

رابطه تعهد زناشویی و بهزیستی اجتماعی زوجین با سلامت روان در مشاوره کلانتری های استان مازندران

علیرضا باقری^۱، مطهره مهدوی^۲

^۱ دکترای تخصصی مدیریت آموزشی و مدرس دانشگاه.

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

نویسنده مسئول:

علیرضا باقری

چکیده

با توجه به اینکه بهبود روابط و حل تعارضات در بستر خانواده یکی از عوامل بهبودی بهزیستی اجتماعی افراد است هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین تعهد زناشویی و بهزیستی اجتماعی با سلامت روان بود. روش کارپژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی با طرح همبستگی است. افراد مورد مطالعه ۲۴۰ فرد متأهل بودند که به صورت نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه بود. تحلیل داده ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه انجام گردید. نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که بین تعهد زناشویی و بهزیستی اجتماعی و سلامت روان خرده مقیاس های آن پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی با سلامت روان همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد ($p < 0/01$) و بین بهزیستی اجتماعی و خرده مقیاس های همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی با سلامت روان، همبستگی منفی معناداری وجود دارد ($p < 0/01$).

واژگان کلیدی: تعهد زناشویی، بهزیستی اجتماعی، سلامت روان

مقدمه

تعهد زناشویی^۱ یکی از ویژگی های مهم ازدواج های موفق و طولانی مدت است (مچر^۲، ۲۰۱۳). تعهد در روابط زناشویی مفهوم ویژه ای دارد و تا کنون تعاریف متعددی برای آن ارائه شده است. قدیمی ترین تعریف متعلق به دین و اسپانییر^۳ است که تعهد زناشویی به عنوان "تمایل پایدار زوجین برای حفظ و تداوم ازدواج تعریف شده است". که تعهد زناشویی به عنوان "تمایل پایدار زوجین برای حفظ تداوم ازدواج تعریف شده است". در مدل سه وجهی عشق استنبرگ^۴ سومین رأس مثلث، تعهد است که به تصمیم گیری زوجین در مورد اقامت کردن و در کنار همدیگر بودن اشاره دارد (مولید، ۱۳۹۱).

آماتو^۵ معتقد است که تعهد زناشویی به این معنی است که زوجین تا چه حد برای روابط زناشویی خود ارزش قائلند و چقدر برای حفظ و تداوم ازدواجشان انگیزه دارند (محمدی^۶ و همکاران، ۲۰۱۴).

تعهد زناشویی حدی ست که در آن، افراد دیدگاه بلندمدتی روی ازدواجشان دارند و برای رابطه خود فداکاری می کنند، برای حفظ و تقویت همبستگی و اتحادشان قدم بر می دارند و با همسرشان حتی هنگامی که ازدواجشان پاداش دهنده نیست، می مانند (قنبری هاشم آبادی، اسمعیلی و فرحبخش، ۱۳۹۰).

جونز^۷ (۲۰۰۴)، تعهد زناشویی را به عنوان «تمایل زوجین برای تداوم رابطه زناشویی بدون توجه به نوسان میزان رضایتمندی» تعریف کردند که شامل سه بعد، ۱- تعهد نسبت به همسر (جاذبه زناشویی)، ۲- تعهد نسبت به ازدواج (تعهد اخلاقی) و ۳- محدودیت اجتماعی (احساس به دام افتادگی است). تعهد نسبت به همسر شامل عشق، رضایت، فداکاری و سرسپردگی است (جونز، ۲۰۰۴). بعد دیگر تعهد زناشویی، تعهد اخلاقی است که نشان دهنده میزان احساس تعهد فرد به ادامه رابطه است. ارزشها و باورهای بنیادین فرد درباره مسیر رفتار صحیح در رابطه، بر محوریت تعهد اخلاقی قرار دارد (نلسون^۸ و همکاران، ۲۰۱۱). محدودیت اجتماعی نیز به پیامدهای عاطفی، ملی و اجتماعی طلاق اشاره دارد که مانع از فسخ پیمان ازدواج می شود (جونز، ۲۰۰۴).

هم تعهد نسبت به همسر و هم تعهد نسبت به نهاد ازدواج برای موفقیت یک ازدواج مهم می باشد (لامبرت و دولاهیت^۹، ۲۰۰۸). هر ازدواج موفق حاوی سه رکن اساسی تعهد، جاذبه و تفاهم است که در این بین تعهد زناشویی قویترین و پایدارترین عامل پیش بینی کننده کیفیت و ثبات زناشویی است (موسکو^{۱۰}، ۲۰۰۹). سطوح بالای تعهد زناشویی با ابراز عشق بیشتر، سازگاری و ثبات زناشویی بالاتر، مهارتهای حل مسئله مناسبتر و رضایت زناشویی رابطه دارد (زارعی و حسینقلی، ۱۳۹۲)، و سطوح پایین آن با دلزدگی زناشویی رابطه دارد (اسدی و همکاران، ۱۳۹۲).

براین اساس، کیفیت زناشویی را می توان به عنوان موفقیت و عملکرد مطلوب یک ازدواج در نظر گرفت که نتیجه ی عوامل مختلفی از جمله سازگاری زناشویی و احساس تعهد زوجین نسبت به یکدیگر است و از آن بعنوان یکی از پیش بینی کننده های مهم تداوم و ثبات زناشویی یاد می شود (آلیندرف^{۱۱}، ۲۰۱۳). در سوی دیگر یکی از عوامل شخصیتی که می تواند بر رابطه زوجین و کیفیت آن مؤثر باشد، بهزیستی اجتماعی^{۱۲} است.

Marital Commitment-^۱

Macher-^۲

Dean and Spanier-^۳

Triangular Theory of Love -^۴

Amoto -^۵

Mohmmadi-^۶

Jones-^۷

Nelson-^۸

Lamber & Dellahite -^۹

Mosako-^{۱۰}

Allendorf-^{۱۱}

Social well- beind-^{۱۲}

بهزیستی اجتماعی، بعنوان یکی از مهم ترین زیرمجموعه های بهزیستی و سلامتی، شامل ارتباطات اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شبکه های اجتماعی و حمایت اجتماعی است. احساس داشتن یک نقش اجتماعی و هویت، یکی از جنبه های مهم بهزیستی اجتماعی است (آلبرت^۱، ۲۰۱۲).

بهزیستی اجتماعی به عنوان یکی از متغیرهای دیگر پژوهش از ۱۹۸۸ بوسیله کی یس^۲ مطرح شد. کی یس، بهزیستی اجتماعی را با توجه به ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه توصیف می کند (رادزیک^۳، ۲۰۱۵). که از طریق شرایط در بردارنده ی روابط فردی حمایت کننده، سلامت مطلوب، امنیت مالی و فردی، مشاغل پاداش دهنده و محیط جذاب و سالم ارتقاء پیدا می کند (اسمیت و یانگ^۴، ۲۰۱۷).

کبیز^۵ که به عنوان یکی از صاحب نظران حیطه سلامت عمومی محسوب می شود بهزیستی اجتماعی را به عنوان گزارش شخصی افراد از کیفیت ارتباطات آنها با دیگران تعریف میکند و گلداسمیت آن را ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران معرفی می کند که یکی از اساسی ترین شاخص های سلامت افراد هر جامعه است و منجر به افزایش کارایی فرد در جامعه می شود (لارسون^۶، ۱۹۹۳) و لذا می توان گفت افراد دارای بهزیستی اجتماعی بالا زندگی را هدفدار می دانند، خود را حاکم بر زندگی دانسته و در کنار تمامی جوانب زندگی خود را متعلق به اجتماع افراد دانسته و سعی در بهبودی روابط اطراف خود دارند (زاهدی^۷ و همکاران، ۲۰۱۴). و هیجان های مثبت بیشتری را تجربه می کنند، از گذشته، آینده خودشان، دیگران و رویدادها و حوادث پیرامونی شان ارزیابی مثبتی دارند و آن ها را خوشایند توصیف می کنند (اسمخانی اکبرنژاد، اعتمادی، نصیرنژاد، ۱۳۹۳). افرادی دارای سازگاری اجتماعی پایین دارای مشکلات زیادی در ارتباط کلامی با دیگران، برنامه ریزیدر زندگی، مراقبت از خویشان، انجام امور روزانه و غیره می باشند (شولی - بالوگ، ۲۰۱۶). در واقع، به دلیل از دست دادن حمایت های اجتماعی، مشارکت کمتر در اجتماع، احساس غم و اندوه بیشتری داشته و از سلامت پایینی برخوردارند (کایسکا، سیرپا و ایرما، ۲۰۱۶).

اما یادگیری و ریشه های اصلی این احساس تعلق و بهبودی روابط در اجتماع نشأت گرفته از خانواده افراد است که در واقع بخش عظیمی از مشکلات ایجاد شده در گسستگی خانواده ها بر اساس اختلال و مشکل در این حوزه از سلامت افراد است (بهرام آبادی^۸، ۲۰۱۳).

کبیز (۱۹۹۸) پنج بعد را به عنوان عوامل سازنده بهزیستی اجتماعی بر می شمارد که در کنار هم، نشانگر میزان کنش وری مطلوب فرد در زندگی اجتماعی وی (برای مثال به عنوان یک همسایه، شهروند یا همکار) می باشند. ابعاد پنج گانه بهزیستی به قرار زیر است:

برون گرایی، سازش پذیری، وظیفه شناسی، روان رنجورخویی و پذیرا بودن نسبت به تجارب.

کبیز بر این باور است که بهزیستی اجتماعی در کنار بهزیستی هیجانی و روان شناختی، عنصر مهم سلامتی بوده و تجربه عمومی تری را بازنمایی می کند که بر تکالیف اجتماعی متمرکز است. در مدل کی یس، بهزیستی اجتماعی، مفهومی چند بعدی است که شامل انسجام اجتماعی^۹، مشارکت اجتماعی^{۱۰}، شکوفایی اجتماعی^{۱۱}، پیوستگی اجتماعی^{۱۲} و پذیرش اجتماعی^{۱۳} است. انسجام اجتماعی به کیفیت روابط شخص با جامعه و اجتماع اشاره دارد و افراد دارای انسجام اجتماعی، احساس می کنند که بخشی از جامعه بوده و به دنبال موقعیت های اجتماعی هستند که به آنها کمک می کند تا احساس تعلق و دلبستگی به جامعه داشته باشند. مشارکت اجتماعی به باور فرد نسبت به این مسئله اشاره دارد که او می تواند فعالیت ها یا اهداف معینی را دنبال کند که برای جامعه ارزشمند هستند. از طرفی شکوفایی اجتماعی، ارزیابی فرد از پتانسیل و روند سیر جامعه است و بر پتانسیل جامعه به عنوان مکانی بهتر برای زندگی شهروندان و امکان ایجاد

Albert-^۱

Keyes-^۲

Radzyk-^۳

Amith & Yang-^۴

Keyes-^۵

Larson-^۶

Zahedi-^۷

Bahram abady-^۸

Social Integration-^۹

Social Contribution-^{۱۰}

Social Actualization-^{۱۱}

Social Coherence-^{۱۲}

Social Acceptance-^{۱۳}

تغییرات مثبت تأکید دارد. علاوه بر این، پیوستگی اجتماعی شامل توانایی های فرد برای فهم جهان پیچیده، درک و پیش بینی چیزی است که در جهان پیرامون اتفاق می افتد؛ و در نهایت پذیرش اجتماعی، به معنای داشتن دید مثبت به ماهیت انسان و احساس راحت بودن با دیگران است. این پنج بعد، نشان می دهند که فرد به چه میزان بر چالش های اجتماعی مسلط بوده و کارکرد مناسبی در دنیای اجتماعی دارد. در واقع مدل کی یس از بهزیستی اجتماعی، گسترش سنت فضیلت گرایی سلامتی بوده و بر این فرض استوار است که افراد برای داشتن عملکرد کامل تلاش می کنند (حیدری و غنایی، ۱۳۸۷).

در این بین یکی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار بر بهبود بهزیستی اجتماعی و تعهد زناشویی، سلامت روان^۱ است. سلامت واژه ای است که درجه بالایی از بهزیستی روانی، جسمی و اجتماعی را با خود همراه می آورد این اصطلاح که برگرفته از واژه لاتین Hela می باشد و در بردارنده ی معنی کامل است که بیانگر ابعاد تندرستی، سالم، صحت و آسایش فرد است. (زاهدی اصل، ۱۳۹۳) سلامت روانی ضمن اینکه نشان دهنده عدم وجود نشانگان بیماری روانی در فرد است بیانگر رضایت و عاطفه مثبت در ارتباط با زندگی در معنای کلی است. گوفرند و آگنیو^۲ (۲۰۰۸)، رضایت زناشویی، داشتن مهارت های حل مسئله ی مناسب و سرمایه گذاری در ازدواج و ویژگی های شخصیتی و روانی فرد را از مهم ترین عوامل پیش بینی کننده ی تعهد زناشویی دانسته اند. کیفیت روابط زناشویی چنان با کل شخصیت درآمیخته است که در نظر گرفتن آن به عنوان پدیده ای مستقل از عوامل روانی - اجتماعی غیرممکن است (لی، سان و چائو^۳، ۲۰۰۱). بین سلامت روانی افراد و شخصیت آن ها با روابط خانوادگی، عاشقانه و دوستانه، ارتباط دو سویه وجود دارد (ویتسون و الشیخ^۴، ۲۰۰۳). در واقع ویژگی های روانی و شخصیتی افراد بر میزان رضایت زناشویی آنها و پایبندی به تعهداتشان تأثیر دارد. شیوتا و اونسون^۵ (۲۰۰۷) نیز اعلام کردند که روان آزرده خوبی سطح سازگاری را تحت تأثیر قرار می دهد، چرا که با دامنه ای از هیجانات منفی از قبیل خشم، اضطراب، افسردگی و تنفر ارتباط دارد. افراد سالم از روی آگاهی و بینش ازدواج میکنند و از همهی توان خود برای توان آن بهره می گیرند. در واقع افرادی که از سلامت روانی بهتری برخوردارند، در قبال همسر و خانواده احساس مسئولیت بیشتری دارند و می توانند امیال فردی خود را کنترل کنند و از راهبردهای مؤثر جهت مقابله با تنیدگی ها و مشکلات خانوادگی بهره گیرند. افراد سالم هنگامی که با مشکلات زناشویی روبه رو می شوند به جای پیمان شکنی و رفتارهای ناسالم به مهارت های مناسب حل مسأله روی می آورند. افراد سالم در مقابل مشکلات احساس کفایت بیشتری می کنند (ملازاده، ۱۳۹۱). افراد بهنجار که دارای سلامت روانی مناسب هستند با خود و محیط اطرافشان هماهنگ و سازگار می باشند و از مقتضیات فرهنگی یا دستورات اجتماعی خود پیروی می کنند. در واقع سلامت روان با مهار برانگیختگی و رفتار آنی ارتباط دارد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). همچنین برادبوری، فنیچام و بیچ^۶ (۲۰۰۳) نشان دادند، ارتباط بین بهزیستی و سلامت روانی و رضایت از زندگی و کیفیت زناشویی مثبت و معنادار است. عدم تعهد، معشوقه بازی و بی بندوباری جنسی با کاهش رضایت جنسی، افسردگی، شکاکیت، بالا رفتن امکان جدایی و بی اعتمادی در رابطه مرتبط است (مسترز^۷، ۲۰۰۸؛ تلیگمن و همکاران^۸، ۲۰۰۸). در واقع، افراد با بهزیستی بالا بطور عمده هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت های زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند. عرب زاده (۲۰۱۶) در فراتحلیل عوامل مؤثر بر سلامت روان سالمندان به این نتیجه رسید که رابطه بین بهزیستی و سلامت روان، حمایت لازم را دریافت کرده است. همچنین گاتیس و همکاران^۹ (۲۰۰۴) نیز اظهار داشتند که رضایت زناشویی با جنبه های بیمارگون شخصیت، دارای همبستگی منفی می باشد. در این راستا برخی تحقیقات نیز به نقش سلامت روان در رضایت زناشویی تأکید دارند و رضایت زناشویی را بیشتر ناشی از ویژگی های روانی و شخصیتی زوج ها می دانند (احمدزاده، ۱۳۸۴؛ عباسی و رسول زاده، ۱۳۸۸). هر چند تمامی تحقیقات و گزارش های ارائه شده حاکی از آن است که این ارزشها و فرآیندها موجب می شود تا فرد در زندگی خود بهبود کیفیت را مشاهده کند چیزی که می توان آن را سلامتی و بهزیستی فرد و عامل بهبود دهنده روابط بین فردی شناخت. بنابراین در این پژوهش سعی بر آن شد که به این سوال پاسخ داده شود که آیا سلامت روان قادر است بر بهبود بهزیستی اجتماعی زنان و تعهد زوجین اثرگذار باشد؟

^۱ MentalHealth-^۲ Agnew& Good frie-^۳ Lee, sun& Chao-^۴ El-Sheikh& Whitson-^۵ SHIOTA & Levenson-^۶ Masters -^۷ Tilghman- Osborne et al^۸ Gattis&et

پیشینه پژوهش

نریمانی و صمدی فرد^۱ (۲۰۱۶) در تحقیقی به عنوان ارتباط بین اعتقادات غیر منطقی، ذهن آگاهی و همبستگی شناختی با سلامت اجتماعی افراد سالمند به این نتیجه رسیدند که نیازهای بنیادین روانشناختی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) بر سلامت روانشناختی اثر مستقیم و از طریق بهزیستی شناختی، هیجانی و اجتماعی اثر غیرمستقیم معنادار دارد. همچنین بهزیستی ذهنی (هیجانی، شناختی و اجتماعی) بر سلامت روان شناختی اثر مستقیم و معنادار دارد. همچنین در پژوهشی که توسط اخباراتی و بشردوست^۲ (۲۰۱۶) در بررسی پیش بینی رفاه روانی بر اساس عملکرد خانواده و نیازهای روانشناختی دانشجویان انجام شده نتایج نشان می دهد که بین نیازهای روانشناختی با بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. در تبیین این یافته می توان گفت بر اساس نظریه خودتعیینی، نیاز به شایستگی، نیاز به خودمختاری و نیاز به ارتباط، زیربنای رفتار است و با ابعاد مختلف انگیزش مرتبط می باشد بنابراین برآورده ساختن آنها به تقویت انگیزش منجر می شود. به عبارتی، محیط یا فعالیت هایی که به ارضای نیازهای بنیادی می انجامد، بهزیستی ذهنی (شناختی، هیجانی و اجتماعی) فرد را ارتقا می بخشد در واقع تمایل درونی او به تجربه حس اراده و نیز مالکیت بر رفتارهایش برآورده می شود وقتی نیاز او به ارتباط و تعلق یافتن با دیگران ارضا می شود، در واقع حس صمیمیت و نزدیکی با دیگران در او تقویت می شود و این امر در نهایت منجر به سلامت روان بهتر می گردد.

ریان و همکاران^۳ (۱۹۹۷) و عرب زاده و همکاران^۴ (۲۰۱۶) در تحقیق خود در بررسی رابطه ساختاری نیازهای اساسی روانشناختی و بهزیستی ذهنی با سلامت روان بر روی ۲۴۷ سالمند (۹۵ زن و ۱۵۲ مرد) به روش نمونه گیری در دسترس، نشان دادند که نیازهای اساسی روانشناختی و بهزیستی ذهنی در بهبود سلامت روانشناختی سالمندان از اهمیت بسزایی برخوردارند. تأمین نیازهای روانشناختی آنها سبب تقویت بهزیستی ذهنی و در نهایت منجر به بهبود سلامت روان شناختی آنها می گردد. و در ارتباط با نقش واسطه ای بهزیستی اجتماعی باید گفت که در سالمندان، ارضای نیاز ارتباط و شایستگی قطعاً به بهزیستی اجتماعی منجر می گردد و بطور کلی فشار گروهی و اجتماعی کاهش می یابد و سالمند احساس مثبت تری نسبت به خود خواهد داشت؛ و از سلامت روان بهتری برخوردار خواهد بود.

قره داغی و همکاران^۵ (۱۳۹۴) در پژوهشی به عنوان بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و روانی دانشجویان دانشگاه تهران در نمونه گیری در دسترس ۱۷۸۴ دانشجو به این نتیجه دست یافتند که بین متغیر سلامت اجتماعی و شاخصهای آن (پذیرش، شکوفایی، انسجام، همبستگی و مشارکت اجتماعی) و سلامت روانی دانشجویان روابط معناداری وجود دارد و همچنین از بین زیر مقیاسهای سلامت اجتماعی، بین شاخصهای انسجام و مشارکت اجتماعی با اختلال افسردگی و تمایل به خودکشی رابطه معنادار و همبستگی منفی مشاهده می گردد. به طوری که هرچه میزان سلامت اجتماعی دانشجویان بالاتر باشد این اختلالات در بین دانشجویان کمتر می شود.

در پژوهشی که کیوان آرا و همکاران^۶ (۱۳۹۳) در مقاله ای تحت عنوان بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین ۱۱۹۵۱۲ نفر از شهروندان شهرکرد انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که سرمایه اجتماعی رابطه معنادار با سلامت اجتماعی شهروندان شهرکرد دارد و در بین مولفه های گوناگون سرمایه اجتماعی؛ مشارکت اجتماعی رابطه مستقیم و متوسط و اعتماد اجتماعی رابطه مستقیم و ضعیفی با سلامت روان دارد. در این میان رابطه ای بین تعلق اجتماعی و سلامت روان مشاهده نشد.

بهرامسری و همکاران^۷ (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان و سلامت اجتماعی کتابداران شاغل در کتابخانه های دانشگاهی استان لرستان انجام دادند نتایج پژوهش نشان داد که رابطه مثبت و معنی داری بین مشارکت اجتماعی، روابط خانوادگی و دوستان، اعتماد اجتماعی، روابط همسایگی، انسجام اجتماعی، ایثار نسبت به غریبه ها، حمایت اجتماعی و علاقه فرد به جامعه به عنوان ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت روانی و اجتماعی کتابداران کتابخانه های واحدهای دانشگاهی استان لرستان رابطه معنادار وجود دارد.

^۱ Narimani & Samadifard
^۲ Akhbarati F & Bashardoosts
^۳ - Ryan & Frederick
^۴ Arabzadeh & et-

همچنین در پژوهشی که کریمیان و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان بررسی رابطه ابعاد سلامت روان و احساس گناه و تعهد زناشویی افراد متأهل در یک نهضت سوادآموزی شهر شیراز بر روی ۹۸ نفر بطور تصادفی ساده بدست آوردند. نتایج نشان دادند که هرچه فرد از سلامت روانی بیشتری برخوردار باشد انتظار می رود تعهد زناشویی و وفای به عهد نیز در او بیشتر باشد. بطوری که افراد از سطح سلامت روانی کمتر، از تعهد زناشویی کمتری نیز برخوردارند.

رحیمی نژاد و همکاران (۱۳۹۴) در بررسی رابطه سبک های هویت با بهزیستی روانشناختی، اجتماعی و هیجانی: نقش واسطه ای تعهد و پذیرش هویت دینی بین ۳۲۰ نفر از افراد مورد مطالعه، به این نتایج دست یافتند که تعهد بر بهزیستی روان شناختی، بهزیستی عاطفی و بهزیستی اجتماعی دارای ضریب تأثیر مستقیم و معنادار وجود دارد. بدین معنی که تعهد موجب می شود فرد در شرایط مختلف دارای ثبات رفتار باشد. تعهد موجب ایجاد یک چارچوب مرجع جهت دار و هدفمند می شود؛ چارچوبی که رفتار و باخوردهای آن در درون آن چارچوب بازبینی، ارزیابی و تنظیم یم شود بنابراین، می توان گفت هر چه میزان تعهد در افراد بیشتر باشد، سلامت روانی آنها نیز بیشتر است.

مسترز (۲۰۰۸) در پژوهشی به عنوان بررسی دینامیک اقتصادی، ازدواج، تعهد و طلاق در یک مدل تطبیق با پیری نشان داده است که بین سلامت روانی افراد و شخصیت آن ها با روابط خانوادگی عاشقانه و دوستانه، ارتباط دوسویه وجود دارد و سلامت روانی فرد باعث افزایش رضایت زناشویی، کیفیت زندگی و به تبع تعهد زناشویی می شود.

فرضیه های تحقیق

فرضیه اصلی: سلامت روان بر افزایش تعهد زوجین و بهزیستی اجتماعی زوجین متأهل مؤثر است.

فرضیه های فرعی:

- بین سلامت روان و تعهد زناشویی رابطه معنادار وجود دارد.

- بین همبستگی اجتماعی زوجین و سلامت روان رابطه وجود دارد.

- بین انسجام اجتماعی زوجین و سلامت روان رابطه وجود دارد.

- بین شکوفایی اجتماعی زنان و آموزش مفاهیم واقعیت درمانی رابطه وجود دارد.

- بین مشارکت اجتماعی زوجین و سلامت روان رابطه وجود دارد.

- بین پذیرش اجتماعی زوجین و سلامت روان رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

این پژوهش یک پژوهش توصیفی با طرح همبستگی است جامعه آماری در این پژوهش کلیه زوجین استان مازندران که به واحد مشاوره و مددکاری کلانتری ها مراجعه کرده اند بود. از این جامعه به صورت نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای تعداد ۲۴۰ فرد متأهل (۱۶۲ نفر زن و ۷۸ نفر مرد)، انتخاب شدند. ابتدا از بین مناطق استان مازندران به طور تصادفی دو شهرستان ساری و چالوس انتخاب شد و سپس از بین این مناطق به طور تصادفی ۴ کلانتری (هر شهرستان ۲ کلانتری) انتخاب شدند. بعد از انتخاب کلانتری، پرسشنامه ها به همراه یک برگ که در آن اهداف پژوهش نوشته شده بود و فرم رضایت نامه کتبی توسط مراجعین پر شد. برای تکمیل پرسشنامه ها محدودیت زمانی اعمال نشد.

ابزار گردآوری داده ها ۳ پرسشنامه به این شرح بود: الف - پرسشنامه تعهد زناشویی^(۱) (DSI) این پرسشنامه توسط آدامز و جونز^(۲) (۱۹۹۷) با هدف سنجش تعهد زوجین نسبت به همسر و ازدواج طراحی و در ایران توسط عباسی مولید در سال ۱۳۸۸ هنجاریابی شده است. این

^۱ - Martial Commitment Inventory-
^۲ Adams & Jones

پرسشنامه ۴۴ گویه دارد و بر اساس طیف لیکرت (قویاً مخالفم تا قویاً موافقم) با نمره بندی ۱ تا ۵ تنظیم شده است. نمره بالاتر در این مقیاس به معنای تعهد زناشویی بالاتر است. در پژوهش آدامز و جونز پایایی سوالات پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمده است. در اعتباریابی آزمون توسط شاه سیاه، بهرامی و محبی (۱۳۸۸) روایی محتوا توسط اساتید مشاوره دانشگاه اصفهان تأیید شد و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه از طریق محاسبه ی ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۵ به دست آمد.

ب - پرسشنامه بهزیستی اجتماعی^۱: این پرسشنامه توسط کینز (۱۹۹۸) بر اساس مدل نظری او از سازه بهزیستی اجتماعی، تهیه شده است. این پرسشنامه ۳۳ سوال دارد کینز طی دو مطالعه بر دو نمونه ی ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا، با استفاده از تحلیل عوامل، مدل ۵ بعدی بکار رفته در پرسشنامه ی خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داده است. در این مقیاس ۶ گویه (۱،۱۱،۱۳،۲۰،۲۹،۳۳) مربوط به همبستگی اجتماعی، ۶ گویه (۲،۹،۱۰،۱۲،۱۶،۲۱)، مربوط به انسجام اجتماعی، ۷ گویه (۳،۱۴،۱۹،۲۳،۲۷،۳۱) مربوط به پذیرش اجتماعی، ۶ گویه (۳،۴،۲۴،۲۶،۲۸،۳۲) مربوط به مشارکت اجتماعی و ۶ گویه (۵،۷،۱۵،۱۸،۲۵،۳۰) مربوط به شکوفایی اجتماعی است. در پژوهش حیدری و غنائی (۱۳۸۷)، همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ و ضریب همبستگی به دست آمده، از طریق بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۶ و برای خرده مقیاس های بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۳ بوده که همگی در سطح $p < 0/01$ معنی دار است.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)^۲: فرم ۲۸ ماده ای مقیاس سلامت عمومی یک پرسشنامه روانشناختی است که برای شناسایی اختلالات روانی غیر سایکوتیک تدوین شده است. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر^۳ (۱۹۷۹) تهیه شده است و در صدد یافتن ناراحتی های جدی نظیر اسکیزوفرنی یا افسردگی سایکوتیک نیست. متن پرسشنامه راجع به وضع کسالت و ناراحتی های فرد با تأکید بر مسائل روانشناختی، جسمانی و اجتماعی در زمان حال است. و از این طریق علایم مرضی و حالت های تندرستی فرد ارزیابی می شود. پرسشنامه دارای ۲۸ سوال است که ۴ مقیاس را در بر می گیرد و هر مقیاس دارای ۷ سوال می باشد. مقیاس ها عبارتند از: ۱- علایم جسمانی ۲- اضطراب و اختلال خواب ۳- اختلال در کارکرد اجتماعی ۴- افسردگی شدید. با جمع کردن نمرات این ۴ خرده مقیاس یک نمره کلی سلامت عمومی نیز به دست می آید. نمره گذاری بر اساس سیستم لیکرت ۴ درجه ای است و برای هر سوال ۴ جواب (صفر، یک، دو و سه) وجود دارد. بر این اساس نمره ی هر فرد از صفر تا ۸۴ متغیر است. نمرات بالاتر نشان دهنده اختلال بیشتر در سلامت عمومی فرد می باشند. نتایج مطالعاتی که بر روی دانشجویان ایرانی انجام شد حاکی از روایی و پایایی این پرسشنامه بود. آلفای کرونباخ محاسبه شده برابر ۰/۹۱ و ضریب روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه مشکلات زندگی دانشجویان ۰/۵۸ به دست آمد (جعفری، صدری و فتحی مقدم، ۱۳۸۶).

به منظور تجزیه و تحلیل آماری از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. دربخش آمار استنباطی برای آزمون فرضیه ها همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه محاسبه شد. جهت انجام کلیه عملیات آماری از نرم افزار SPSS ۱۹ استفاده شد.

یافته های پژوهش

تعداد نمونه مورد مطالعه ۲۴۰ فرد متأهل بود. که از این تعداد ۱۶۲ نفر زن و ۷۸ نفر نیز مرد بودند. از این تعداد ۷۸ نفر دارای مدرک زیر دیپلم، ۹۴ نفر دیپلم، ۳۱ نفر فوق دیپلم، ۲۸ نفر لیسانس، و ۹ نفر فوق لیسانس بودند. هم چنین میانگین مدت زمان ازدواجشان در این مطالعه بین بازه های ۳ تا ۱۲ سال بود. میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس های تعهد زناشویی، بهزیستی اجتماعی و سلامت روان و ضریب همبستگی آن ها در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱. میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی خرده مقیاس های تعهد زناشویی و بهزیستی اجتماعی با سلامت روان

متغیرها	زنان			مردان		
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	R	سطح معنی داری	انحراف معیار $\pm$ میانگین	R	سطح معنی داری
تعهد زناشویی	۱۲۶/۱۹ $\pm$ ۷۳/۹۴	۰/۵۴**	۰/۰۰۱	۱۳۶/۱۴ $\pm$ ۸۰/۳۷	۰/۳۹**	۰/۰۰۱
بهزیستی اجتماعی	۱۵/۳ $\pm$ ۶۷/۳۱	۰/۳۶**	۱۰/۰۰	۱۵/۳ $\pm$ ۹۶/۳۲	۰/۴۵**	۰/۰۰۱
همبستگی اجتماعی	۱۲/۳ $\pm$ ۴۱/۸۰	-۰/۴۶**	۰/۰۰۱	۱۲/۲ $\pm$ ۱۰/۵۴	-۰/۳۵**	۰/۰۰۱
پذیرش اجتماعی	۱۵/۳ $\pm$ ۱۲/۱۵	۰/۲۴**	۰/۰۰۳	۱۶/۳ $\pm$ ۷۸/۲۲	۰/۳۳**	۰/۰۰۱
شکوفایی اجتماعی	۱۱/۲ $\pm$ ۶۱/۳۹	-۰/۲۶**	۰/۰۰۲	۱۱/۲ $\pm$ ۸۴/۳۳	-۰/۲۴**	۰/۰۰۱
مشارکت اجتماعی	۱۵/۳ $\pm$ ۹۶/۲۲	۰/۳۶**	۰/۰۰۱	۱۵/۳ $\pm$ ۴۱/۱۷	۰/۳۱**	۰/۰۰۱
انسجام اجتماعی	۱۱/۲ $\pm$ ۸۰/۸۶	-۰/۱۴*	۰/۰۲	۱۱/۲ $\pm$ ۵۴/۵۲	-۰/۱۷**	۰/۰۰۴

برای بررسی رابطه بین تعهد زناشویی ، بهزیستی اجتماعی و خرده مقیاس های آن و سلامت روان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود، بین مقیاس های تعهد زناشویی (مردان: $r=0/39$ ، زنان: $r=0/54$)؛ بهزیستی اجتماعی (مردان: $r=0/36$ ، زنان: $r=0/45$)؛ پذیرش اجتماعی (مردان: $r=0/33$ ، زنان: $r=0/24$)؛ و مشارکت اجتماعی (مردان: $r=0/31$ ، زنان: $r=0/36$) با سلامت روان به صورت مثبت و بین خرده مقیاس های همبستگی اجتماعی (مردان: $r=-0/35$ ، زنان: $r=-0/46$)؛ شکوفایی اجتماعی (مردان: $r=-0/24$ ، زنان: $r=-0/26$) و انسجام اجتماعی (مردان: $r=-0/17$ ، زنان: $r=-0/14$) با سلامت روان به صورت منفی رابطه معنی دار مشاهده می شود ($p<0/01$).

جهت بررسی و تعیین متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت روان، از مدل رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید. در خصوص پیش فرض های رگرسیون خطی قابل ذکر است که برای بررسی نرمال بودن متغیر وابسته از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید که با $p=0/091$ نشان از توزیع نرمال بودن متغیر مستقل است. برای بررسی خود همبستگی (استقلال خطاها) نیز آزمون watson استفاده شد و چون آماره بین ۱/۵ تا ۲/۵ بود ($DW=1/87$). بنابراین نتیجه نشان دهنده عدم خود همبستگی بین خطاها است. در خصوص پیش فرض عدم رخداد پدیده (چند همبستگی) Multicollinearity، با توجه به این که آماره Variance Inflation Factor بین $(1<VIF<3)$ بود، در تحلیل حاضر پدیده مذکور وجود Durbin ندارد.

جدول شماره ۲: تحلیل رگرسیون چندمتغیری سلامت روان به روش همزمان (Entry) برای مردان

متغیر مستقل	متغیرهای وابسته	B	Beta	T	Sig	Tolerance	VIF
سلامت روان	تعهد زناشویی	۰/۱۳۷	۰/۲۳	۳/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱/۱۳
	بهبودی اجتماعی	۰/۳۶	۰/۲۲	۲/۶۳	۰/۰۰۸	۰/۹۴	۱/۰۱
	همبستگی اجتماعی	-۰/۴۵	-۰/۱۵	-۲/۴۵	۰/۰۱	۰/۷۶	۱/۱۸
	پذیرش اجتماعی	۰/۱۶	۰/۲۱	۲/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱/۰۶
	شکوفایی اجتماعی	۰/۱۳	۰/۱۱	۱/۳۵	۰/۰۰۱۷	۰/۹۰	۱/۰۴
	مشارکت اجتماعی	۰/۲۲	۰/۲۱	۳/۱۴	۰/۰۰۲	۰/۹۴	۱/۰۲
	انسجام اجتماعی	۰/۰۲	۰/۰۰۷	۰/۰۱۱	۰/۹۳	۰/۷۸	۱/۱۲
R=۰/۷۵* R²=۰/۵۶ AR=۰/۵۶ F _{reg} =۲۵/۸۲							

*(P<۰/۰۱)

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۲، متغیرهای تعهد زناشویی ($T=\beta_{.93/3}=0/23$)، بهبود اجتماعی ($T=\beta_{.63/2}=0/22$)، پذیرش اجتماعی ($T=\beta_{.39/3}=0/21$) و مشارکت اجتماعی ($T=\beta_{.14/3}=0/21$) به طور مثبت و همبستگی اجتماعی ($T=\beta_{.45/2}=0/-15$) به طور منفی توان پیش بینی سلامت روان را دارند. هم چنین، خرده مقیاس شکوفایی اجتماعی ($T=\beta_{.35/1}=0/11$) و انسجام اجتماعی ($T=\beta_{.011/0}=0/007$)، توان پیش بینی سلامت روان را ندارند. متغیرهای وابسته، مدل پیش بینی معنی داری را پدید آوردند ($F=25/82$, $P=0/001$) و به صورت مشترک ۵۶٪ واریانس سلامت روان را تبیین می کنند. هم چنین قوی ترین پیش بینی کننده سلامت روان در متغیرهای وابسته، تعهد زناشویی بود ($T=\beta_{.93/3}=0/23$).

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری سلامت روان به روش همزمان (Entry) برای زنان

متغیر مستقل	متغیرهای وابسته	B	Beta	T	Sig	Tolerance	VIF
سلامت روان	تعهد زناشویی	۰/۵۳	۰/۲۲	۴/۵۷	۰/۰۰۲	۰/۸۳	۱/۱۶
	بهبودی اجتماعی	۰/۱۹	۰/۳۳	۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۰/۱۲
	همبستگی اجتماعی	۰/۱۵	۰/۰۸	۱/۵۱	۰/۱۳۴	۰/۹۹	۱/۰۲
	پذیرش اجتماعی	-۱/۵۲	-۰/۴۶	-۸/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۱۹
	شکوفایی اجتماعی	۱/۰۷	۰/۲۳	۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱/۰۸
	مشارکت اجتماعی	-۰/۱۵	-۰/۰۹	-۱/۶۵	۰/۱۰	۰/۷۹	۱/۲۵
	انسجام اجتماعی	۰/۰۸	۰/۰۶	۱/۴۱	۰/۱۴	۰/۹۵	۱/۰۴
R=۰/۷۴* R²=۰/۵۷ AR=۰/۵۵ F _{reg} =۴۱/۱۷							

*(P<۰/۰۱)

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۳، متغیرهای وابسته تعهد زناشویی ($T=\beta, 57/4 = 0/22$)، بهزیستی اجتماعی ($T=\beta, 88/5 = 0/19$) و شکوفایی اجتماعی ($T=\beta, 77/4 = 0/23$) به طور مثبت و پذیرش اجتماعی ($T=-\beta, 11/8 = -0/46$) به طور منفی توان پیش بینی سلامت روان را دارند. هم چنین، خرده مقیاس های همبستگی اجتماعی ($T=\beta, 51/1 = 0/08$)، مشارکت اجتماعی ($T=-1/65, \beta = -0/09$) و انسجام اجتماعی ($T=\beta, 41/1 = 0/06$)، توان پیش بینی سلامت روان را ندارند.

متغیرهای وابسته، مدل پیش بینی معنی داری را پدید آوردند ($F=41/17, P=0/001$) و به صورت مشترک $0/55$ واریانس سلامت روان را تبیین می کنند. هم چنین قوی ترین پیش بینی کننده سلامت روان در متغیرهای وابسته، پذیرش اجتماعی است ($T=-\beta, 11/8 = -0/46$).

نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی نقش تعهد زناشویی و بهزیستی اجتماعی بر سلامت روان بود. تحلیل داده های پژوهش بیانگر وجود همبستگی مثبت معنادار بین تعهد زناشویی و سلامت روان بود. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که تعهد زناشویی توان پیش بینی سلامت روان را دارد. طوری که افراد دارای سطح سلامت روانی کمتر، از تعهد زناشویی کمتری نیز برخوردارند. نتایج این بخش پژوهش با نتایج مسترز (۲۰۰۸) و موسکو (۲۰۰۹)، برادبوری، فنیچام و بیج (۲۰۰۳)، ی، سان و چائو (۲۰۰۱) گودفرد و آگنیو (۲۰۰۸) هم خوانی دارد. یافته های پژوهش ان ها نشان می دهد که بین سلامت روانی افراد و شخصیت آنها با روابط خانوادگی عاشقانه و دوستانه، ارتباط دوسویه وجود دارد و سلامت روانی فرد باعث افزایش رضایت زناشویی، کیفیت زندگی و به تبع تعهد زناشویی می شود. شیوتا و اونسون (۲۰۰۷) نیز اعلام کردند که روان آزاده خوبی سطح سازگاری را تحت تأثیر قرار می دهد، چرا که با دامنه ای از هیجانات منفی از قبیل خشم، اضطراب، افسردگی و تنفر ارتباط دارد. افراد سالم از روی آگاهی و بینش ازدواج میکنند و از همپی توان خود برای توان آن بهره می گیرند. در واقع افرادی که از سلامت روانی بهتری برخوردارند، در قبال همسر و خانواده احساس مسئولیت بیشتری دارند و می توانند امیال فردی خود را کنترل کنند و از راهبردهای مؤثر جهت مقابله با تنیدگی ها و مشکلات خانوادگی بهره گیرند. افراد سالم هنگامی که با مشکلات زناشویی روبه رو می شوند به جای پیمان شکنی و رفتارهای ناسالم به مهارت های مناسب حل مسأله روی می آورند. افراد سالم در مقابل مشکلات احساس کفایت بیشتری می کنند (ملازاده، ۱۳۸۱). افراد بهنجار که دارای سلامت روانی مناسب هستند با خود و محیط اطرافشان هماهنگ و سازگار می باشند و از مقتضیات فرهنگی یا دستورات اجتماعی خود پیروی می کنند. در واقع سلامت روان با مهار برانگیختگی و رفتار آنی ارتباط دارد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲).

دیگر یافته تحقیق نیز نشان داد که بین بهزیستی اجتماعی و خرده مقیاس های پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی با سلامت روان ارتباط مثبت و معنادار و بین خرده مقیاس های همبستگی اجتماعی و انسجام اجتماعی با سلامت روان مردان و زنان ارتباط منفی معنادار وجود داشت. هم چنین خرده مقیاس های پذیرش اجتماعی، همبستگی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در مردان و خرده مقیاس های پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در زنان توان پیش بینی سلامت روان را دارند. نتایج تحقیق حاضر با نظریه های کییز (۱۹۹۸)، زاهدی و همکاران (۲۰۱۴)، کایسکا، سپریا و ایرما (۲۰۱۶) و پژوهش های نریمانی و صمدی فرد (۲۰۱۶)، کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۳) و بهرامسری و همکاران (۱۳۹۵) همسو بود. در تبیین این نتایج می توان بیان کرد که، احساس تعلق به گروه و اجتماع و حضور و مشارکت مؤثر در جامعه در قالب تعاملات و ارتباطات اجتماعی، قابلیت های خود را افزایش می دهند و در ضمن بدست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایتها و پذیرش اجتماعی برخوردار می شوند. لذا قدرت کنار آمدن افراد با فشارهای ناشی از فعالیتها و روابط افزایش می یابد و به لحاظ روانی از آرامش و آسایش مطلوبی برخوردار خواهد شد. و ضعف انسجام اجتماعی و میزان مشارکت در اجتماع (میزان فشار، کنترل و هدایت کنندگی اجتماع بر فرد) بر میزان تمایلات خودکشی فرد اثر می گذارد. همچنین افرادی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند (کاهش انسجام اجتماعی و عدم پذیرش اجتماعی) و احساس تنهایی در آنها در سطح بالایی قرار دارد، احتمال اینکه سلامت روانی اش را از دست بدهد و دچار افسردگی شود زیاد است. به عبارت دیگر، بالا بودن سطح بهزیستی و سلامت اجتماعی در زوجین و خانواده ها اثرات فشارهای زندگی را از طریق بالا بردن احساس تعلق آنها به جامعه کاهش داده و انگیزه حضور و مشارکت در ارتباطات و اجتماع و برقراری رابطه مناسب با یکدیگر را افزایش می دهد و بطور کلی فشار گروهی و اجتماعی کاهش می یابد و افراد احساس مثبت تری نسبت به خود خواهد داشت کند افزایش رابطه و مشارکت فرد در خانواده موجب کسب حمایت روانی و اجتماعی از طرف افراد خانواده گشته و در نتیجه احساس سلامت و امنیت روانی در فرد را تقویت می کند و وقتی نیاز او به ارتباط و تعلق یافتن با دیگران ارضا می شود، در واقع حس صمیمیت و نزدیکی با دیگران در او تقویت می شود و این امر در نهایت منجر به سلامت روان بهتر می گردد. افراد دارای سلامت روان بالا، سطح ارتباط بالایی را با شریک زندگی خود برقرار می کنند و پذیرش بالایی را نسبت به همسر خود دارند و خودمختاری و استقلال بیشتری را به همسر خود می دهند. آنها توانایی پذیرش محدودیت های همسرشان را هم دارند و رضایت بیشتری را از رابطه زناشویی شان دارند. بر عکس، افرادی که سلامت روانی پایینی دارند به عنوان همسرانی که در روابط شان منفصل و گسسته هستند توصیف می شوند. وجود قضاوت و انتقاد از خود، احساس انزوا، نشخوار هیجانات منفی در مورد خود، می تواند منجر به غرق شدن در افکار شود که مانع صمیمیت و ارتباط در روابط می شود و با همسر خود کنترل گرانه و مستبدانه برخورد می کند (مسترز، ۲۰۰۸؛ بهرامسری و همکاران، ۱۳۹۵)، به این معنا که پذیرش آنها نسبت به همسرشان کمتر است و یا به آنها اجازه ی انجام کارهای خود را نمی دهند و پرخاش گری بیشتری را به همسر خود نشان می دهند به این دلیل که این افراد، روی هیجان های منفی خود تثبیت می شوند، آنها واکنش بیش از حد در زمان عصبانیت یا در تعارض با همسرشان نشان می دهند (مسترز، ۲۰۰۸).

با توجه به نتایج تحقیق و تبیین های صورت گرفته در بالا می توان بیان کرد که بهزیستی اجتماعی نقش بسزایی در تعهد زناشویی و سلامت روان زوجین دارد. در واقع چنانچه فرد از سلامت روان بهره مند شود انتظار می رود که در زندگی زناشویی به توقعات و نیازهای همسرش توجه کند و به گونه ای همدلانه به همسرش توجه کند که باعث رشد ثبات و کیفیت زندگی زناشویی شود. از طرفی دیگر مسائل در خانواده مانند چگونگی تعامل بین اعضای خانواده، برای رسیدن به عقاید مشترک و نحوه اتخاذ تصمیم توسط اعضای خانواده، بر سازگاری فرزندان در روابط آینده و موقعیت های دیگر، بیرون از محیط خانواده اثرگذار است. وقتی که در خانواده شرایطی وجود دارد که در آن اعضای خانواده تشویق به شرکت آزادانه در تعامل، بحث و تبادل نظر درباره گستره وسیعی از مسائل و مشکلات بدون محدودیت زمانی شوند، کیفیت و به تبع آن تعهد و دوام زندگی زناشویی رشد خواهد کرد. هم چنین بهزیستی اجتماعی خود می تواند نقش تعیین کننده در سلامت روان شناختی افراد و به تبع آن در برقراری و حفظ ارتباط سالم بین زوجین داشته باشد. به طوری که اگر افراد دارای بهزیستی اجتماعی بالایی باشند، می توانند ارتباط سازنده و مفیدی باهم داشته از زندگی زناشویی خود رضایت بیش تری کسب نمایند و توانایی پذیرش تفاوت ها و نقص های همدیگر را داشته و بتوانند در رابطه شان از عواطف و هیجانات مثبت استفاده نموده و به دوام، ثبات و تعهد در زندگی زناشویی شان کمک کند.

پیشنهادهات

- آموزش پذیرش تعهد به زوجین جهت بهبود زندگی و یا جلوگیری از افزایش طلاق، و همچنین آشنا کردن عموم مردم از طریق برنامه های صدا و سیما با مفهوم پذیرش/ تعهد در قالبی عام و قابل درک.
- با توجه به افزایش مشکلات روانی و رواج رسانه های غربی مبنی بر ترغیب در جهت بی وفایی و خیانت زوجین در جامعه ضروری است که در کشور ما سازمان ها، کانون ها و گردهمایی هایی جهت افزایش بهزیستی اجتماعی تأسیس گردد.
- تهیه برنامه های آموزشی در خصوص اصلاح و تغییر ویژگی های شخصیتی که در بهبود روابط بین فردی و اجتماعی و ارتقای بهزیستی اجتماعی توسط مدارس و دانشگاهها
- برگزاری کارگاهها و دوره های آموزشی برای بهبود مهارت ها و تعهد و افزایش بهزیستی اجتماعی
- آموزش مهارت های قبل از ازدواج و سبک های دلبستگی توسط مشاورین

منابع فارسی

- احمدزاده، ابراهیم (۱۳۸۴) بررسی رابطه میان رضایت زناشویی و سلامت روانی در بین دبیران زن و مرد متوسطه شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- اسدی، عدالت، فتح آبادی، جلیل، محمد شریفی، فواد. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین دزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان متأهل. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده دانشگاه کردستان، ۴(۱۱)، ۶۹۲-۶۶۱.
- اسمخانی اکبری نژاد، هادی، اعتمادی، اکبر، نصیرنژاد، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب زنان. مجله مطالعات روان شناختی، ۱۰(۲)، ۷۳-۸۸.
- بهرامسری، مهسا؛ ترکیان تبار، منصور؛ حسومی، طاهره (۱۳۹۵) رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت روان و سلامت اجتماعی کتابداران شاغل در کتابخانه های دانشگاهی استان لرستان، دوره دوم، شماره ۳۰، بهار ۱۳۹۵، ص ۱۴۲-۱۲۶.
- پژوهشی نیا، خدیجه؛ گلستانیان، آزیتا (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی واقعیت درمان براتقاء روابط زناشویی زوجین، مطالعات روانشناسی و علوم تربیت، دوره ۳، شماره ۲، بهار ۱۳۹۶، صص ۱۷۵-۱۸۸.
- حیدری، غلامحسین؛ غنائی، زیبا (۱۳۸۷) "هنجاریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی"، اندیشه و رفتار، ش ۷ (بهار)، ۴۰-۳۱.
- رحیمی نژاد، عباس؛ رحیمی جعفری، محبوبه؛ سلامتی، پیمان (۱۳۹۴) رابطه سبک های پذیرش هویت با بهزیستی روانشناختی، اجتماعی و هیجانی: نقش واسطه ای تعهد و پذیرش هویت دینی، فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۶(۴)، ۹۵-۱۱۲.
- زارعی، سلمان، حسینقلی، فاطمه. (۱۳۹۲). پیش بینی تعهد زناشویی بر پایه عواطف خودآگاه (شرم و گناه) و تمایز یافتگی خود در دانشجویان متأهل. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده دانشگاه کردستان، ۴(۱)، ۱۱۳-۱۳۳.
- زاهدی اصل، محمد (۱۳۹۳) آسیب های اجتماعی از منظر مددکار اجتماعی، انتشارات علامه طباطبایی، تهران.
- سادوک، ویرجینا؛ سادوک، بنیامین (۱۳۸۲) خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی، (ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی)، تهران: نشر ارجمند.
- شاه سیاه، مرضیه؛ بهرامی، فاطمه؛ محبی، سیامک (۱۳۸۸) بررسی رابطه رضایت جنسی و تعهد زناشویی زوجین شهرضا، مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، (پیاپی ۴۳)، ۲۳۸-۲۳۳.
- عباسی، حسین؛ احمدی، سیداحمد؛ فاتحی زاده، مریم و بهرامی، فاطمه (۱۳۹۵). تأثیر واقعیت درمانی گلاس بر تعهد شخصی زوجین، دو فصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غن سازی خانواده، ۲(۱)، ۵۳-۳۹.
- عرب زاده، مهدی؛ پیرساقی، فهیمه، کاویان، جواد؛ امانی، کاظم؛ عبدالله پور، یعقوب (۱۳۹۶) بررسی رابطه ساختاری نیازهای اساسی روانشناختی و بهزیستی ذهنی با سلامت روان در سالمندان، نشریه سالمندشناسی، دوره ۲، شماره ۲، پاییز ۱۳۹۶، ۱-۱۰.
- قره داغی، شکراله؛ پیروی، حمید؛ مردی پیر سلطان، فهیمه (۱۳۹۴) بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و روانی دانشجویان دانشگاه تهران (ورودیهای جدید ۹۳-۹۲)، کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم تربیتی (ICPE2015)، موسسه عالی علوم فناوری خوارزمی، شیراز، ایران، ۲۰ مهرماه ۱۳۹۴.
- قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی؛ حاتمی ورزنه، ابوالفضل؛ اسمعیل، معصومه و فرحبخش، کیومرث (۱۳۹۰)، رابطه ی بین سبک های فرزندپروری، دل بستگی و تعهد زناشویی در زنان متأهل دانشگاه علامه طباطبایی، فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه، ۲(۷)، ۶۰-۳۹.
- کریمیان، نادر؛ کریمی، یوسف؛ بهمنی، بهمن (۱۳۹۰) بررسی رابطه ابعاد سلامت روان و احساس گناه با تعهد زناشویی افراد متأهل، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، سال اول، شماره ۲، پاییز ۱۳۹۰، ۲۵۶-۲۴۳، مقاله پژوهشی اصیل.
- کیوان آراء، محمود؛ حقیقتیان، منصور؛ علی بابایی شهرکی، معصومه (۱۳۹۳) بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین شهروندان شهرکرد، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره بیست و دوم، شماره هفتم، بهمن ۹۳.
- ملازاده، جواد (۱۳۸۱) رابطه بین شخصیت و سبک های مقابله ای با سازگاری زناشویی، پایان نامه دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.

منابع انگلیسی

- Adams, J.M., & Jones. W.H(1997). The conceptualization of marital commitment: An integrative analysis. *Journal of personality and social psychology*, 72(5),1177-1196.
- Arabzadeh M. Meta-analysis of effective factors in mental health of the elderly. *Research in psychological health*,2016;10(2):1-15.
- Akhbarati F & Bashardoosts. Predicting of psychological well-being based on family performance and students basic psychological needs. *Fundamental of mental health*2016;18(special issue):374-9.
- Albert, A.(2012). The Effects of Face book on Egyptian Students' Social Well-being. *Scientific Reports*. Volume 1 • Issue 10.p 2-13.
- Allendorf K, Ghimire DJ. Deter minuets of Marital quality in an arranged Marriage SOCIETY. *Social science Research*. 2013;42:59-70.
- Amato, p. o(2004) Attuning marital interaction and commitment with survey Marriage fam, 23, 53-70.
- Bahramabady. Effectiveness of improving the quality of parent- child relation ships in female adolescents of Mother headed single- parent families. *Clinical Psychology* 2013;5(18):13-24.
- Bradbury, T .N, Finacham ,E.D & Beach, S.R(2003). Research on the nature and deter minants of marital satisfaction. *Journal of marriage and family*, 62(4),64-98.
- Gattis, S., Berns, K., simpson, L., Christensen, A.(2004). Birds of a feather or strange birdsTie among personality dimensions, similarity and marital quality. *J frame psycho*,18, 564-74.
- Good friend, W. ,Agnew, C.R(2008).Sunken costs and desired plans. *Personality and social psychology Bulletin*, 37,1639-1652.
- Goldberg DP ,Hailer. The validity of Two sersions of the GHQ in the who study of meantal illness in general health care. *Psycho med* 1997;27(1):191-70.
- Kaisa, E., Sirpa, H., & Irma ,N.(2016). Is loneliness Associated with malnutrition in older people? *international journal of Gerontology*, 10(1),43-45.
- Keyes, C.L.M(1998).Social well-being. *Social psychology Quarterly*, 41,121-140.
- Jones, W.H.(2004).A Psychometric ex portion of Marital Satisfaction and social Behavior, 56:420-435.
- Larson, J.S(1996).The world Health organizations definition of health: social versus spiritual health. *Social indicators Research*, 38,182-192.
- Lee, T. Y., sun, GH,& Chao, SC(2001). The effect of an in fertility diagnosis on the distress, marital and sexual sati is faction *Humreprod* 2001 aug;16(8), 1762-70.
- Lembert .N.M& Dollahite.D.C(2008). How Religiosity helps couples Daren't .Resolve. and overcome marital conflict. *Family Relations*, 55(4), 439-449.
- Macher, s.(2013). Social interdependence in close relation ships: The actor part marine dependence investment model(API-I m .*European journal of so vial*, 43,84-96.
- Masters,A(2008). Marriage, commitment and divorce in a matching model with differential aging. *Review of Economic Dynamics*, 11,614-628.
- Mohammadi B, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. invest Tigerton into the role of religiosity and its dimen scions in predicting of marital commitment of personnel of state welfare organization commitment of personal of state welfare organization of Nrth Khorasan.*J Religion&. Health*(2014),2(1):15-23.[Person].
- Mosako,J.(2009).Commitment and attachment dimensions.(Doctoral Dissertation). Purdue University.
- Nelson, J.A,Kirk,A.M.,Ane , P,& Serres, S.A.(2011).Religious and spiritual Values an moral commitment in Marriage: Untapped resources in Couples counseling? *Journal of counseling and Values*, 55(3), 228-246.
- Narimani M, Samadifard H R. The relationship between irrational beliefs, mindfulness and cognitive fusion either social health among elderly people in Aldabial *journal of Gerontology* 2016; 1(4):20-28.
- Radzyk, J.(2015).Evaluation of anew social well- Being uestionnaire- Bachelor Thesis psychology. Department of psychology, Health & technology. University of Twenty, Nether Lands.P1-54.
- Ryan R M, Frederick co energy, personality, and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality*.1997;65:529-565.
- Tilghman- Osborne, C., Cole, D. H., et al.(2008) Relation of Guilt, shame, Behavioral and character logical self- Blame To Depressive symptoms in Adolescents over time, Guilford publications.27: 809J742.
- Whitson, S. ,El-Sheikh, M,(2003).Marital conflict and health: processes and protective factors. *Aggression and VIOLENT Behavior*, 8,283-312.
- Sholes- balog, K.E, Hem Phil ,S.A(2016). Development trajectories of adolescent cannabis use and their relationship to young adult social and behavioral adjustment A longitudinal study of Australian youth. *Addictive Behaviors*, 53(2):11-18.

- SHIOTA, m. n, & Levenson, R.W(2007). Birds of a feather don't always fly farthest: similarity in Big fire personality predicts more negative marital satisfaction trajectories in long- term marriages. *psychology and Aging*, 22(4) 666-672.
- Smith, 6.D.& Yang, f(2017).stress, resilience and psychological well- being in Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Education today*, 49,90-95.
- Sweeney SM, Von Hagen LA. Middle school students perceptions of safety: Admixed-methods study. *Jseh Health* 2015;85:688-960.
- Zahedi A M , Pivehvar A .Meta-analysis of studies on social health. *Welfare and social Development planning* 2016,19.111-71.