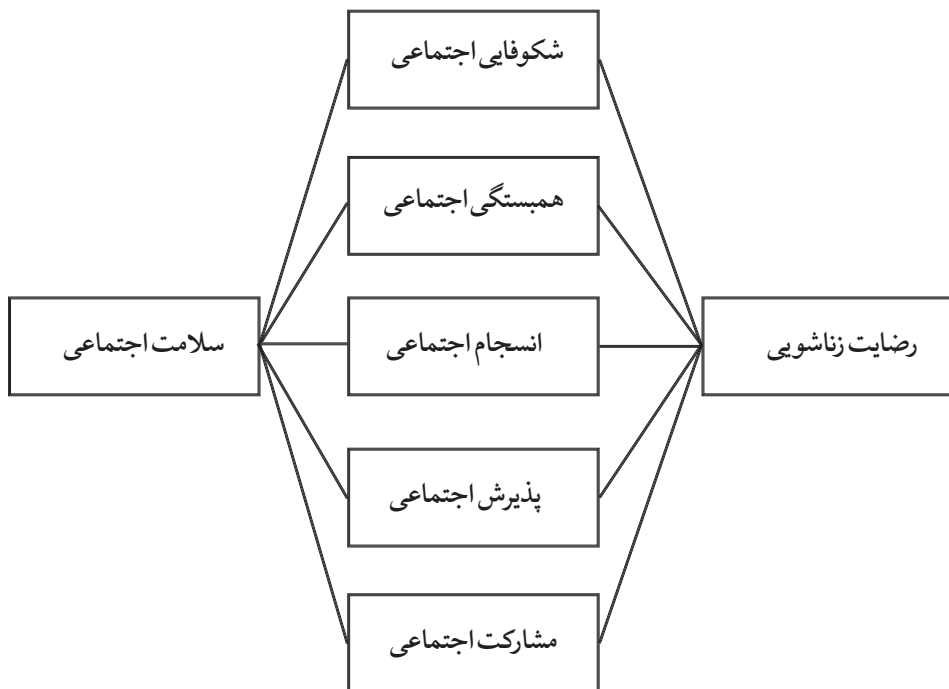
2. Miller & Buys

3. Hutchinson, G, Simeon, DT, Bain, BC, Wyatt, GE, Tucker, MB, & LeFranc, E

یافته‌های پژوهشی میکس و مورل^۱ (۲۰۰۱)، حاکی از آن است که تحصیلات و عاطفه منفی هر دو به طور مستقیم با سلامت و رضایت از زندگی مرتبط هستند. همچنین متغیر عاطفه منفی، میانجی رابطه بین تحصیلات و شاخص‌های سالمندی مؤثر بود.

با توجه به مطالعات نظری انجام‌شده، فرضیه تحقیق بر اساس ترکیبی از دو نظریه تسری گرونبرگ و سیستم‌های بوم‌شناختی برونفن برتر مطرح شده است. عوامل بی‌شماری بر رضایت زناشویی اثرگذارند. در بررسی پیشینه تجربی تحقیق مشخص گردید متغیرهای زیادی (سازگاری زناشویی، رضایت شغلی، امیدواری و شادکامی، سبک زندگی، دین‌داری، سرمایه اجتماعی) با رضایت زناشویی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، اما تحقیقات کمتری به بررسی سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی پرداخته‌اند. سازمان بهداشت جهانی سلامتی را فقط، فقدان بیماری نمی‌داند، بلکه حالتی بدنی، روانی، معنوی و اجتماعی تعریف نموده است. لذا پژوهش به دنبال بررسی سلامت اجتماعی در رضایت زناشویی است که تاکنون کمتر به آن پرداخته شده است و در جامعه آماری این پژوهش سابقه‌ای یافت نگردید.

مدل نظری تحقیق



1. Meeks, Suzanne, & Murrell, Stanley A.

۳. روش تحقیق

روش این پژوهش، از نوع پیمایش و مبتنی بر طرح تحقیق مقطعی^۱ است. در تحقیق پیمایشی از نوع مقطعی، به منظور توصیف جامعه‌ای که نمونه از آن انتخاب شده است، اطلاعات در مقطع زمانی معینی از نمونه جمع‌آوری می‌شود. در این پژوهش، از پرسشنامه‌های استاندارد سلامت اجتماعی (کییز) و رضایت زناشویی (انریچ) استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی دانشجویان زن متأهل مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه پیام نور مرکز گنبدکاووس است که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بوده‌اند (۴۰۰ نفر).

حجم نمونه آماری این پژوهش از طریق فرمول قشربندی شده کوکران $N=Z^2p(1-p)d^2$ (فرمول حجم نمونه در مطالعات همبستگی که در آن $\alpha=0/05$ و $d=0/07$ و $p=0/5$ است)، بر اساس رفتار پرخطر در نظر گرفته شد (سرمد و همکاران: ۱۳۹۸). با در نظر گرفتن پاره‌ای از ویژگی‌ها مثل همگنی جمعیت و میزان خطای نمونه‌گیری (دواس، ۱۳۹۴)، حجم نمونه (۲۰۰ نفر) به دست آمد.

برای انجام نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده می‌شود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی بوده است.

کییز (۱۹۹۸) بر اساس مدل نظری خود از سلامت اجتماعی، این مقیاس را تهیه و برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس، آن را طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در امریکا اجرا کرد. وی با استفاده از تحلیل عوامل مدل پنج‌بعدی به‌کاررفته در پرسشنامه خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داد. این مقیاس به ترتیب زیر شامل ۳۳ گویه است: ۷ گویه مربوط به عامل انسجام اجتماعی، ۷ گویه مربوط به پذیرش اجتماعی، ۶ گویه عامل مشارکت اجتماعی، ۷ گویه عامل شکوفایی و سرانجام ۶ گویه مربوط به عامل انطباق اجتماعی است. پاسخ‌ها بر اساس یک پیوستار پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالف، تا حدودی مخالف تا کاملاً موافق رتبه‌بندی شده است.

برای بررسی اعتبار، کییز (۱۹۹۸) مقیاس خود را با اندازه‌های مربوط به ناهنجاری‌های اجتماعی، فعالیت گروهی، شادی و رضایت در زندگی و میزان خوشبختی هم‌بسته کرد و به ضرایب معناداری دست یافت. کییز در این مطالعات ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های انسجام، پذیرش مشارکت، شکوفایی و انطباق اجتماعی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۶۹ و ضریب آلفای کل آزمون را ۰/۸۰ گزارش کرده است. فارسی‌نژاد (۱۳۸۳) برای محاسبه اعتبار آزمون، از تحلیل عوامل با روش مؤلفه‌های اصلی استفاده کرده است.

یادآور می‌شود نتایج تحلیل عوامل به‌دست‌آمده در این تحقیق با یکی از مدل‌های فرضی کییز (مدل ۵) مطابقت دارد. طبق این مدل گویه‌های مربوط به مشارکت و انسجام به لحاظ محتوا به هم شبیه هستند و می‌توانند تحت یک سازه بررسی شوند. همچنین شاخص‌های شکوفایی و پذیرش اجتماعی نیز بیانگر یک سازه واحد هستند؛ درحالی‌که شاخص انطباق اجتماعی به‌تنهایی قابل بررسی است.

نتیجه نهایی این که ۵ مؤلفه پرسشنامه به ۳ مؤلفه تقلیل یافت؛ مؤلفه اول مربوط به مشارکت و انسجام اجتماعی، مؤلفه دوم مربوط به پذیرش و شکوفایی اجتماعی و مؤلفه سوم مربوط به انطباق اجتماعی است؛ بنابراین از ۳۳ سؤال پرسشنامه ۵ سؤال حذف شدند و پرسشنامه نهایی ۲۸ سؤالی استخراج گردید. بعد از تعیین مؤلفه‌ها، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از مؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۰ و ۰/۵۳ و برای نمره کل آزمون سلامت اجتماعی ۰/۷۸ به دست آمد. در پژوهش جمع‌نیا (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ این شاخص ۰/۸۰ بوده است.

جدول شماره ۱: مؤلفه‌های سلامت اجتماعی و سؤالات مربوط

سؤالات مربوط	علامت اختصاری	بُعد
۵-۷-۱۳-۱۹-۲۴	S.F	شکوفایی اجتماعی Social Flourishing
۱-۱۰-۲۸-۱۶-۲۳-۲۷	S.S	همبستگی اجتماعی Social Solidarity
۲-۹-۱۱-۱۲-۱۵	S.C	انسجام اجتماعی Social Coherence
۸-۶-۱۴-۱۷-۲۱-۲۵	S.A	پذیرش اجتماعی Social Acceptance
۴-۳-۱۸-۲۰-۲۲-۲۶	S. P	مشارکت اجتماعی social Participation

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۱

فاورز و اولسون^۲ (۱۹۸۹) از این پرسشنامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده کرده و معتقد است این مقیاس به تغییراتی که در طول دوره حیات آدمی رخ می‌دهد مربوط می‌شود و به تغییراتی که در خانواده به وجود می‌آید حساس است.

جدول شماره ۲: مؤلفه‌های رضایت زناشویی و سؤالات مربوط

سؤالات	علامت اختصاری	بُعد
۳-۲-۱	S1	پاسخ قراردادی

1. Enrich

2. Fowers & Olson

۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۶-۴	S2	رضایت زناشویی
۴۰-۳۱-۲۲	S3	موضوعات شخصیتی
۴۱-۳۲-۲۳-۱۳	S4	ارتباط زناشویی
۴۲-۳۴-۳۳-۲۴-۱۴	S5	حل تعارض
۲۵-۱۶-۱۵	S6	مدیریت مالی
۱۲-۵	S7	برابری نقش‌های مرد و زن
۴۳-۳۵-۲۶-۱۷	S8	فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت
۴۴-۳۶-۲۷-۱۸	S9	روابط جنسی
۴۵-۳۷-۲۸-۱۹	S10	ازدواج و بچه‌ها
۴۶-۳۸-۲۹-۲۰	S11	بستگان و دوستان
۴۷-۳۹-۳۰-۲۱	S12	جهت‌گیری عقیدتی

جدول شماره ۳: پایایی متغیرهای تحقیق

آلفای کرونباخ	تعداد سؤالات	پرسشنامه
۰/۸۶	۲۸	سلامت اجتماعی
۰/۹۱	۴۷	رضایت زناشویی

در این پژوهش از آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری، تحلیل مسیر و مدل‌یابی معادلات ساختاری) با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و LISREL برای بررسی آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده شده است.

۴. یافته‌ها

نتایج حاصل از شاخص‌های جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که میانگین به‌دست‌آمده برای تمامی مؤلفه‌ها بالاتر از حد متوسط بوده است. شاخص برابری نقش‌های زن و مرد بیشترین میانگین را (۳/۳۴) و شاخص موضوعات شخصیتی با میانگین (۲/۱۸) کمترین مقدار را دارا است.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی پاسخگویان در شاخص‌های متغیر وابسته

انحراف استاندارد	میانگین	حداکثر	حداقل	تعداد	شاخص‌های رضایت زناشویی
۰/۴۳	۲/۷۵	۲	۱	۲۰۰	پاسخ قراردادی
۰/۹۲	۲/۳۰	۳	۱	۲۰۰	رضایت زناشویی
۰/۸۵	۲/۱۸	۳	۱	۲۰۰	موضوعات شخصیتی
۰/۹۲	۲/۸۱	۳	۱	۲۰۰	ارتباط زناشویی
۰/۸۳	۲/۵۵	۳	۱	۲۰۰	حل تعارض
۰/۹۵	۲/۹۴	۳	۱	۲۰۰	مدیریت مالی
۰/۸۵	۳/۳۴	۳	۱	۲۰۰	برابری نقش‌های زن و مرد
۰/۶۹	۲/۴۰	۳	۱	۲۰۰	فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت
۰/۹۲	۲/۹۳	۳	۱	۲۰۰	روابط جنسی
۰/۹۲	۲/۸۶	۳	۱	۲۰۰	ازدواج و بچه‌ها
۰/۹۵	۲/۹۸	۳	۱	۲۰۰	بستگان و دوستان
۰/۸۹	۳/۲۴	۳	۱	۲۰۰	جهت‌گیری عقیدتی

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی پاسخگویان در مؤلفه‌های متغیر مستقل سلامت اجتماعی

انحراف استاندارد	میانگین	حداکثر	حداقل	تعداد	شاخص‌های سلامت اجتماعی
۰/۶۳	۲/۲۵	۳	۱	۲۰۰	شکوفایی اجتماعی
۰/۴۹	۳/۱۲	۳	۱	۲۰۰	همبستگی اجتماعی
۰/۹۴	۳/۴۹	۳	۱	۲۰۰	انسجام اجتماعی
۰/۹۵	۳/۲۵	۳	۱	۲۰۰	پذیرش اجتماعی
۰/۶۸	۲/۱۳	۳	۱	۲۰۰	مشارکت اجتماعی

همان‌طور که در جدول شماره ۵ دیده می‌شود، میانگین شاخص‌های (همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی و پذیرش اجتماعی) از حد متوسط (نمره ۳) بالاتر است. این نتایج نشان می‌دهد که این شاخص‌ها بیشترین تأثیر را از سلامتی اجتماعی داشته‌اند و در این بین شاخص انسجام اجتماعی بیشترین میانگین (۳/۴۹) را داراست. از طرفی میانگین شاخص‌های (شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی) در حد متوسط (حدوداً ۲/۵) بوده است. این نتایج بیانگر آن است که این شاخص‌ها کمتر تحت تأثیر آثار سلامتی اجتماعی بوده‌اند. در این بین، شاخص مشارکت اجتماعی با مقدار (۲/۱۳) کمترین میانگین را دارا است.

فرضیه ۱: بین مؤلفه‌های سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه ضریب همبستگی بین شاخص‌های متغیر مستقل پژوهش سلامت اجتماعی با متغیر وابسته رضایت زناشویی در جدول شماره ۶ منعکس است:

جدول شماره ۶: همبستگی اسپیرمن بین ابعاد، مؤلفه‌های سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی

ردیف	متغیر وابسته	متغیر مستقل	شاخص‌ها	همبستگی	سطح معناداری
۱	رضایت زناشویی	سلامت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	۰/۴۵۱	۰/۰۱
			همبستگی اجتماعی	۰/۳۲۵	۰/۰۳
			انسجام اجتماعی	۰/۰۴۶	۰/۵۲۶
			پذیرش اجتماعی	۰/۴۳۴	۰/۰۰۰
			مشارکت اجتماعی	۰/۴۵۳	۰/۰۳

بر اساس جدول بالا، شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی تقریباً به‌طور مشابه، بالاترین رابطه را با رضایت زناشویی دارند.

فرضیه ۲: سلامت اجتماعی پیش‌بین‌کننده رضایت زناشویی است.

برای تحلیل چندمتغیره، از آزمون رگرسیون چندمتغیره گام‌به‌گام استفاده شد. بدین منظور ابتدا متغیری که بیش‌ترین همبستگی را با متغیر وابسته (مشارکت اجتماعی) داشت، وارد تحلیل شد. دومین متغیری که وارد تحلیل می‌شود، متغیری است که پس از تفکیک متغیر مقدم بر آن، موجب بیشترین افزایش در مقدار ضریب تعیین (R²) می‌شود. در این روش ورود متغیرها به مدل، یک‌به‌یک و تا زمانی انجام می‌شود که معنی‌داری متغیر به ۹۵ درصد برسد، یعنی سطح خطا ۵ درصد گردد (منصوهر، ۱۳۸۵:۱۷۳).

جدول شماره ۷: نتیجه نهایی تحلیل چندمتغیری سلامت اجتماعی

مرحله	متغیر	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد بتا	T	سطح معناداری
۱	مشارکت اجتماعی	۰/۸۴	۰/۴۸۱	۵/۸۴	۰/۰۰۰
۲	شکوفایی اجتماعی	۰/۷۶	۰/۳۵۹	۴/۱۹	۰/۰۰۰
۳	پذیرش اجتماعی	۰/۴۹۷	۰/۲۴	۴/۲۴	۰/۰۳۱
۴	همبستگی اجتماعی	۰/۵۷۵	۰/۲۱	۳/۴۹	۰/۰۱۳
۵	انسجام اجتماعی	۰/۱۵۴	۰/۱۶۵	۲/۰۸	۰/۰۰۲

برای کنترل آماری تحلیل‌های بین متغیر وابسته و هریک از متغیرهای مستقل اصلی (در اینجا مؤلفه‌های متغیر مستقل سلامت اجتماعی)، تحلیل چندمتغیری اجرا شد. با انجام این تحلیل در بین متغیرهای مستقل موردنظر، متغیر مشارکت اجتماعی برجستگی خاصی پیدا کرد؛ به طوری که بالاترین سهم در تغییرات متغیر وابسته را به خود اختصاص داد.

جدول شماره ۸: خلاصه آماره‌های مربوط به برازش مدل

مدل	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۵۸۱ ^a	۰/۴۷۷	۰/۴۷۳	۰/۲۸۱۷۴

a. Predictors: (Constant), social Health

جدول شماره ۹: خلاصه آماره‌های مربوط به نتایج تحلیل واریانس

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار تحلیل واریانس	سطح معنی داری
رگرسیون	۷/۰۴۲	۲	۳/۵۲۱	۴۶/۳۲۸	۰/۰۰۰ ^b
باقی مانده ^a	۱۵/۰۴۸	۱۹۸	۰/۰۷۶		
کل	۲۲/۰۹	۲۰۰			

a. Dependent Variable: MarilSatisfa01

b. Predictors: (Constant), social Health

در جدول شماره ۹ با توجه به معنی داری مقدار $F(۴۶/۳۲۸)$ در سطح خطای کوچکتر از $۰/۰۱$ می توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی تحقیق مرکب از متغیر مستقل و متغیر وابسته مدل خوبی بوده و مجموع متغیرهای مستقل قادرند میزان رضایت زناشویی را تبیین کنند.

جدول شماره ۱۰: خلاصه آماره‌های مربوط به نتایج تحلیل واریانس

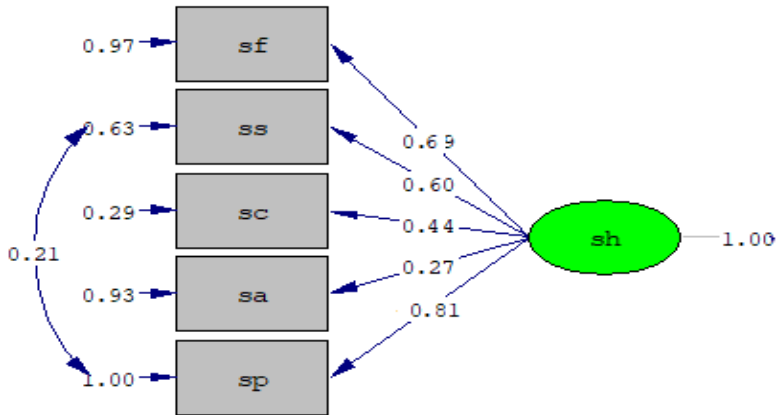
مدل	ضریب استاندارد	T	سطح معناداری
	بتا		
سلامت اجتماعی	۰/۴۸۴	۸/۶۲۵	۰/۰۰۰

جدول بالا، ضرایب تأثیر رگرسیونی، تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته را نشان می دهد. مقایسه متغیرها نشان می دهد که اولاً، تأثیر متغیر مستقل سلامت اجتماعی بر میزان رضایت زناشویی معنی دار است؛ ثانیاً، متغیر سلامت اجتماعی با ضریب رگرسیونی $۰/۴۸$ بالاترین تأثیر را بر تغییرات متغیر وابسته (رضایت زناشویی) دارد. ضریب رگرسیونی استاندارد شده (Beta) بر اساس مقادیر انحراف استاندارد سنجیده می شود. ضریب بتای نوسازی اجتماعی ($۰/۴۸$) نشان می دهد که تغییر یک انحراف استاندارد در متغیر سلامت اجتماعی، باعث تغییر $۰/۴۸$ انحراف استاندارد در متغیر رضایت زناشویی می شود.

در این قسمت، روابط یکپارچه و متعامل بین متغیرها در قالب معادلات ساختاری رگرسیون و تأثیر متغیر مشهود (سلامت اجتماعی) در مؤلفه‌های متغیر وابسته (رضایت زناشویی) بررسی شد تا میزان اثرگذاری هر یک از متغیرها مشخص شود. به منظور تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های تحقیق، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار لیزرل نیز استفاده شده است. شاخص‌های CFI و NFI و AGFI و GFI و IFI بین صفر و یک هستند و هر چه به یک نزدیک‌تر باشند، نیکویی برازش مدل با داده‌های بیشتر است (هومن، ۷۸: ۱۳۸۴).

نمودار ۱ مدل اندازه‌گیری کل پرسشنامه در حالت تخمین استاندارد را نشان می دهد. بارهای عاملی مدل در حالت تخمین استاندارد میزان تأثیر هر کدام از متغیر و یا گویه را در توضیح و تبیین واریانس نمرات متغیر یا عامل اصلی نشان می دهد؛ به عبارت دیگر بار عاملی نشان‌دهنده میزان همبستگی هر متغیر مشاهده‌گر (سؤال پرسشنامه) با متغیر مکنون (عامل) است.

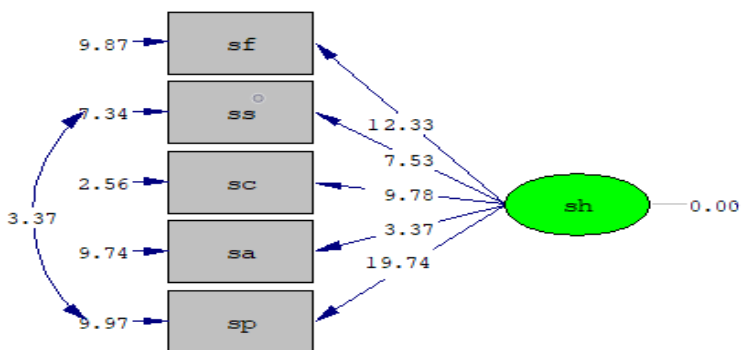
با توجه به نمودار ۱، می توان بارهای عاملی هر یک از سؤالات تحقیق را مشاهده نمود. این نمودار نشان می دهد که اکثر متغیرها، همبستگی بالایی را با سازه مربوط به خود نشان می دهند. فقط متغیر پذیرش اجتماعی (SA) ($۰/۲۷$) در مقایسه با سایر متغیرها از همبستگی پایین تری برخوردار است. متغیر مشارکت اجتماعی (SP) دارای بارعاملی $۰/۸۱$ است که نشان می دهد $۶۵/۶۱$ درصد واریانس مشترک برآورد شده ($۰/۸۱^۲ = ۶۵/۶۱\%$) در این متغیر توسط عامل سلامت اجتماعی تعیین می شود.



Chi-Square=73.34, df=24, P-value=0.00000, RMSEA=0.013

نمودار ۱: مدل اندازه‌گیری متغیر مستقل در حالت تخمین استاندارد

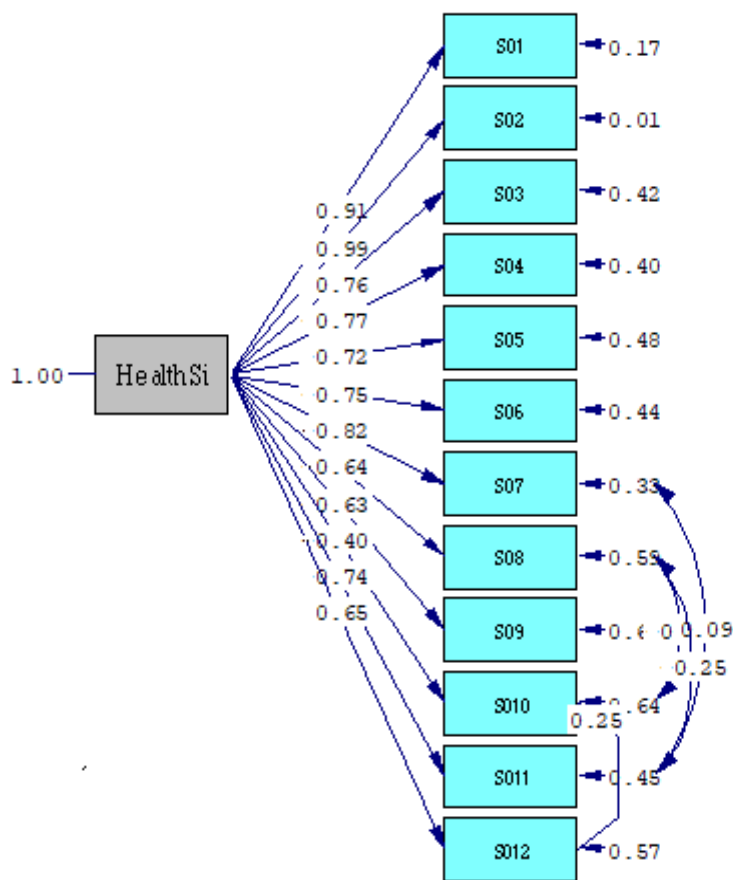
نمودار ۲، مدل اندازه‌گیری کل پرسشنامه را در حالت معناداری نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشخص است، تمامی ضرایب به‌دست‌آمده از گویه‌ها معنادار شده‌اند. مقادیر آماره T بزرگ‌تر از ۱/۹۶ یا کوچک‌تر از ۱/۹۶- نشان‌دهنده معناداری بودن روابط در سطح ۰/۰۵ است؛ با توجه به نمودار ۲ مشاهده می‌شود که مقادیر معنی‌داری برای تمامی شاخص‌ها بیشتر از ۱/۹۶ است و در نتیجه این شاخص‌ها معنادار هستند.



Chi-Square=73.34, df=24, P-value=0.00000, RMSEA=0.013

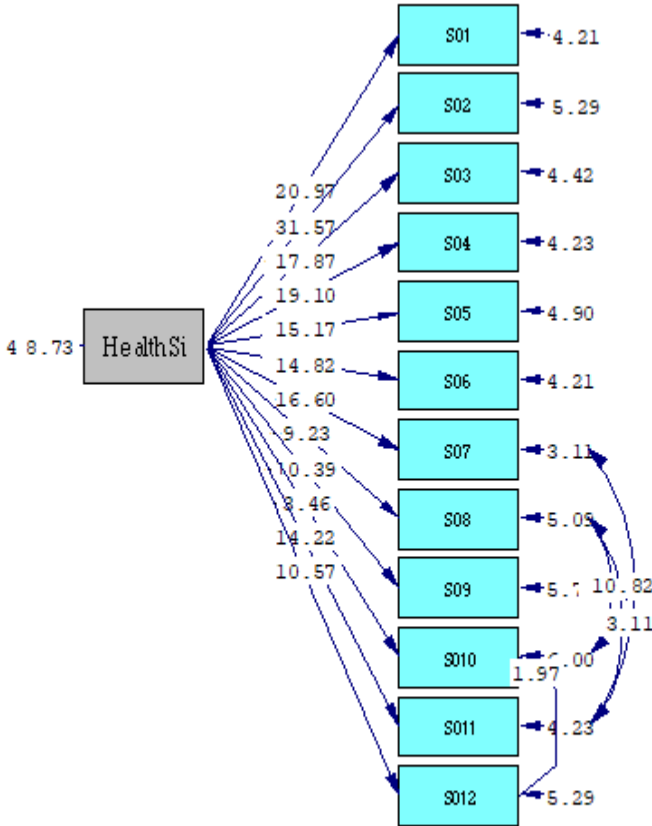
نمودار ۲: مدل اندازه‌گیری متغیر مستقل در حالت ضریب معناداری

- مدلیابی معادلات ساختاری متغیر رضایت زناشویی با متغیر سلامت اجتماعی
۱. فرض صفر ۱: کلیت مدل معادله ساختاری اثرگذاری متغیر سلامت اجتماعی در مؤلفه‌های رضایت زناشویی در دانشجویان پیام نور گنبدکاووس تأیید نمی‌شود.
۲. فرض خلاف ۱: کلیت مدل معادله ساختاری اثرگذاری متغیر سلامت اجتماعی در مؤلفه‌های رضایت زناشویی در دانشجویان پیام نور گنبدکاووس تأیید می‌شود.



Chi-Square=94.34, df=62, P-value=0.00508, RMSEA=0.051

نمودار ۳: نمودار استاندارد نرم‌افزار و سنجش اثرات متغیر مستقل سلامت اجتماعی بر مؤلفه‌های متغیر وابسته



Chi-Square=94.34, df=62, P-value=0.00508, RMSEA=0.051

نمودار ۴: نمودار معناداری نرم افزار و سنجش اثرات متغیر مستقل سلامت اجتماعی بر مؤلفه‌های متغیر وابسته

خروجی شاخص‌های برازش مدل برای متغیر مستقل سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی در جدول شماره ۱۱ گزارش شده است. اطلاعات جدول شماره ۱۱ نشان می‌دهد که مدل فوق برازش خوبی از داده‌های دنیای واقعی دارد؛ یعنی این در کلیت مدل معادله ساختاری، تأثیر متغیر سلامت اجتماعی در مؤلفه‌های رضایت زناشویی دانشجویان پیام نور گنبدکاووس تأیید شده و برازش معنی‌دار دارد.

جدول شماره ۱۱: میزان شاخص‌های برازش مدل اثر متغیر سلامت اجتماعی بر رضایت زناشویی

مقدار سلامت اجتماعی	شاخص برازش مدل	ردیف
۰/۹۱	شاخص برازش هنجار شده Normed Fit Index (NFI)	۱
۰/۸۷	شاخص برازش هنجار شده تعدیل یافته Non-Normed Fit Index (NNFI)	۲
۰/۹۳	شاخص برازش تطبیقی Comparative Fit Index (CFI)	۳
۰/۹۲	شاخص برازش فزاینده Incremental Fit Index (IFI)	۴
۰/۹۷	شاخص نیکویی برازش Goodness of Fit Index (GFI)	۵
۰/۹۴	نیکویی برازش تعدیل یافته Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	۶
۰/۷۶	ریشه میانگین مربعات Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	۷
۹۴/۳۴	سطح پوشش تحت کای دو Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square	۸
۲/۲۱	$\frac{\chi^2}{df}$	۹

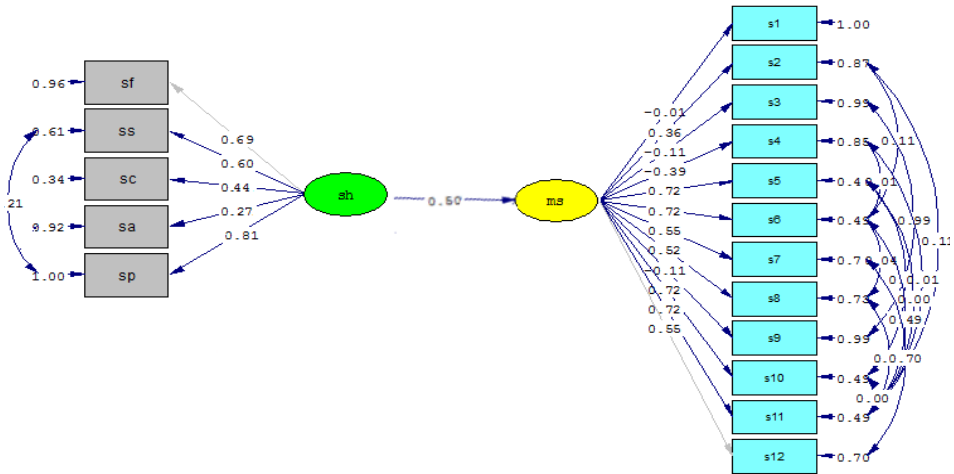
میزان اثرگذاری مستقیم هر یک از ابعاد متغیر سلامت اجتماعی بر اساس خروجی نرم افزار به شرح ذیل ارائه می شود (جدول شماره ۱۴). همان طور که در جدول شماره ۱۲ دیده می شود، متغیر سلامت اجتماعی با تمامی مؤلفه های رضایت زناشویی ارتباط مستقیم و مثبت دارد. به عبارتی مقدار ضریب معناداری بالاتر از عدد ۱/۹۶ است.

جدول ۱۲. میزان شاخص‌های برازش مدل اثر متغیر سلامت اجتماعی بر رضایت زناشویی

نتیجه فرضیه	مقدار تی	ضریب استاندارد	فرضیه	رتبه	متغیر مستقل
تأیید	۳۱/۵۷	۰/۹۹	سلامت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر روی «رضایت زناشویی» دارد.	۱	سلامت اجتماعی
تأیید	۱۷/۸۷	۰/۷۶	سلامت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر روی «موضوعات شخصیتی» دارد.	۲	
تأیید	۱۹/۱۰	۰/۷۷	سلامت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر روی «ارتباط زناشویی» دارد.	۳	
تأیید	۱۵/۱۷	۰/۷۲	سلامت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر روی «حل تعارض» دارد.	۴	
تأیید	۱۴/۸۲	۰/۷۵	سلامت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر روی «مدیریت مالی» دارد.	۵	
تأیید	۱۶/۶۰	۰/۸۲	سلامت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر روی «برابری نقش‌ها» دارد.	۶	
تأیید	۹/۲۳	۰/۶۴	سلامت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر روی «فعالیت‌های اوقات فراغت» دارد.	۷	
تأیید	۱۰/۳۹	۰/۶۳	سلامت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر روی «روابط جنسی» دارد.	۸	
تأیید	۳/۴۶	۰/۴۰	سلامت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر روی «ازدواج و بچه‌ها» دارد.	۹	
تأیید	۱۴/۲۲	۰/۷۴	سلامت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر روی «روابط بستگان و دوستان» دارد.	۱۰	
تأیید	۱۰/۵۷	۰/۶۵	سلامت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر روی «جهت‌گیری عقیدتی» دارد.	۱۱	

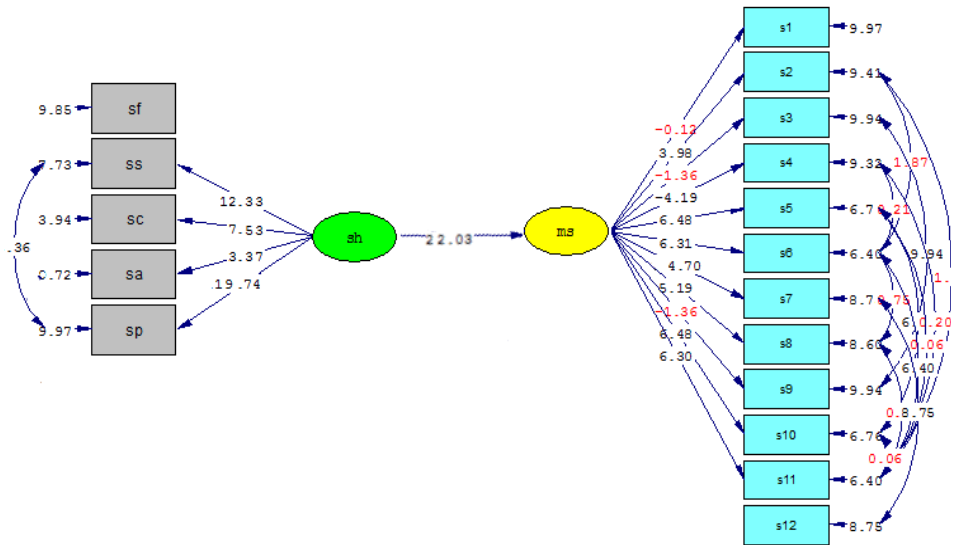
تحلیل مسیر

ضرایب استاندارد در تحلیل مسیر عاملی، همان شدت رابطه متغیر (شدت تأثیر متغیرها بر یکدیگر) است که معادل ضریب بتا در رگرسیون در نظر گرفته شده و مقدار آن عددی بین یک و صفر است. هر چه مقدار گزارش شده به یک نزدیک‌تر باشد، میزان تأثیر بیشتر است.



Chi-Square=243.78, df=169, P-value=0.00015, RMSEA=0.047

نمودار ۵. ضرایب استاندارد تحلیل مسیر



Chi-Square=243.78, df=169, P-value=0.00015, RMSEA=0.047

۵. بحث و نتیجه‌گیری

مقاله پیش رو با هدف بررسی سلامت اجتماعی به‌عنوان پیش‌بین‌کننده رضایت زناشویی انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دوره کارشناسی متأهل (زنان) است که در دانشگاه پیام نور مرکز گنبد مشغول به تحصیل بودند. در یافته‌های توصیفی، میزان و درصد تحصیلات همسر پاسخگویان شامل: ۴۴ نفر (۲۲ درصد) سیکل، ۷۲ نفر (۳۶ درصد) دیپلم، ۱۳ نفر (۶/۵ درصد) فوق‌دیپلم، ۵۰ نفر دارای تحصیلات کارشناسی (۲۵ درصد)، ۱۳ نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد (۶/۵ درصد)، ۲ نفر دارای تحصیلات دکتری و بالاتر (۱ درصد) بوده است. روش سنتی (۳۵/۵ درصد) پرسامدترین شیوه آشنایی برای ازدواج است. بیش‌ترین حجم افراد در داشتن یک فرزند و بی‌فرزند است. میانگین به‌دست‌آمده برای تمامی مؤلفه‌های رضایت زناشویی، بالاتر از حد وسط بوده است. شاخص برابری نقش‌های زن و مرد بیشترین میانگین را (۳/۳۴) و شاخص موضوعات شخصیتی با میانگین (۲/۱۸) کمترین مقدار را دارا است.

میانگین شاخص‌های (همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی و پذیرش اجتماعی) از حد متوسط (نمره ۳) بالاتر است. این نتایج نشان می‌دهد که این شاخص‌ها بیشترین تأثیر را از سلامتی اجتماعی داشته‌اند و در این بین شاخص انسجام اجتماعی بیشترین میانگین (۳/۴۹) را دارد.

شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی با رضایت زناشویی رابطه مثبت و مستقیم دارد. نتایج با تحقیق کشاورز (۱۳۹۸)، امیدی و راد (۱۳۹۷)، زاهدی‌اصل و همکار (۱۳۹۶)، قره‌داغی و همکاران (۱۳۹۴)، حاجی‌زاده میمنندی و دهقان‌چناری (۱۳۹۴)، زکی و خشوعی (۱۳۹۲) و پناهی و همکار (۱۳۹۱) هم‌خوان است. بر اساس نظریه تری گرونبرگ، رضایت از یک جنبه زندگی به جنبه‌های دیگر سرایت می‌کند. گرونبرگ بیان می‌کند که رضایت و عدم رضایت از یک بخش از زندگی بر رضایت و عدم رضایت از بخش‌های دیگر زندگی تأثیر دارد. بر اساس این نظریه می‌توان گفت وقتی فردی در جامعه خود مشارکت داشته باشد و خود را با آن انطباق دهد، درنهایت این فرد در رسیدن به اهداف خود موفق خواهد شد و احساس رضایت‌مندی دارد و این احساس رضایت‌مندی را به محیط‌های دیگر از جمله خانواده انتقال می‌دهد؛ بنابراین کسانی که دارای سلامت اجتماعی هستند، از نظر اجتماعی راضی و قادرند این رضایت‌مندی را به زندگی خانوادگی خود منتقل کنند و باعث افزایش رضایت زناشویی به‌عنوان یکی از ابعاد زندگی شوند.

بر اساس نتایج، بین شکوفایی اجتماعی و رضایت زناشویی رابطه وجود دارد.

اکثر متغیرها، همبستگی بالایی را با سازه مربوط به خود نشان دادند. فقط متغیر پذیرش اجتماعی، در مقایسه با سایر متغیرها از همبستگی پایین‌تری برخوردار است. متغیر مشارکت اجتماعی دارای بارعاملی ۰/۸۱ است که نشان می‌دهد ۶۵/۶۱ درصد واریانس مشترک برآورده‌شده در این متغیر از سوی عامل سلامت اجتماعی تعیین می‌شود. در تحلیل مسیر بر اساس مدل ساختاری نهایی می‌توان گفت:

۱. مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر سازه رضایت زناشویی، سازه سلامت اجتماعی است؛ بدین معنا که هرچه افراد در زندگی خود به تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی بیشتر توجه کرده‌اند، رضایت زناشویی آن‌ها بسیار بیش‌تر شده است و زناشویی موفق‌تری داشته‌اند.

۲. بر اساس میزان اثر کل هر عامل (که از جمع اثر مستقیم و غیر مستقیم به دست می آید)، می توان سازه سلامت اجتماعی را اثرگذارترین عامل بر رضایت زناشویی دانست.

در این پژوهش اثر سلامت اجتماعی بر رضایت زناشویی مورد مطالعه قرار گرفت و نشان داد مؤلفه های سلامت اجتماعی تبیین گر خوبی برای رضایت زناشویی است؛ جایی که خانواده به عنوان یک نظام اجتماعی، تأثیر شکل دهنده عمیقی بر ساختارهای روانی او دارد.

روان شناسان امروزه به این نکته علاقه مند هستند که چگونه فرهنگ بر افراد تأثیر می گذارد و هویت فردی آن ها را شکل می دهد. محتوای یک فرهنگ، تأثیر پایدار بر رفتار، احساسات و اندیشه ها می گذارد (خمسه، ۱۳۸۶). فرایندها و ساختارهای روان شناختی هر فرد توسط تلاش فعالانه او در جهت هماهنگ کردن رفتارهایش با معانی و رفتارهای تجویز شده فرهنگ او سازمان می یابد (گودرزی، ۱۳۸۵)؛ بنابراین کیفیت مناسبات اجتماعی که بخشی از فرهنگ هر جامعه است، می تواند به عنوان یک متغیر واسطه بر رضایت و عملکرد زوجین اثرگذار باشد.

در خاتمه باید گفت عدم تمایل دانشجویان به تکمیل پرسشنامه ها، یکی از مهم ترین محدودیت های این تحقیق بود. این پژوهش محدود به دانشجویان زن دانشگاه پیام نور بود و سایر دانشگاه ها در این نمونه نیستند. رابطه معنی دار بین سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی، اهمیت کار فرهنگی در این زمینه را آشکار می سازد.

منابع

- آقایی هیر، توکل و وفایی اقدم، طاهره (۱۳۹۵). بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر رضایت شغلی (مورد مطالعه: کارکنان کارخانه گلستان بافت شهر تبریز). فصلنامه جامعه شناسی کاربردی، شماره ۴.
- امید، رزیتا و راد، فیروز (۱۳۹۷). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با میزان سازگاری زناشویی در بین بانوان متأهل ساکن شهر آستارا. دو فصلنامه مطالعات جامعه شناختی، شماره ۴۱.
- اولیا، نرگس؛ فاتحی زاده، مریم؛ بهرامی، فاطمه (۱۳۸۵). آموزش غنی سازی زندگی زناشویی. تهران: دانژه.
- بهاری، زهرا (۱۳۹۴). نقش سبک زندگی در رضایت زناشویی زوجین. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، شماره ۲۲.
- پناهی، محمدحسین، زارعان، منصوره (۱۳۹۱). سلامت خانواده و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن. فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۱۹.
- پورافقی، فرشاد (۱۳۹۵). نقش سبک های زندگی، درک اجتماعی و روابط خانوادگی در پیش بینی رضایت زناشویی معلمان جوان. فصلنامه روان شناسی مدرسه، شماره ۵.
- تقوایی زیدی، مریم و چیت ساز، چهره (۱۳۹۵). رابطه شبکه های اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان. فصلنامه فن آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی، شماره ۲.
- جمعه نیا، سکینه (۱۳۸۷). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و سلامت روانی با سبک های هویت یابی دانش آموزان دبیرستان های دولتی شهر گنبد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- حاجی زاده میمنندی، مسعود و دهقان چناری، مریم (۱۳۹۴). سبک زندگی سلامت محور و رضایتمندی زناشویی در بین زنان متأهل شهر یزد. فصلنامه زن در فرهنگ و هنر، شماره ۱.
- خدایاری فرد، محمد؛ شهابی، روح الله و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۶). رابطه نگرش مذهبی با رضایتمندی

- زناشویی در دانشجویان متأهل. فصلنامه خانواده‌پژوهی، شماره ۱۰.
- خمسه، اکرم (۱۳۸۶). بررسی نقش عوامل فرهنگی اجتماعی بر طرح‌واره‌های نقش جنسیتی در دو گروه قومی از دانشجویان در ایران. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، شماره ۲.
- رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۷۸). آنومی یا آشفتگی اجتماعی (چاپ اول). تهران: سروش.
- زاهدی‌اصل، محمد و حسینی، فاطمه (۱۳۹۶). رابطه سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان. فصلنامه پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، شماره ۱۲.
- زکی، محمدعلی و خشوعی، مریم‌السادات (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان. فصلنامه مطالعات جامعه‌شناختی شهری (مطالعات شهری)، شماره ۸.
- دواس، دیوید (۲۰۰۱). طرح تحقیق در تحقیقات اجتماعی (چاپ سوم). ترجمه هوشنگ ناییب (۱۳۹۴)، تهران: آگه.
- سپهریان‌آذر، فیروزه؛ محمدی، نسیم؛ بدلیپور، زینب و نوروززاده، وحید (۱۳۹۵). رابطه امیدواری و شادکامی با رضایت زناشویی. مجله سلامت و مراقبت، دوره ۱۸، شماره ۱. صفحه ۴۴-۳۷.
- سرمد، زهره؛ بارزگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۹۸). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: آگه.
- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی. مجله اطلاعات سیاسی اقتصادی، دوره ۱۹، شماره ۳-۴. صفحه ۲۵۳-۲۴۴.
- سلیمانیان، علی‌اکبر (۱۳۷۳) بررسی تأثیر تفکرات غیرمنطقی (بر اساس رویکرد شناختی) بر رضایت زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- سلیمانیان، علی‌اکبر و محمدی، اکرم (۱۳۸۸). بررسی رابطه هوش هیجانی و رضایت زناشویی، فصلنامه پژوهشنامه تربیتی، شماره ۱۹.
- عطاری، یوسفعلی؛ عباسی‌سرچشمه، ابوالفضل و مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۵). بررسی روابط ساده و چندگانه نگرش مذهبی، خوشبینی و سبک‌های دلبستگی با رضایت زناشویی در دانشجویان مرد متأهل دانشگاه شهید چمران اهواز. فصلنامه مجله علوم تربیتی و روانشناسی، شماره ۱.
- فارسی‌نژاد، معصومه (۱۳۸۳). بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- قربانعلی‌پور، مسعود؛ فراهانی، حجت‌اله؛ برجعلی، احمد و مقدس، لیلا (۱۳۸۷). تعیین اثربخشی آموزش تغییر سبک زندگی به شیوه گروهی بر افزایش رضایت زناشویی، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، شماره ۳.
- قره‌داغی، شکراله؛ مردی‌پیرسلطان، فهیمه و درخشان‌نیا، فریبا (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی در میان کارکنان بهزیستی کرج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- کشاورز، آسیه و نظری، سیدامیر (۱۳۹۸). بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی مردان معتاد (مطالعه موردی کمپ‌های ترک اعتیاد استان بوشهر). فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی بوشهر، شماره ۳۸.
- گودرزی، حسین (۱۳۸۵). مفاهیم بنیادین و مطالعات قومی. تهران: تمدن ایرانی.
- منصورفر، کریم (۱۳۸۵). روش‌های پیشرفته آماری همراه با برنامه‌های کامپیوتری. تهران: دانشگاه تهران.
- میرزایی، حدیث؛ فتحی‌آشتیانی، علی؛ سلیمانانی، علی‌اکبر و یوسفی، نوید (۱۳۹۶). مقایسه رضایت زناشویی در زنان با توجه به روابط قبل از ازدواج. فصلنامه خانواده‌پژوهی، شماره ۳.
- هومن، حیدرعلی (۱۳۸۴). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل. تهران: سمت.
- یوسفی، رحیم؛ عابدین، علیرضا؛ تیرگری‌سراج، عبدالحکیم و فتح‌آبادی، جلیل (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل طرح‌واره‌ها در ارتقا رضایت زناشویی. فصلنامه روانشناسی بالینی، شماره ۳.

- Blanco, Amalio & Diaz, Dario. (2007). Social order and mental health: a social well-being approach. *Autonoma university of Madrid, psychology in Spain*, No 5.
- Bomhoff, Eduard, J., Siah, Audrey K.L. (2019). The relationship between income, religiosity and health: Their effects on life satisfaction, *Personality and Individual Differences*, No 144.
- Carr, Deborah, Freedman, Vicki A, Cornman, Jennifer C, & Schwarz, Norbert. (2014). Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well being in later life. *Journal of Marriage and Family*, No 5.
- Fowers B. J. Olson D. H. (1989). Enrich Marital Inventory: A Discriminant Validity and Cross-Validity Assessment. *Journal Marital and family Therapy*, No 15.
- Greef, A. P. (2000). Characteristics of families that function well. *Journal of Family Psychology*, No 21.
- Heller, Daniel, Watson, David, & Ilies, Remus. (2004). The role of person versus situation in life satisfaction: A critical examination. *Psychological bulletin*, No 4.
- Herman, Katya M, Hopman, Wilma M, & Rosenberg, Mark W. (2013). Self-rated health and life satisfaction among Canadian adults: associations of perceived weight status versus BMI. *Quality of Life Research*, No10.
- Hutchinson, G, Simeon, DT, Bain, BC, Wyatt, GE, Tucker, MB, & LeFranc, E. (2004). Social and health determinants of well being and life satisfaction in Jamaica. *International Journal of Social Psychiatry*, No 1.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-being, *Social Psychology Quarterly*. 61: 121-140.
- Korkeila M, Kaprio J, Rissanen A, Koskenvuo M, Sörensen TIA. (1998). Predictors of major weight gain in adult Finns: stress, life satisfaction and personality traits. *International Journal of Obesity*, No 10.
- Michalitsianos, N. (2014). Resiliency: a resorce for promoting marriage satisfaction. M.A. dissertation in Marriage & Family Therapy. Kean University.
- Miller, Evonne, & Buys, Laurie. (2008). Does social capital predict happiness, health, and life satisfaction in an urban Australian community? *Kotuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, No 1.
- Meeks, S., & Murrell, Stanley A. (2001). Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. *Journal of aging and health*, No 1.
- Nimtz, Mark A. (2011). Satisfaction and contributing factors in satisfying long-term marriage: a phenomenological study. Doctoral dissertation, ProQuest Dissertations and Theses, Liberty University.
- Ogilvie RA. (2015). Good life satisfaction has beneficial effects on bone health. *Journal Psychosomatic. Medicine*, 77(1):709. Available from: <http://www.sciencedaily.com> Accessed January 13, 2015.
- Plouffe, Rachel, A. & Tremblay, Paul, F. (2017). The Realtionship between income and

life satisfaction, *Personality and Individual Differences*, No 109.

- Peleg, Ora. (2008). The relation between differentiation of self and marital satisfaction: What can be learned from married people over the course of life? *The American Journal of Family Therapy*, No 5.