

پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سلامت روان با میانجیگری سرمایه‌های

روان‌شناختی

هدیه نشاطی^۱، نصیرالدین جاویدی^۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره ششم، شماره بیست و چهارم، زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۳۸-۴۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی پیش‌بینی رضایت زناشویی از طریق سلامت روان با میانجی‌گری سرمایه روان‌شناختی زنان متأهل منطقه ۴ تهران بود. روش پژوهش تحقیق حاضر به لحاظ هدف بنیادی، بر اساس روش توصیفی از نوع همبستگی، و بر اساس نوع داده‌ها کمی بود. جامعه تحقیق حاضر کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره منطقه ۴ تهران بود. با توجه به تعداد کل جامعه و مراجعه به جدول مورگان، ۳۰۰ نفر برآورد شد که این تعداد به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های رضایت زناشویی اولسون، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز استفاده شد. برای تحلیل استنباطی داده‌ها از آزمون‌های همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج تحقیق نشان داد سلامت روان بر رضایت زناشویی اثر مستقیم و معناداری دارد. همچنین سلامت روان بر سرمایه روان‌شناختی اثر مستقیم و معناداری دارد. به علاوه نیز سرمایه روان‌شناختی بر رضایت زناشویی اثر مستقیم و معناداری دارد. در نهایت نیز سلامت روان بر رضایت زناشویی به واسطه‌ی سرمایه روان‌شناختی اثر غیرمستقیم و معناداری دارد.

واژه‌های کلیدی: رضایت زناشویی، سلامت روان، سرمایه روان‌شناختی، زنان متأهل.

مقدمه

خانواده مهم‌ترین واحد اجتماعی هر جامعه است که با بستن پیمان زناشویی بین زن و مرد به وجود می‌آید. یکی از اهداف مهم ازدواج رسیدن به آرامش است و این آرامش در سایه داشتن رابطه‌ای سازگار و صمیمی حاصل می‌شود. ازدواج به‌عنوان مهم‌ترین و اساسی‌ترین رابطه انسان توصیف شده است، زیرا ساختاری اولیه را برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و رضایت از زندگی فراهم می‌سازد (لاونر، کارنی و بردبوری، ۲۰۱۶). ازدواج تعهدی با عشق و مسئولیت برای صلح، شادی و توسعه روابط خانوادگی است و افزون براین، انتخاب یک شریک و ورود به یک زندگی زناشویی، یک نقطه عطف و موفقیت شخصی است. شکی نیست که انتخاب شریک زناشویی یکی از شایان‌ترین تصمیماتی است که در طول زندگی هر فرد پیش می‌آید. مردم به دلایل بسیاری مانند؛ عشق، شادی، همراهی و آرزوی داشتن فرزندان، جاذبه جسمانی و یا گرایش به گریز از یک وضعیت ناشاد و ناخشنودی، ازدواج می‌کنند (روا، ۲۰۱۷). تأثیر رضایت زناشویی بر سلامت و همچنین برعکس تأثیر سلامتی بر رضایت زناشویی مؤثر است. طبق تحقیقات انجام‌شده، مردان متأهل به‌طور عموم از سلامت بالاتری نسبت به مردان مجرد برخوردارند. سلامت مردان متأهل بستگی به رضایت زناشویی ندارد. ازدواج خوب یا بد در سلامت مردان متأهل مؤثر نیست. به‌طور کل سلامت زنان متأهل پایین‌تر از زنان مجرد است. سلامت زنان متأهل بستگی به رضایت زناشویی دارد. ازدواج خوب یا بد در سلامت زنان متأهل مؤثر است (بینگتون، ۱۹۹۷). با توجه به ماهیت پویای رابطه زناشویی و نقش عوامل فردی و بین فردی در آن، آموزش زوجین به‌ویژه آموزش‌های مبتنی بر مدل‌های دارای برآزش برای نارضایتی زناشویی، نظیر رویکرد مبتنی بر روان‌شناسی فردی آدلر می‌تواند در ویرترین پر کالای مداخله‌های آموزشی، حرفی برای گفتن داشته باشد. خشنودی، رضایت و خوشبختی زندگی نیاز به تلاش زوجین دارد (پارکر و همکاران، ۱۹۹۵) دیده‌شده است که زوجین شرکت‌کننده در برنامه انریچ افزایش میزان سازگاری را گزارش دادند (السن و همکاران، ۱۹۸۶). در کشور ما روش‌های زوج‌درمانی و روش‌های پربارسازی زوجین نیاز به بررسی علمی بیشتری دارد. از طرف دیگر روابط زناشویی رضایت‌بخش، سنگ زیربنای، عملکرد خوب خانواده است که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم والدینی را تسهیل می‌کند، روابط فرزندان را با یکدیگر و با والدین بهبود می‌بخشد و باعث رشد شایستگی و توانایی سازگاری و انطباق در بین کودکان می‌شود. ازدواج‌هایی که در آن‌ها توافق حاکم است، ارتباط مادر- کودک و پدر- کودک مثبت است؛ و احتمال بیشتری دارد که پدر و مادر نقش‌های مشابه، شراکت و همکاری متقابل داشته باشند؛ زیرا برای یک زوج سخت است که زن و شوهر خوبی نباشند و بخواهند والدین با کفایتی باشند (احمدی و همکاران، ۱۳۸۴). یکی از جوانب بسیار مهم یک نظام زناشویی، رضایتی است که همسران در ازدواج تجربه می‌کنند (تانی گوچی و همکاران، ۲۰۰۶). ولیکن آمار طلاق که معتبرترین شاخص آشفستگی زناشویی است (هالفورد، ۲۰۰۵) نشانگر آن است که رضایت زناشویی به‌آسانی قابل‌دستیابی نیست (رزن گراندن و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از ترکان و همکاران، ۱۳۸۵). یکی از موضوعاتی که مستقیماً با رضایت زناشویی در ارتباط است سلامت روان است. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) سلامت روانی را به‌عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته، از آن‌ها به نحو موثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است تعریف می‌کند. سلامت روانی در درون مفهوم کلی سلامت جای می‌گیرد و سلامت یعنی توانایی برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی. سلامت روانی مردم از اهمیت

بسیاری برخوردار است و به همین دلیل، امروزه، جوامع مختلف بسیج شده‌اند تا سیاست‌های مربوط به سلامت روانی و پیش‌بینی بیماری‌های روانی را سازمان دهند. این سیاست‌ها که می‌توانند ارزش‌های انسانی و اقتصادی بسیار بالا داشته باشند، ایجاب می‌کند که پیش از هر چیز، نیازهای سلامت روانی و علت‌های اختلال آن شناخته شوند (حاجی کرم، ۱۳۹۵). علاوه بر ویژگی‌های شخصیتی، سلامت روانی نیز یکی دیگر از مواردی است که باعث بروز مشکلاتی در زندگی زناشویی می‌شود. هانسون در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سلامت روانی و سلامت جسمانی هر دو با وضعیت زندگی زناشویی ارتباط دارند. سلامت روانی در مکتب آدلر آن است که فرد سالم روش زندگی خود را با واقع‌بینی کامل، طرح می‌نماید تا به هنگام پیاده شدن منجر به بروز احساس حقارت غیرقابل جبران نگردد. تأکید در مکتب آدلر بر روابط بین فردی موجب تحقیقات گسترده‌ای در عوامل اجتماعی بیماری‌های روانی شده است؛ و همچنین یونگ معتقد است که: برون گرای اندیشه‌ای ایدئال و دارای سلامت فکر است، که بیشتر به امور خارجی و واقعی که قابل احساس و ادراک هستند توجه دارد. به‌طور خلاصه می‌توان گفت، معیار سلامت روانی در مکتب یونگ ضمیمه کردن اندیشه و تفکر به صفات برون‌گرایی است (حسینی، ۱۳۹۹). به اعتقاد فروم، ارضای نیاز وابستگی یا یگانگی با دیگران، برای سلامت روان حیاتی است (خوشدل، ۱۳۹۹؛ به نقل از حسینی، ۱۳۹۸).

از دیگر موضوعاتی که در رضایت زناشویی بسیار اهمیت دارد موضوع سرمایه‌های روان‌شناختی است. سرمایه روان‌شناختی، یک حالت توسعه‌ای مثبت روان‌شناختی است با مشخصه‌هایی از قبیل اعتماد به نفس (خودکارآمدی)، تعهد و انجام تلاش برای انجام کارها، وظایف چالش‌برانگیز، داشتن اسناد مثبت به خویش (خوش‌بینی) درباره موفقیت‌های حال و آینده، پایداری در راه هدف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف (امیدواری) برای دستیابی به موفقیت، پایداری و استواری هنگام بروز سختی‌ها و مشکلات برای حفظ بازیابی خود و حتی فراتر از آن، پیشرفت و ترقی هنگام مواجهه با مشکلات و سختی‌ها (تاب‌آوری یا انعطاف‌پذیری) (فروهر و جمشیدیان، ۱۳۹۲).

بی‌گمان، طلاق (انحلال و قطع رابطه زناشویی) یکی از رویدادهای ناخوشایند زندگی زناشویی است و در زمره غم‌انگیزترین پدیده‌های اجتماعی محسوب می‌شود (خجسته مهر و همکاران، ۲۰۲۰). در سراسر جهان، طلاق برای بزرگسالان و کودکانی که آن را تجربه می‌کنند، مسائل و مشکلات جسمی و روانی جدی به همراه دارد (اسبارا و وایزمن، ۲۰۲۲). طلاق عامل فروپاشی فردی، خانوادگی و اجتماعی را در پی دارد. به عبارتی طلاق یک زخم اجتماعی و یک شوک عاطفی در دوره بزرگسالی محسوب می‌شود (شاهمرادی و همکاران، ۲۰۲۰). فونتنس و ایگلاسیاس (۲۰۱۴)، عدم رضایت زناشویی را یکی از عوامل بی‌ثباتی و پیش‌بینی کننده احتمال طلاق در آینده می‌دانند. رضایت زناشویی، به‌عنوان عنصری که موجبات تداوم زندگی مشترک را فراهم می‌کند، یکی از عوامل مهم در بقای زندگی مشترک و تصمیم‌گیری برای طلاق است (لاونر و همکاران، ۲۰۱۶). بیلال و رسول (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که رضایت زناشویی و رضایت جنسی با سلامت روان رابطه مثبت و معناداری دارند. نتایج حاکی از اهمیت رابطه مثبت و معنادار رضایت زناشویی و جنسی از سلامت روان در زوج‌های متأهل است. یکی از مشکلات عمده‌ای که افراد در فرایند طلاق با آن درگیر می‌شوند، مشکلات روانی و از بین رفتن سلامت روان آنان می‌باشد. مطالعات نشان داده است که افراد در فرایند طلاق هیجان‌های منفی و آشفتگی روانی زیادی را تجربه می‌کنند؛ بنابراین داشتن سلامت روان

می‌تواند افراد را در اتخاذ تصمیمات مناسب‌تر کمک کند (هالد و همکاران، ۲۰۲۳). با توجه به مطالب بیان‌شده سؤال پژوهش حاضر این است که آیا رضایت زناشویی بر اساس سلامت روان با میانجی‌گری سرمایه‌های روان‌شناختی پیش‌بینی می‌شود یا خیر؟ در سال‌های اخیر، پژوهش‌های متعددی به بررسی ارتباط میان سرمایه روان‌شناختی، رضایت زناشویی و سلامت روان در گروه‌های مختلف پرداخته‌اند. سرچمی و همکاران (۱۴۰۲) در مطالعه‌ای با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان دادند که سرمایه روان‌شناختی به‌صورت مستقیم و با واسطه‌گری رضایت زناشویی، تنظیم شناختی هیجان را در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی پیش‌بینی می‌کند. این یافته‌ها بر اهمیت تقویت سرمایه‌های روان‌شناختی و رضایت زناشویی به‌منظور بهبود تنظیم هیجانی تأکید دارند. از سوی دیگر، آبداری تفتی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی بر روی معلمان یزد، نقش سرمایه فرهنگی و روان‌شناختی را در تبیین رضایت زناشویی بررسی کردند و دریافتند که سرمایه روان‌شناختی به‌صورت مثبت و سرمایه فرهنگی با واسطه‌گری سرمایه اجتماعی، رضایت زناشویی را پیش‌بینی می‌کنند. در حوزه سلامت روان، غلامی کنشتی (۱۴۰۱) در مطالعه بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی نشان داد رضایت زناشویی و خودکارآمدی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار سلامت روان عمل می‌کنند. این نتایج با یافته‌های ماجانی و ماجانی (۱۴۰۰) همسوست که در زنان متأهل ساری، رابطه مثبت رضایت زناشویی و ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، سازگاری و پذیرش را با سلامت روان تأیید کردند. همچنین، علیجانی و علیجانی (۱۳۹۹) در مقایسه زنان شاغل و خانه‌دار کازرون، تفاوت معناداری در رضایت زناشویی گزارش کردند و رابطه مستقیم آن با سلامت روان را برجسته ساختند. در سالمندان، ایزدی اونجی و همکاران (۱۳۹۸) تاب‌آوری و سلامت روان را پیش‌بینی‌کننده ۷۸ درصد از واریانس رضایت زناشویی شناسایی کردند، درحالی‌که نصرتی و بستان (۱۳۹۷) در زوجین متقاضی طلاق، سرمایه روان‌شناختی را با جهت‌گیری مذهبی و رضایت زناشویی مرتبط دانستند. شکرگزار و همکاران (۱۳۹۷) نیز کاهش تاب‌آوری و رضایت زناشویی را در زنان دارای همسران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی تأیید کردند. در پژوهش‌های خارجی، وانگ و همکاران (۲۰۲۳) بر نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی در ارتباط بین رضایت از زندگی و علائم افسردگی و اضطراب در دانشجویان پزشکی چین تأکید کردند. آلات و همکاران (۲۰۲۳) نیز در دوره قرنطینه کووید-۱۹، تأثیر سرمایه روان‌شناختی و منبع کنترل درونی بر کاهش پریشانی روانی را از طریق تعادل عاطفی نشان دادند. دیرزایت و همکاران (۲۰۲۲) در بررسی ترجیحات اوقات فراغت، ذهن‌آگاهی و سرمایه روان‌شناختی را به‌عنوان واسطه‌های رضایت از زندگی معرفی کردند. دو و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه خانواده‌ها، ارتباط مثبت رضایت زناشویی مادر با عملکرد خانواده و کاهش افسردگی کودک را با تأکید بر نقش هم‌بینی رسانه‌ای والدین تأیید نمودند. تورلیک و همکاران (۲۰۲۱) در طول همه‌گیری کووید-۱۹، تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر کاهش اضطراب و افسردگی با واسطه‌گری استرس را شناسایی کردند. سیو و همکاران (۲۰۲۱) نیز تأثیر تعدیل‌گر استرس شغلی بر ارتباط سرمایه روان‌شناختی با رضایت خانواده را در کارکنان چینی نشان دادند. مطالعاتی مانند ژیونگ و همکاران (۲۰۲۰) و فینچ و همکاران (۲۰۲۰) بر نقش محافظتی سرمایه روان‌شناختی در کاهش اضطراب و افزایش شکوفایی در نوجوانان و کودکان تأکید کردند، در حالی که سلواراج و بهات (۲۰۱۸) ارتباط قوی این سازه را با سطوح سلامت روان مثبت در دانشجویان هندی تأیید نمودند.

جمع‌بندی این پژوهش‌ها حاکی از آن است که سرمایه روان‌شناختی به‌عنوان یک منبع درونی، نه تنها به‌صورت مستقیم بر تنظیم هیجان، رضایت زناشویی و سلامت روان تأثیر می‌گذارد، بلکه از طریق مکانیسم‌های میانجی مانند تاب‌آوری، تعادل عاطفی و عملکرد خانواده، نقش کلیدی در تعدیل پیامدهای روان‌شناختی ایفا می‌کند. با این حال، تفاوت‌های فرهنگی و زمینه‌ای در نمونه‌های مختلف، لزوم توسعه مداخلات بومی را در حوزه ارتقای سلامت روان و روابط زناشویی پررنگ می‌سازد.

روش پژوهش

تحقیق حاضر به لحاظ هدف بنیادی، بر اساس روش توصیفی از نوع همبستگی، و بر اساس نوع داده‌ها کمی می‌باشد. جامعه تحقیق حاضر کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره منطقه ۴ تهران بود. با توجه به تعداد کل جامعه و مراجعه به جدول مورگان ۳۰۰ نفر برآورد شد که این تعداد به‌صورت در دسترس انتخاب خواهند شد.

ابزار

پرسشنامه رضایت زناشویی: پرسشنامه رضایت زناشویی توسط اولسون تهیه شد. این پرسشنامه دارای ۴۷ سؤال اصلی و ۱۲ قسمت فرعی است که عبارت‌اند از: پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری عقیدتی. پاسخ به سؤالات این ابزار به‌صورت طیف پنج گزینه‌ای لیکرت، کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف است که به هریک از سؤالات از یک تا پنج امتیاز داده می‌شود. در این پرسشنامه تجزیه و تحلیل بر اساس نمرات خام انجام می‌گیرد و نمره بالا نشان‌دهنده رضایت بالاتر است. ضریب آلفای «پرسش‌نامه انریچ» در گزارش اولسون، فورینرو دراکمن (۱۹۸۹)، برای خرده مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی به ترتیب از این قرار است: ۰/۷۲، ۰/۸۵، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۸۱، ۰/۶۱، ۰/۶۳، ۰/۸۷، ۰/۶۹، ۰/۶۳ و ۰/۸۶.

ضریب آلفای خرده مقیاس‌های انریچ در چندین تحقیق متفاوت از ۰/۶۸ (برای نقش‌های مساوات‌طلبی) تا ۰/۸۶ (برای رضایت زناشویی) با میانگین ۰/۷۹ بوده است. اعتبار بازآزمایی پرسش‌نامه در فاصله‌ی ۴ هفته بین ۰/۷۷ (برای فعالیت‌های اوقات فراغت) تا ۰/۹۲ (برای روابط جنسی و تحریف آرمانی) با میانگین ۰/۸۶ بوده است. در کشورما اولین بار سلیمانیان (۱۳۷۳)، همبستگی درونی آزمون رابرای فرم بلند ۰/۹۳ و برای فرم کوتاه ۰/۹۵ محاسبه و گزارش کرده است. میرخشتی (۱۳۷۵)، در پژوهشی با عنوان «بررسی میان رضایت از زندگی زناشویی و سلامت روان» ضریب آلفای کرونباخ که نشان‌دهنده اعتبار و ثبات و همسانی درونی تست است را بر روی ۶۰ نفر از افراد نمونه انجام داده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست‌آمده است که نشان‌دهنده ضریب بالایی است. دریک پژوهش مهدویان (۱۳۷۶)، در کاررویی اعتبار آزمون انریچ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازآزمایی، به فاصله یک هفته (برای مردان ۰/۹۳ و برای زنان ۰/۹۴ و برای مردان و زنان ۰/۹۴)، به دست آوردند. این ضرایب برای خرده مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت

مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه‌ی جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی، جهت‌گیری مذهبی گروه زنان و مردان به ترتیب از این‌قرار است: ۰/۷۲، ۰/۸۵، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۸۱، ۰/۶۳، ۰/۶۹، ۰/۸۷، ۰/۶۹، ۰/۶۲، ۰/۷۳ به‌دست آمده است. در این پژوهش پایایی به‌دست آمده با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بود.

پرسشنامه سلامت روان: پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) تنظیم گردید. این پرسشنامه را می‌توان به‌عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های روانی وجود دارد، تشکیل شده است. بدین ترتیب می‌تواند بیماران روانی را به‌عنوان یک طبقه کلی از آن‌هایی که خود را سالم می‌پندارند، متمایز کند. بنابراین هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در زمینه بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سوالی، ۲۸ سوالی و ۱۲ سوالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است. به نظر فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از روایی و کارایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم ۱۲ سوالی تقریباً به همان میزان فرم gold ۶۰ سوالی است. سوال‌های فرم ۲۸ سوالی سلامت روانی عمومی به بررسی وضعیت روانی فرد در یک‌ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون قرار دارد. این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس: نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بی‌خوابی، نارسانکشن‌وری اجتماعی و افسردگی می‌باشد. نحوه نمره‌گذاری در این پرسشنامه بر اساس لیکرت می‌باشد (۰ تا ۳) خانم دادستان نمرات بین ۱۴ تا ۲۱ را در هر زیر مقیاس، و منبع آزمودنی را در آن عامل نشان می‌دهد. در این پژوهش دانشجویانی که نمره کل آن‌ها یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین (۴۲) باشد از نظر سلامت روانی در سطح بالای متوسط تا سطح مرضی قرار دارد.

پرسشنامه سرمایه‌های روان‌شناختی: برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷) استفاده شد. این پرسشنامه ۲۴ سوالی و شامل چهار خرده مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. سرمایه روان‌شناختی یک حالت روان‌شناختی مثبت و رویکرد واقع‌گرا و انعطاف‌پذیر نسبت به زندگی است که از چهار سازه امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی تشکیل می‌شود و هرکدام از آن‌ها به‌عنوان یک ظرفیت روان‌شناختی مثبت در نظر گرفته می‌شود، دارای مقیاس اندازه‌گیری معتبر است، مبتنی بر نظریه و تحقیق است و قابلیت رشد دارد و به‌طور چشمگیری با پیامدهای عملکردی ارتباط دارد. درواقع، اصطلاح سرمایه روان‌شناختی به مفهوم این‌که "چه کسی هستید (خود واقعی)" و "چه کسی می‌خواهید بشوید (خود ممکن)" اشاره دارد و چیزی ورای سرمایه انسانی چه چیزی می‌دانم " و سرمایه اجتماعی " چه کسانی را می‌شناسم " است. به سخن دیگر، سرمایه روان‌شناختی افراد را به چالش می‌کشد تا در جستجوی این سؤال برآیند که چه کسی هستند و در نتیجه به خودآگاهی بهتر که لازمه دستیابی به هدف‌ها و موفقیت است.

یافته‌ها

در جدول ۱ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

| متغیر | میانگین | انحراف استاندارد |
|--------------------|---------|------------------|
| سلامت روان | ۸۱/۳۸ | ۱۲/۶۶ |
| سرمایه روان‌شناختی | ۷۶/۷۹ | ۱۳/۱۱ |
| رضایت زناشویی | ۱۰۹/۴۴ | ۱۱/۱۲ |

به منظور بررسی پیش فرض‌های مربوط به تحلیل مسیر با توجه به فاصله‌ای بودن اندازه‌گیری متغیرها از روش همبستگی پیرسون برای بررسی پیش فرض رابطه بین متغیرها استفاده شد. بین سلامت روان با سرمایه روان‌شناختی و رضایت زناشویی رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین بین سرمایه روان‌شناختی با رضایت زناشویی رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$).

پیش از اجرای تحلیل آماری به غربالگری داده‌ها پرداخته شد و مقادیر دوره افتاده شناسایی و اصلاح شدند. مقادیر گم شده ۱ نیز با میانگین جایگزین شدند. پس از آن به شناسایی پرت‌های تک متغیره با نمودار جعبه‌ای ۲ پرداخته شد. نتایج به تفکیک متغیرهای مشاهده شده در ادامه ارائه شده است. نمودار جعبه‌ای متغیرهای مورد مطالعه نشان داد که هیچ داده‌ی دورافتاده‌ای در هیچ یک از متغیرها وجود ندارد.

در بررسی نرمال بودن تک متغیره، وضعیت توزیع متغیرهای مشاهده شده موجود در مدل، یعنی مؤلفه‌های متغیرهای اصلی پژوهش، با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

| متغیر | چولگی | کشیدگی |
|--------------------|-------|--------|
| سلامت روان | -۰/۱۱ | ۰/۰۱ |
| سرمایه روان‌شناختی | -۰/۷۷ | ۱/۰۷ |
| رضایت زناشویی | ۰/۲۵ | -۰/۷۰ |

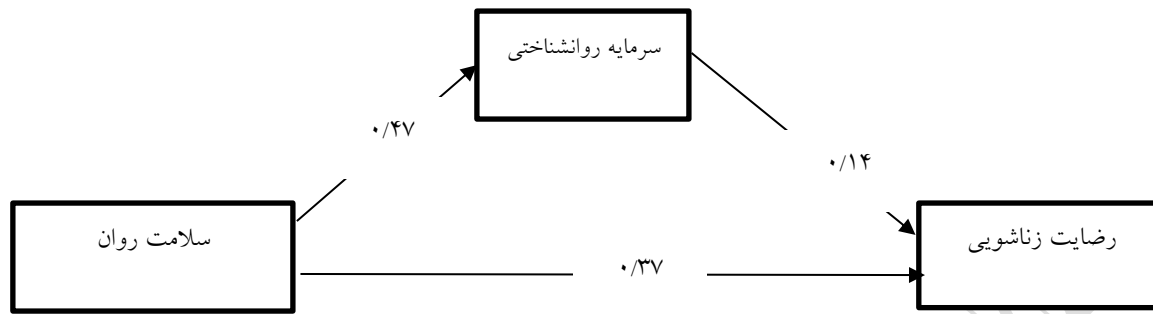
همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میزان چولگی و کشیدگی متغیرهای سلامت روان، سرمایه روان‌شناختی و رضایت زناشویی بین +۱ و -۱ است و این نشان می‌دهد که تمام متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند.

یکی دیگر از پیش فرض‌های اجرای مدل پژوهش وجود رابطه خطی بین متغیرهای تحقیق می‌باشد که این موضوع با استفاده از نمودار پراکندگی داده‌ها نشان داد که روابط خطی است. با توجه به رعایت تمام پیش فرض‌های تحلیل مسیر، برای آزمون فرضیه پژوهش از روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار پراسس مکرو استفاده می‌شود.

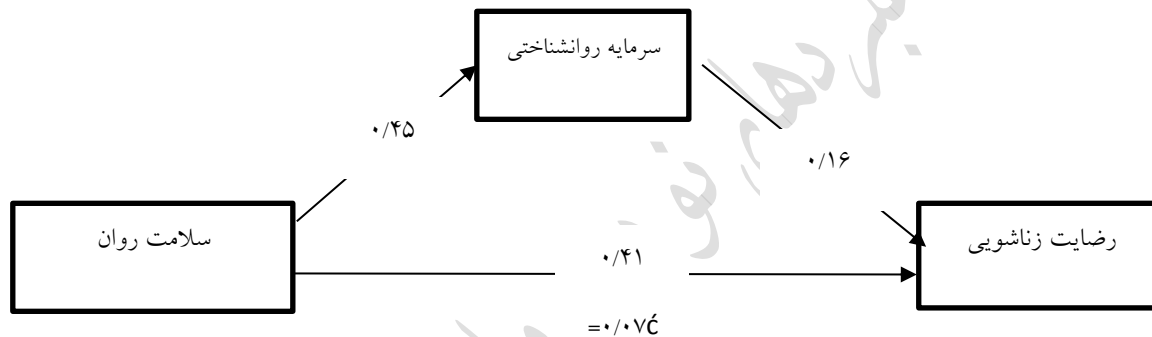
به منظور بررسی نقش میانجیگرایانه سرمایه روان‌شناختی در رابطه بین سلامت روان با رضایت زناشویی زنان متأهل منطقه ۴ تهران، از روش تحلیل مسیر استفاده گردید. نمودار ۱ و ۲ و همچنین جدول ۳ اثرات مستقیم و غیرمستقیم مدل برازش شده تحقیق حاضر را نشان داده است.

¹ . Missing Values

² . Box Plot



نمودار ۳) مدل پرازش شده تحلیل مسیر با ضرایب غیراستاندارد



نمودار ۲) مدل پرازش شده تحلیل مسیر با ضرایب استاندارد

جدول ۳. اثرات مستقیم و غیرمستقیم مدل پرازش شده

| اثرات | اثر کل | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم |
|--|---------|------------|---------------|
| اثر سلامت روان بر رضایت زناشویی | ۰/۴۳*** | ۰/۴۱*** | - |
| اثر سلامت روان بر سرمایه روانشناختی | ۰/۴۹** | ۰/۲۵** | - |
| اثر سرمایه روانشناختی بر رضایت زناشویی | ۰/۳۰*** | ۰/۱۶** | - |
| اثر سلامت روان بر رضایت زناشویی به واسطه سرمایه روانشناختی | - | - | ۰/۰۷۳*** |

*** در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. ** در سطح ۰/۰۱ معنادار است. * در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

همان‌طور که جدول ۳ و نمودارهای ۱ و ۲ نشان داده شده است، سلامت روان بر رضایت زناشویی اثر مستقیم و معناداری دارد $(b=0.37, t=7.49, p<0.001)$. همچنین سلامت روان بر سرمایه روانشناختی اثر مستقیم و معناداری دارد $(b=0.47, t=2.88, p=0.004)$. به علاوه نیز سرمایه روانشناختی بر رضایت زناشویی اثر مستقیم و معناداری دارد $(b=0.16, t=2.99, p<0.05)$. در نهایت نیز سلامت روان بر رضایت زناشویی به واسطه سرمایه روانشناختی اثر غیرمستقیم و معناداری دارد $(b=0.07, t=2.99, p<0.05)$.

با توجه به معناداری اثر مستقیم متغیر پیش‌بین سلامت روان بر رضایت زناشویی (X بر Y) اثر میانجی به صورت جزئی است. با این حال، فرضیه اصلی تحقیق تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق نشان داده شده است، سلامت روان بر رضایت زناشویی اثر مستقیم و معناداری دارد همچنین سلامت روان بر سرمایه روان‌شناختی اثر مستقیم و معناداری دارد به علاوه نیز سرمایه روان‌شناختی بر رضایت زناشویی اثر مستقیم و معناداری دارد در نهایت نیز سلامت روان بر رضایت زناشویی به واسطه‌ی سرمایه روان‌شناختی اثر غیرمستقیم و معناداری دارد و فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌شود. این نتایج با نتایج علی جانی و همکاران (۱۳۹۹)، سلامت و همکاران (۱۳۹۹)، پناهی و همکاران (۱۳۹۷)، علی نژاد و همکاران (۱۳۹۶)، رفاق و همکاران (۲۰۲۰)، واینر (۲۰۱۹)، گاتر (۲۰۱۸) و جاناناتان و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین بیان داشت که افراد با سرمایه روان‌شناختی بالا از وجود استرس در زندگی‌شان اجتناب نمی‌کنند در عوض شرایط استرس آمیز را به عنوان فرصتی برای رشد و بالندگی‌شان در نظر می‌گیرند. به این معنی افرادی که خودکارآمدی بیشتری برای رسیدن به هدف در خود احساس می‌کنند، با امید بیشتری برای رسیدن به هدف برنامه‌ریزی کرده و با خوش بینی بیشتری در مقابل موانع و ناکامی‌ها تاب می‌آورند. هر چه سرمایه روانی فرد بیشتر باشد می‌تواند موقعیت‌های سخت را به عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت‌های سخت بتواند به راه حل‌های جایگزین فکر کند و در نتیجه ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبود از استرس و دشواری‌های زندگی بالاتر است و سلامت روانی بالاتری نیز خواهد داشت و رضایت از زندگی بیشتری دارند (فرامنی و تقی زاده، ۲۰۱۴). افرادی که سرمایه روان‌شناختی بالایی دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که سرمایه روان‌شناختی بالایی ندارند، از نظر روان‌شناختی سلامت روانی بیشتری دارند. ویژگی و نیمرخ شخصیت افراد با سرمایه روان‌شناختی بالا به گونه‌ای است که واقعیت را می‌پذیرند، باور عمیق دارند که زندگی بامعنی است و توانایی بهبود و سازگاری معنی‌دار با تغییرات زندگی را دارند می‌توانند در راه خود شکوفایی مسیر خود را ادامه بدهند و این خصایص می‌تواند به سلامت روانی آن‌ها کمک کند. افرادی که از سلامت روانی برخوردارند در مقایسه با افراد فاقد این خصیصه، رویدادهای منفی را به صورت انعطاف‌پذیرتر و واقع‌بینانه‌تر در نظر می‌گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می‌دانند و از زندگی زناشویی خود لذت می‌برند.

درواقع سرمایه‌های روان‌شناختی به دلیل اینکه ظرفیت سازگاری روانی را بالا می‌برد زنان متأهل می‌توانند با استفاده از این توانایی به حل تعارضات خود به شیوه‌های مسالمت‌آمیز پردازند و میزان رضایت بیشتری را در زندگی خود احساس کنند. از طرفی دیگر زنان با استفاده از توانایی خوش بینی و خودکارآمدی، توانایی اداره مطلوب خلق و خوی خود، وضع روانی و کنترل تکانه‌ها را دارند و می‌توانند به شیوه‌های صحیح به بیان احساسات خود به همسر خود پردازند. در همین راستا می‌توان گفت زمانی که سرمایه‌های روان‌شناختی مطلوبی را تجربه می‌کنند، به دلیل افزایش میزان امید و تاب‌آوری از میزان رضایت زناشویی بیشتری برخوردار هستند و این ویژگی‌ها را هدیه از جانب خدا برای خود تلقی می‌کنند و همه تلاش خود را می‌کنند تا از این همه نعمت به درستی استفاده نمایند. از طرفی زنانی که سلامت روان بیشتری دارند و از اختلالات روانی تا حدود زیادی به دور هستند و قادر به کنترل عوامل

اضطراب را و تفکرات منفی هستند دارای سلامت روان هستند و به همین میزان از میزان رضایت بیشتری از زندگی زناشویی برخوردارند. این پژوهش دارای محدودیت‌هایی مانند استفاده از روش‌های خود گزارشی که ممکن است منجر به سوگیری در پاسخ‌ها شود و تعمیم‌پذیری محدود به دلیل نمونه‌گیری از گروه خاصی است. برای تحقیقات آینده پیشنهاد می‌شود که عوامل فرهنگی و جمعیتی موردبررسی قرار گرفته و از روش‌های طولی و متنوع‌تری مانند مصاحبه و مشاهده مستقیم استفاده شود. یافته‌های پژوهش می‌توانند در مشاوره، روان‌درمانی، و برنامه‌های آموزشی مفید باشند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از تمامی افرادی که در جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه‌ها شرکت کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. همچنین از حمایت‌های گروه مشاوره خانواده دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب تهران تشکر می‌کنیم. قدردانی ویژه‌ای از کارکنان دانشگاه برای کمک در مراحل جمع‌آوری داده‌ها داریم.

ملاحظات اخلاقی

تمامی مراحل این پژوهش بر اساس استانداردهای اخلاقی کمیته پژوهشی دانشگاه و بر اساس اصول اعلامیه هلسینکی ۱۹۶۴ و اصلاحات بعدی آن انجام شده است. مشارکت‌کنندگان با آگاهی کامل از اهداف پژوهش و حفظ محرمانگی اطلاعات، در این مطالعه شرکت کردند و رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها اخذ شد.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان سهم برابر و فعالی در طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله داشتند. مسئولیت نویسنده مسئول برای هماهنگی بین نویسندگان و مراحل انتشار مقاله به وضوح تعیین شده بود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافع در رابطه با این پژوهش وجود ندارد و حمایت مالی یا تأثیرات جانبی خارجی بر نتایج پژوهش تأثیری نداشته است.

منابع

- Bilal, A., & Rasool, S. (2020). Marital satisfaction and satisfaction with life: Mediating role of sexual satisfaction in married women. *Journal of Psychosexual Health*, 2(1), 77-86.
- Feng, X., and Xiao, J. (2014). A study on the regional difference of women's gender role. *Hum. I.T.* 11, 107-116. doi: 10.15895/j.cnki.rwzz.2014.11.014
- Fernández-Gutiérrez, M., Bas-Sarmiento, P., Albar-Marín, M.J., Paloma-Castro, O., Romero-Sánchez, J.M., (2018). Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. *Int. Nurs. Rev.* 65, 54-64.
- Hailemichael, Y., Hailemariam, D., Tirfessa, K., Docrat, S., Alem, A., Medhin, G., et al. (2019). Catastrophic out-of-pocket payments for households of people with severe mental disorder: a comparative study in rural Ethiopia. *Int J Ment Health Syst*, 13(39). doi: 10.1186/s13033-019-0294-7.

- Hald, G. M., Wimmelmann, C. L., Øverup, C. S., Cipric, A., Sander, S., & Strizzi, J. M. (2023). Mental health trajectories after juridical divorce: Does personality matter?. *Journal of Personality*, 91(2), 426- 440
- Heaton, V.R.A.C.B. (1997). Religious influence on marital stability. *J. Sci. Study Relig*, 36, 382.
- Ingram, RE., Luxton, DD. (2005). Vulnerability-stress models. In: Hankin BL, Abela JRZ (editors) *Development of psychopathology: a vulnerabilitystress perspective*. Thousand Oaks: Sage Publications. doi:10.4135/9781452231655.n2.
- Jamshidian, A., Forohar, M. and Mohammadi, N. (2013). The use of psychological capital in improving police activities. *Police Organizational Development Quarterly*, 51(4), 116-93
- Khojaste mehr, R., Bahmaei, A., Sodani, M., Abbaspour, Z. (2020). The explanation of divorce formation process: A qualitative research. *Psychological Achievements*, 27(1), 23-46.
- Lavner, JA., Karney, B.R., Bradbury, TN. (2016). Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication? *Journal of Marriage and Family*, 78(3), 680-694.
- Rosen-Grandon, J. R., Myers, J. E., & Hattie, J. A. (2004). The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. *Journal of counseling & Development*, 82(1), 58-68.
- Saxbe, D., Rossin-Slater, M., and Goldenberg, D. (2018). The transition to parenthood as a critical window for adult health. *Am. Psychol.* 73, 1190–1200. doi: 10.1037/amp0000376.
- Sbarra, DA., Whisman, M.A. (2022). Divorce, health, and socioeconomic status: An agenda for psychological science. *Current opinion in psychology*, 43, 75-78. .
- Shahmoradi, H., Sadeghi, M., Goodarzi, K., Roozbehani, M. (2020). Effectiveness of integrated Gottman-Emotional Focused and Strategic- Solution Focused approaches on decreasing the desire for divorce. *Journal of Family Psychology*, 6(2), 71-86.
- Williamson, H. C., and Lavner, J. A. (2020). Trajectories of marital satisfaction in diverse newlywed couples. *Soc. Psychol. Personali. Sci.* 11, 597–604. doi: 10.1177/1948550619865056.