

رابطه بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی مردان معتاد

آسیه کشاورز¹، سید امیر نظری²

تاریخ دریافت: 1396/03/25
تاریخ پذیرش: 1396/05/13

از صفحه 93 تا 128

فصلنامه علمی - تخصصی دانش انتظامی کهگیلویه و بویر احمد
سال دهم، شماره دوم (پیاپی 27)، تابستان 1396

چکیده

مقاله حاضر با هدف بررسی رابطه بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی مردان معتاد انجام شد. روش پژوهش توصیفی و از نوع هم‌بستگی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مردان واقع در کمپ‌های ترک اعتیاد شهر دهدشت تشکیل دادند و نمونه آماری 200 نفر از افراد جامعه بودند که به روش نمونه‌گیری سرشماری انتخاب شدند و به وسیله پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی گلدنبرگ 1979، پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کییز 1998 و پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ 1989 مورد ارزیابی قرار گرفتند. آزمون فرضیه‌ها در سطح آمار توصیفی و استنباطی و آزمون فرضیه‌ها به کمک ضریب هم‌بستگی پیرسون و ضریب رگرسیون چندمتغیری انجام شد. نتایج نشان داد 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. 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 می‌باشد 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. هم‌چنین مؤلفه پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش‌بینی رضایت زناشویی است.

کلید واژه‌ها

سلامت روان، سلامت اجتماعی، رضایت زناشویی.

1- کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی Keshavarz.a21@yahoo.com

2- کارشناس آسیب‌شناسی دفتر تحقیقات کاربردی فرماندهی انتظامی استان ک و ب. anazary54@yahoo.com

مقدمه

از جمله مشکلات جوامع بشری به‌ویژه هنگامی که افراد آن به علت عدم وجود عدالت اجتماعی، ضعف اصول اخلاقی، فقر و فساد، از هم پاشیدگی‌های کانون خانوادگی و امثال هم درگیر مشکلات عدیده اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، جسمانی و روانی می‌باشند، مسئله اعتیاد یا به بیان صحیح‌تر آن، بیماری اعتیاد بوده و هست. این بیماری گسترش جهانی داشته و امروزه بخش بزرگی از مبتلایان به این بیماری را جوانان تشکیل می‌دهند که در بروز آن جریان‌ات جاری و حاکم بر محیط خانواده به‌ویژه روابط عاطفی میان زن و شوهر و فرزندان آنان نقش به‌سزایی دارد. بدیهی است که محیط‌های خانوادگی ناسالم و بیمار و فقدان احساس رضایت‌مندی بین زن و شوهر، افزایش آسیب‌پذیری آنان را بر برابر این بیماری باعث می‌شود (حلم سرشت و دل پیشه، 1379).

آنچه در یک ازدواج موفق و سالم مهم است، رضایت‌مندی زناشویی می‌باشد. رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع، احساس خوشبختی، رضایت از ازدواج و رضایت از همدیگر دارند. این متغیر به‌صورت طیفی از رضایت‌مندی زیاد تا نارضایتی زیاد تصور می‌شود. طبق پژوهش‌هایی که در حیطه ازدواج و روابط زناشویی انجام شده است متغیرهای مختلفی با روند رضایت زناشویی در طول زمان رابطه دارند. این متغیرها می‌توانند پیش‌بینی‌کننده شانس حفظ رضایت رابطه زناشویی در طول زمان یا رفتن به طرف آشفستگی زناشویی و طلاق باشند (هالفورد¹، 2005؛ نقل از شاهی و همکاران، 1390).

با توجه به گسترش روزافزون اعتیاد بین جوانان کشور و تأثیر آن در زندگی خانواده‌ها، پژوهش حاضر قصد دارد به بررسی رابطه بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی مردان معتاد بپردازد.

بیان مسئله

پدیده سوء مصرف مواد مخدر در کنار سه بحران جمعیتی و فقر، بحران هسته‌ای و بحران زیست‌محیطی قرار دارد. در حال حاضر 15 میلیارد نفر در جهان نسبت به مصرف



رسمی و غیر رسمی مواد مخدر احساس نگرانی دارند. طبق آمار اکثریت معتادان به مواد مخدر را مردان تشکیل می‌دهند و در نقش پدر یا همسر معتاد تهدیدی جدی بر حیات فردی و خانوادگی زنان و آسیبی عمیق بر کیان خانواده محسوب می‌شوند (عابدی، 1392).

رضایت زناشویی¹ یکی از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر عملکرد خانواده، می‌باشد. رضایت زناشویی، یعنی انطباق بین انتظاراتی که فرد از زندگی زناشویی دارد و آنچه در زندگی خود تجربه می‌کند. برخی از صاحب‌نظران در تعریف رضایت زناشویی، آن را تابع مراحل چرخه زندگی می‌دانند (الیس²، 1996، به نقل از بیرامی و همکاران، 1391).

تأثیری که اعتیاد در وضعیت روحی، روانی و روابط خانوادگی بر جای می‌گذارد غیر قابل انکار است. این بیماری سازگاری روانی، سلامت روان³ شخص و سلامت اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بهداشت روان یعنی داشتن احساس آرامش و امنیت درون و به دور بودن از اضطراب، افسردگی و تعارض‌های مزمن روانی. از منظر دیگر سلامت روانی یعنی بهره‌مندی از سلامت و اندیشه تفکر (کارآمد، 1390).

سلامت روان قوانین مربوط به سلامت عاطفی را در بر می‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که فرد بتواند مشکلات را به آرامی پشت‌سر گذارد. به شرط آن‌که بداند چگونه از فشارهای روانی و نگرانی پیش‌گیری کند. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی بهداشت روانی را سلامت فکر و روان تفسیر کرده‌اند و می‌گویند سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب (اصفهانی، 1381، به نقل از بنی‌هاشمی، 1389).

مشکلات سلامت روانی که نشانگر ناتوانی فرد در کنار آمدن با مسائل پیرامون خود است می‌تواند ناشی از بروز واکنش‌های سازش نایافته در هر یک از چهار قلمرو گسترده کنش‌وری انسان یعنی رفتار اجتماعی، رفتار هیجانی، موضوع‌های مرتبط با سلامتی و شغل باشند (بختیارپور، 1380).

1 - marital satisfaction

2 -Ellis

3- mental heaith

پژوهش‌های مختلف رابطه بین سلامت روان و رضایت زناشویی را تأیید کرده‌اند. از جمله این پژوهش‌ها شیرازی (1394)، نشان داد از لحاظ عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در دو گروه همسران معتادان و همسران عادی تفاوت معنادار وجود دارد و همسران معتادان نسبت به همسران عادی از سلامت روان کمتری برخوردارند.

اهمیت و ضرورت پژوهش

اعتیاد یا وابستگی به مصرف مواد مخدر یک اختلال مزمن و بازگشت‌کننده است که دارای تأثیرات عمیق اجتماعی، روان‌شناختی، جسمی و اقتصادی است و علاوه بر تخریب شخصی، هزینه‌های سنگینی را بر افراد، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. در ایران، سوء مصرف مواد مهم‌ترین و گسترده‌ترین نگرانی و خطر قابل پیش‌گیری بهداشتی شناخته شده است. اعتیاد به مواد ممکن است با فقدان کنترل اجرایی بر عادت‌های مشوق ناسازگار همراه باشد. سوء مصرف مواد و وابستگی مواد، از معضلات و نگرانی‌های عمده جهان امروز است. از آنجایی که سوء مصرف مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران‌کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد به‌عنوان اختلالات مزمن و عودکننده با تأثیرات و پیش‌آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی میزان اعتیاد در ایران 4/2 درصد است و مصرف بی‌رویه و روزافزون مواد مخدر در ایران به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین مشکلات قرن حاضر در کشور تلقی می‌شود و زیان‌های ناشی از آن در ابعاد فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی بیشتر سنگین است. در بررسی تاریخ بشری شاید کمتر کشوری را بتوان یافت که با مسائل مربوط به مواد مخدر دست به‌گریبان نبوده و شاید بتوان گفت مواد مخدر هم‌زاد با بشر در این جهان یافت شده است و تا زمانی که انسان در این عرصه وجود دارد آن نیز پابرجا است (کارآمد، 1390).

اهداف پژوهش

هدف اصلی

تبیین رابطه بین سلامت روانی با سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی مردان معتاد.



اهداف فرعی

- 1- پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سلامت روان در مردان معتاد؛
- 2- پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سلامت اجتماعی در مردان معتاد؛
- 3- پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سلامت روانی و سلامت اجتماعی در مردان معتاد.

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی

بین سلامت روانی با سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی مردان معتاد رابطه معناداری وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

- 1- مؤلفه‌های سلامت روان پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی در مردان معتاد می‌باشد.
- 2- مؤلفه‌های سلامت اجتماعی پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می‌باشد.
- 3- سلامت روان و سلامت اجتماعی پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی در مردان معتاد می‌باشد.

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

تعریف نظری

سلامت روان

سلامت روانی حالت خاصی از روان است که سبب بهبود رشد و تکامل شخصیت انسان می‌شود و به فکر کمک می‌کند که با خود و دیگران سازگاری داشته باشد و به‌طور کلی بهداشت روانی عبارت است از علم پیش‌گیری از بیماری‌های روانی در ارتقای

سطوح سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی. طبق تعریف سازمان بهداشت و انسان در آمریکا سلامت روان عبارت است از حالتی از عملکرد موفق فرایندهای ذهنی شامل فعالیت‌های کارآمد، توانایی سازگاری با تغییرات و منطبق شدن با شرایط نامطلوب (سام آرام، 1391)

سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست. طبق این تعریف شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارتند از: انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی. منظور از انسجام اجتماعی یعنی ارزیابی کیفیت روابط فرد در جامعه و گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد است. پذیرش اجتماعی یعنی دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران و شکوفایی اجتماعی به ارزیابی توانمندی‌های بالقوه اجتماع به صورت کلی بر می‌گردد. مشارکت اجتماعی، باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و انطباق اجتماعی یعنی درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی (کییز، 1998).

رضایت از زندگی

یکی از بهترین تعاریف رضایت زناشویی توسط هاکینز انجام گرفته است؛ وی رضایت زناشویی را چنین تعریف کرده است: احساسات عینی خشنودی رضایت و لذت تجربه شدن توسط زن و شوهر موقعی که همه جنبه‌های ازدواجشان را در نظر می‌گیرند (بیر¹ و همکاران، 2006).

معتاد

شخصی است که در نتیجه استفاده مکرر و مداوم دارو در بدن وی حالت متناوب اکتسابی ایجاد شده، طوری که استعمال مکرر آن موجب کاسته شدن تدریجی اثرات آن می‌شود و در صورت قطع دارو اختلالات فیزیکی و روانی مرسوم به سندرم محرومیت مواد حاصل می‌شود (حیدری، 1390).



تعاریف عملیاتی

سلامت روان

نمره‌ای است که آزمودنی از پرسش‌نامه 28 سؤالی گلدنبرگ (1979) اخذ می‌کند.

سلامت اجتماعی

نمره‌ای است که هر یک از آزمودنی‌ها از مقیاس سلامت اجتماعی گیبز 1998 به‌دست می‌آورند.

رضایت زناشویی

نمره‌ای که آزمودنی از پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ¹ که توسط السن و فوور در سال 1989 ساخته شده است، به‌دست می‌آورد.

پیشینه پژوهش

پیشینه خارجی

- میرز و دینر² (1995) نشان دادند که رضایت از زندگی زناشویی با سلامت روانی بالا هم‌بسته است. هر چه میزان رضایت زناشویی بالاتر باشد، فرد مستعد، تجربه عواطف و احساسات مثبت است
- گئورینگ، لین، کمپل، بویل و آفرد³ (1996) در پژوهش خود نشان دادند بین سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی زنان هم‌بستگی معنادار وجود ندارد.
- ویشمن⁴ (2001) در پژوهشی به بررسی رابطه آسیب روان‌شناختی و رضایت زناشویی زنان پرداخت. نتایج نشان داد بین سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی زنان هم‌بستگی معنادار وجود ندارد.

1- ENRICH: Evaluation & Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness

2- Mayers & Diener

3- Goering, Lin, Campbell, Boyle, Offord

4- Whisman

- چامبلس، فورباخ، فلوید، ویلسون، رمن و رنبرگ¹ (2002) در پژوهش خود به مطالعه رضایت زناشویی زنان پرداختند. نتایج نشان داد بین آسیب‌شناختی روانی و رضایت زناشویی رابطه منفی و معنادار وجود دارد.
- باتز، لرسون، مارکیس، بوون (2002) در پژوهشی نشان دادند که بهزیستی معنوی و تکالیف معنوی، سلامت روانی افراد را در حوزه‌هایی نظیر احساس افسردگی، طول مدت بستری افراد در مراکز درمانی، رضایت از زندگی و سوء مصرف مواد تحت تأثیر قرار داده و موجب افزایش سلامت روانی و رضایت از زندگی می‌شود
- مالتبی² و همکاران (2004) دریافتند افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند و عدم رضایت از زندگی زناشویی با وضعیت سلامتی ضعیفتر، علایم افسردگی، مشکلات شخصیتی هم‌بسته است.
- یافته‌های مورداک و گور (2004)، نشان می‌دهد که افراد با مشکلات تمایز یافتگی از رضایت زناشویی پایین‌تری برخوردار هستند و دچار نقص در مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض می‌باشند.
- کوردوا، کایی، وارن³ (2005) در پژوهشی با عنوان « توانایی تشخیص و ابراز هیجان‌ها، صمیمیت و رضایت زناشویی » دریافتند: توانایی تشخیص و توانایی ابراز هیجان‌ها با سازگاری زناشویی خود و همسر مرتبط می‌باشد، به‌علاوه رابطه میان مهارت‌های هیجانی و رضایت زناشویی توسط صمیمیت تعدیل شد
- کورنلیوس و آلسی (2010) در پژوهشی نیمه‌آزمایشی با موضوع اثربخشی آموزش خانواده بر بهبود رضایت زناشویی نشان دادند آموزش خانواده‌ها موجب بهبود در رضایت زناشویی شده می‌شود. آن‌ها نتایج آزمایش خود را بر روی 30 نفر گروه آزمایش و گواه به‌دست آوردند که این آموزش‌ها علاوه بر رضایت زناشویی باعث معناداری در ارتباطات بین فردی شده است.

1 - Chambless, Fauerbach, Floyd, Wilson, Remen, Renneberg

2 -Maltby

3- Cordova, Gae & Warren



- در پژوهشی که ویلت¹ و همکاران (2010) انجام داده‌اند به این نتیجه رسیدند که برخی از صفات شخصیتی، سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند؛ زیرا شکل بسیاری از صفات، نگرش‌ها و رفتارها چهار بعد سلامت اجتماعی کییز را پیش‌بینی می‌کند.
- هورنای، ویلیامز، فورمان، ویمر (2012) در پژوهشی رابطه بین معنویت و سلامت روان را در میان نمونه‌ای بزرگ از کارکنان نظام وظیفه ارتش سنجدیدند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین معنویت و سلامت روان خصوصاً میان کارکنان ارتش رابطه پیچیده‌ای وجود دارد و تأکید کرد که نقش حفاظتی معنویت در سلامت روان به بررسی نوع مشکلات روان بستگی دارد.

پیشینه داخلی

- میرخشتی (1376) در پژوهش خود به بررسی رابطه رضایت زناشویی و سلامت روان پرداخت. نتایج نشان داد بین سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی زنان هم‌بستگی معنادار وجود ندارد.
- ثناپی و باقرنژاد (1380) در پژوهشی به بررسی نارضایتی زناشویی در زوجین متقاضی طلاق پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد بین سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی زنان هم‌بستگی معنادار وجود ندارد.
- فیضی برنجی (1381) در پژوهشی با عنوان «تعیین میزان سلامت روان، کفایت شخصی و رضایت زناشویی در بانوان متأهل نابارور شهر کرمانشاه» نتیجه گرفت که 44/62 از افراد از نظر سلامت روان ناسالم بودند و افزایش اختلال روانی با افزایش تحصیلات زن و همسر وی و خانه‌دار بودن و افزایش مدت ازدواج و مدت ناباروری و کاهش در آمد خانوار مرتبط بوده و 13/58 درصد از افراد نمره خودکارآمدی پایین و 23/08 درصد از افراد نارضایتی زناشویی داشتند و بین سلامت روان و رضایت زناشویی ارتباط وجود داشت، ولی بین خودکارآمدی و رضایت زناشویی رابطه‌ای وجود نداشت .

گرمارودی و وحدانی‌نیا در سال 1382 با انجام پژوهشی با عنوان «سلامت اجتماعی، بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان» با توجه به اهمیت نقش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پرداخته است.

بناییان و کاظمیان (1385) در پژوهشی به بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل پرداختند. جامعه پژوهش را زنان متأهل بروجن که در سال 1384 به مراکز بهداشتی درمانی شهر بروجن مراجعه کرده بودند تشکیل می‌داد که 400 نفر آنها در مطالعه شرکت داده شدند. اکثر واحدهای پژوهش دارای رضایت نسبی از زندگی زناشویی خود بودند. از طرفی بین دو فاکتور رضایت زناشویی و سلامت روان زنان ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد و زنان برخوردار از سلامت روان مناسب‌تر از نظر رضایت‌مندی زناشویی وضعیت بهتری نشان دادند. بیشترین مشکل زنان در بعد سلامت روان مربوط به مشکلات عملکرد اجتماعی و در بعد رضایت زناشویی نیز مشکلات ارتباطی با همسرانشان بود. در ابعاد مختلف سلامت روان بین افسردگی و رضایت زناشویی بیشترین هم‌بستگی منفی آماری مشاهده شد. بین متغیرهای تحصیلات زن و مرد و وضعیت رضایت زناشویی و سلامت روان رابطه آماری معنی‌داری مشاهده شد؛ بدین صورت که با افزایش سطح تحصیلات زن و مرد رضایت زناشویی و وضعیت سلامت روان زنان مناسب‌تر بود.

خسروی کبیر و همکاران (1387) در مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی (80 فرد معتاد و 80 فرد عادی) که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، نشان دادند که میزان هوش هیجانی و سلامت روان معتادان و افراد عادی رابطه معنی‌دار وجود دارد.

لطیفی و موحدی (1388) در بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و شاخص‌های آن بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی شهر تهران که 270 نفر مرد و 60 زن با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند، یافتند که بین سلامت اجتماعی و میزان کیفیت زندگی کارکنان رابطه مثبتی وجود دارد.

امینی رارانی و همکاران (1389) در بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران، نشان داد که بین سرمایه اجتماعی و متغیرهای فقر، رشد طبیعی



جمعیت، خشونت، میزان با سوادیف میزان بیکاری و پوشش بیمه به عنوان بیان گره‌های سلامت اجتماعی رابطه‌ای آماری معنی‌داری وجود دارد.

سام آرام (1388) در بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور نشان دادند که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. همچنین شاخص مشارکت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهم‌ترین عوامل تحقق هدف پلیس جامعه محور یعنی توانمندسازی اجتماع به منظور کمک به رفع حل مشکلات افزایش جرم و بی‌نظمی در اجتماع است.

اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون عنوان پژوهش مؤمنی (1388) است. یافته‌ها نشان داد در شاخص کیفیت زندگی در گروه آزمایش درپس آزمون به طور معناداری افزایش داشته، اما در مرحله پی‌گیری افزایش معنادار نبوده است. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش اشتیاق، بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم و نشانه‌های افسردگی و اضطراب و نگرش مثبت به مصرف مواد در مرحله پس آزمون اثربخش بوده، اما در درازمدت اثربخشی چندانی بر اشتیاق و کیفیت زندگی نداشته است.

شاهی، غفاری و قاسمی فلاورجانی (1390) در پژوهشی به بررسی رابطه سلامت روان و رضایت مندی زناشویی زوجین پرداختند. نتایج نشان داد رضایت مندی زناشویی توسط سطح سلامت روان فرد پیش‌بینی می‌شود. همچنین افسردگی و اضطراب به صورت معناداری با رضایت مندی زناشویی هم‌بستگی داشت. سلامت روان فرد، پیش‌بینی کننده رضایت مندی زناشویی است.

پیرنیا (1390) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی بهزیستی درمانی بر شادکامی، خوش‌بینی، امید، سلامت روان، آسیب و بهزیستی روان‌شناختی در مردان مصرف کننده مت‌آمفتامین» نشان داد که درمان بهزیستی در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی بیماران وابسته به مت‌آمفتامین مؤثر نبوده و این روش درمانی نتوانست تفاوت

معناداری بین گروه آزمایش و کنترل از نقطه نظر متغیرهای مورد بررسی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر به وجود آورد.

معلمی و همکاران (1390) در مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در 80 فرد معتاد و 80 فرد غیرمعتاد که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، یافتند که بین نمره‌های هوش معنوی و سلامت روان معتادان و غیرمعتادان تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که معتادان به مواد مخدر از هوش معنوی و سلامت روانی پایین‌تری نسبت به گروه عادی برخوردار بودند. همچنین در هر گروه بین هوش معنوی و سلامت روان هم‌بستگی معنادار مشاهده شد.

شاهی و همکاران (1390) در بررسی رابطه سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی 300 زن و مرد متأهل مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان نشان دادند که سلامت روان افراد، پیش‌بینی‌کننده رضایت‌مندی زناشویی است. همچنین افسردگی و اضطراب به صورت معناداری با رضایت‌مندی زناشویی هم‌بستگی دارد.

شربتیان (1391) مطالعه‌ای در مورد پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد انجام داد. براساس، نتایج، تمام ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معنادار دارند و 59 درصد از تغییرهای واریانس سلامت اجتماعی، به وسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شوند.

علیپور، رحیمی و زارع (1392) در پژوهشی به بررسی رابطه سلامت روان و رضایت زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه پیام نور استان تهران پرداختند. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان متأهل دانشگاه پیام نور استان تهران تشکیل می‌دهند که از بین آن‌ها 320 نفر (160 نفر مرد و 160 نفر زن) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نتایج نشان داد بین سلامت روان و رضایت زناشویی هم‌بستگی وجود دارد. نتایج رگرسیون خطی ساده نیز نشان داد که سلامت روان قادر به تبیین واریانس رضایت زناشویی است.

ارجمندزاده و صدیقی (1393) در پژوهشی به بررسی ارتباط و وضعیت سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل شهرستانی و تهرانی پرداختند. جامعه پژوهش را زنان



دانشجوی متأهل سمنانی و تهرانی که در سال 1392 که 210 نفر آنها در مطالعه شرکت داده شدند با توجه به نتایج تحلیل تفاوت دو گروه دانشجویان متأهل تهرانی و سمنانی از نظر سلامت روانی معنادار نیست و تفاوت دو گروه دانشجویان متأهل تهرانی و سمنانی از نظر رضایت زناشویی معنادار نیست و از نظر سلامت روانی و رضایت زناشویی یک رابطه مستقیم وجود دارد.

مردی پیر سلطان (1393) در پژوهشی به بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی در میان کارکنان بهزیستی شهر کرج پرداخت. یافته‌ها نشان می‌دهد که میان سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود داشت. همچنین طبق یافته‌های پژوهش میان مشارکت اجتماعی و رضایت زناشویی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. در مورد ارتباط میان متغیرهای زمینه‌ای و متغیرهای اصلی پژوهش (سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی) بین سن، تعداد فرزندان و سطح تحصیلات با میزان سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد؛ به گونه‌ای که با افزایش تعداد فرزندان و سن میزان سلامت اجتماعی افزایش و با افزایش سطح تحصیلات میزان سلامت اجتماعی کاهش می‌یابد. در بقیه موارد رابطه معنی‌داری یافت نشد.

سفیری و منصوریان راوندی (1393) در تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی 384 زن و مرد جوان شهر تهران که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند، نشان دادند که بین جنسیت، وضعیت تأهل زنان، سن زنان و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین بین هویت جنسیتی شخصی، هویت جنسیتی اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان رابطه معنادار و مستقیم مشاهده شد.

در پژوهشی که توسط صالح و زاهدی اصل (1393) با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی همسران جانبازان انجام شد. نتایج نشان داد که هرچه همسران جانبازان از میزان حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند. خانواده مهم‌ترین منبع کسب حمایت اجتماعی از نظر همسران جانبازان محسوب می‌شود.

نوری پور لیا ولی، زادمحمدی، دسترس، سرگلزایی (1393) در پژوهشی با عنوان «اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر ارتقاء عزت نفس و رضایت زناشویی معتادان در حال ترک» به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های زندگی تأثیر مثبتی بر ارتقای عزت نفس و رضایت زناشویی افراد جامعه، به‌ویژه معتادان خواهد داشت؛ مهارت‌های زندگی فرد را توانمند می‌کند تا دانش، نگرش‌ها و ارزش‌هایش را به فعلیت برساند و او را قادر می‌سازد تا انگیزه و رفتار سالم داشته باشد که این اثر مهم تأثیر زیادی بر روابط وی با همسرش خواهد داشت.

افشانی و شیرینی محمدآباد (1394) در بررسی رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی 288 زن شهر یزد که به روش پیمایش و با نمونه‌گیری خوشه‌ای متناسب (PPS) یافتند که رابطه معنادار و مستقیمی بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد و ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی، 23 درصد واریانس سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند

در پژوهشی با عنوان «مقایسه عملکرد خانواده، رضایت زناشویی و سلامت روان همسران معتادان و افرادی عادی استان گلستان» که توسط شیرازی (1394) انجام شد، نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش نشان داد به لحاظ عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در دو گروه همسران معتادان و همسران عادی تفاوت معنادار وجود دارد و با مقایسه میانگین‌ها دو گروه می‌توان گفت که همسران افراد عادی در عملکرد خانواده و رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن از عملکرد و رضایت بالاتری برخوردار هستند. به لحاظ سلامت روان نیز در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد و با مقایسه میانگین‌های دو گروه می‌توان گفت که همسران معتادان نسبت به همسران عادی از سلامت روان کمتری برخوردارند.

جامعه پژوهش

جامعه آماری پژوهش را کلیه مردان واقع در کمپ‌های ترک اعتیاد شهر دهدشت که مشتمل بر 200 مرد معتاد می‌باشند تشکیل می‌دهند.



نمونه و روش نمونه گیری

نمونه آماری در این پژوهش شامل کلیه مردان واقع در کمپ‌های ترک اعتیاد شهر دهدشت در سال 1394 می‌باشد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش با روش سرشماری صورت می‌گیرد تا با شناسایی مردان معتاد واقع در کمپ‌های ترک اعتیاد شهر دهدشت به پرسش‌نامه‌های سلامت روانی، سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی پاسخ بدهند که در نهایت 200 نفر انتخاب شدند.

ابزار اندازه‌گیری پژوهش

پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدنبرگ (GHQ-28):

پرسش‌نامه 28 عبارتی سلامت عمومی گلدنبرگ یک پرسش‌نامه غربالگری مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که در مجموعه بالینی با هدف شناسایی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. در پرسش‌نامه سلامت عمومی به دو طبقه از پدیده‌ها توجه می‌شود؛ ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش‌وری سالم و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول‌کننده. در بین ابزارهای غربالگری سلامت روان، پرسش‌نامه سلامت عمومی یکی از ابزارهایی است که به‌طور وسیعی در سراسر جهان از آن استفاده می‌شود. به‌عبارت دیگر معتبرترین ابزار غربالگری و تعیین مشکلات روان شناختی و شناسایی موارد مثبت در جمعیت عمومی است. پرسش‌نامه سلامت عمومی این بار توسط گلدنبرگ تنظیم شد. فرم اصلی آن دارای 60 عبارت است و فرم‌های کوتاه آن از 12 تا 18 عبارتی نیز تهیه و به 38 زبان ترجمه شده و مطالعات روتن سنجی بر روی آن در 70 کشور جهان به انجام رسیده است.

نمره‌گذاری

از 28 عبارت پرسش‌نامه موارد 1 الی 7 مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد 8 الی 14 علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد 15 الی 21 مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد 22 الی 28 علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع‌بندی نمرات به الف نمره صفر، ب 1، ج 2 و د نمره 3 تعلق

می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره 6 به بالا و در مجموع از نمره 2 به بالا بیانگر علائم مرضی است.

جدول شماره 1: نمرات برش در هریک از خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه GHQ

خرده مقیاس‌ها	نمرات در خرده مقیاس‌ها	نمرات در کل پرسش‌نامه
هیچ یا کمترین حد	0-6	0-22
خفیف	7-11	23-40
متوسط	12-16	41-60
شدید	17-21	61-84

ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون

اعتبار و روایی خارجی: در خصوص روایی پرسش‌نامه سلامت عمومی تاکنون مطالعات فراوانی صورت گرفته است. مطالعات روتن سنجی نسخه‌های مختلف سلامت عمومی نشان می‌دهد، نسخه 28 سؤالی (GHQ-28) نسبت به سایر نسخه‌ها دارای بیشترین میزان اعتبار و حساسیت است. گلدنبرگ و ویلیامز (1989) ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌های مختلف را در 43 مطالعه در کشورهای مختلف جهان بررسی کردند و نشان دادند نسخه 28 سؤالی دارای میزان اعتبار بیشتر و حساسیت مناسب‌تری است. این نسخه مطابق با تحلیل عوامل که توسط گلدنبرگ و هیلر (1979) انجام شد. 4 عامل اساسی شامل مقیاس‌های علائم جسمانی؛ علائم اضطراب، اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و مقیاس افسردگی استخراج شد. توسط گیبونز، ساختار عاملی، روایی و پایایی (GHQ-28) در الساودر بررسی شد. نمونه شامل 732 نفر از دانشجویان بوده و از نمره‌گذاری لیکرات و تحلیل مؤلفه‌های اساسی و چرخش وایریماکس استفاده شده است. با روش بازآزمایی ضریب پایایی 0/74 و با در نظر گرفتن نقطه برش 6/7، حساسیت آزمون 0/88 و ویژگی آن 84/2 به‌دست آمده است.

اعتبار و روایی ایرانی: در ایران مطالعات اندکی در خصوص کیفیت روتن سنجی و ساختار عاملی GHQ انجام شده است. تقوی ویژگی‌های روان‌سنجی GHQ-28 را با نمونه 92 نفری دانشجویان دانشگاه شیراز بررسی کرد. ضرایب اعتبار، بازآزمایی تصنیفی و آلفای کرونباخ به‌ترتیب 0/70، 0/93، 0/90 به‌دست آمد. ضریب روایی هم‌زمان با پرسش‌نامه میلدکس 0/55 و روایی سازه بین 0/72 تا 0/87 محاسبه شد. هم‌چنین وی



با تحلیل عوامل چهار عامل افسردگی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و جسمانی را استخراج کرد که 0/85 واریانس توسط این چهار عامل تبیین شد.

پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کیبیز

پرسش‌نامه سلامت اجتماعی در سال 1998 توسط کیبیز ساخته شد و 5 مؤلفه دارد که شامل انسجام اجتماعی، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و هم‌بستگی اجتماعی می‌باشد. پاسخ آزمودنی‌ها در این مقیاس به شکل لیکرات 5 درجه‌ای که با گزینه‌های کاملاً موافقم، تا حدی موافقم، بی‌نظر، تا حدی مخالفم و کاملاً مخالفم سنجیده می‌شود.

ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون

پایایی و روایی: باباپور و همکاران (1388) برای بررسی پایایی این ابزار از هم‌سانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به‌دست آمده برای کل مقیاس 0/78 و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از 0/74 برای مشارکت اجتماعی، 0/74 برای پذیرش اجتماعی، 0/71 برای هم‌بستگی اجتماعی، 0/70 برای شکوفایی اجتماعی، 0/77 برای انسجام اجتماعی، که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. هم‌چنین روایی محتوایی این پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفته است.

در پایان‌نامه اهری (1392) روایی سازه و پایایی این پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت و هم‌چنین پایایی پرسش‌نامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ 0/80 محاسبه شد.

هم‌چنین فارسی‌نژاد در سال 1383 پرسش‌نامه مذکور را هنجاریابی کرده و مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی را 0/78 محاسبه کرد و آن را در شرایط فرهنگی، اجتماعی جامعه ایران مورد استفاده قرار داد.

پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ

برای بررسی رضایت زناشویی در این پژوهش مقیاس انریچ انتخاب شده است. این پرسش‌نامه به‌عنوان یک ابزار پژوهش معتبر در تحقیقات و کارهای بالینی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. فورز و السون (1989) از این پرسش‌نامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده کرده‌اند و معتقدند که این مقیاس نسبت به تغییراتی که در خانواده

به وجود می‌آید حساس است. هر یک از موضوعات این پرسش‌نامه در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم است. ارزیابی این زمینه‌ها در درون یک رابطه زناشویی می‌تواند مشکلات بلقوه زوجها را توصیف کند یا می‌تواند زمینه‌های نیرومندی و تقویت آن‌ها را مشخص کند. این ابزار هم‌چنین می‌تواند به‌عنوان یک ابزار تشخیصی برای زوج‌هایی که در جست‌وجوی مشاوره زناشویی و به‌دنبال تقویت رابطه زناشویی خود هستند استفاده شود.

این مقیاس در سال 2006 توسط السون تجدید نظر شد. مقیاس تجدید نظر شده شامل 4 خرده مقیاس 35 عبارتی است که می‌تواند به‌عنوان یک ابزار پژوهش از جمله رضایت ارتباطات و حل تعارض استفاده شود.

این مقیاس یک اندازه‌گیری کلی از روابط زناشویی شامل: تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی ارتباطات، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، هم‌بستگی زوجها و تغییرات زناشویی را شامل می‌شود.

ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون

روایی و پایایی: این پرسش‌نامه توسط پژوهشگر و همکاران با اجازه کتبی از پروفسور دیوید السون ترجمه شد و سپس ترجمه برای سه نفر از اساتید متخصص آشنا به فرهنگ و زبان فارسی و انگلیسی ارسال شد و بعد از اصلاحات صورت‌گرفته ترجمه فارسی اصلاح و سپس به انگلیسی ترجمه شد. بعد از مقایسه ترجمه انگلیسی با نسخه اصلی و رفع اشکالات مجدد ترجمه فارسی اصلاح شد و ترجمه نهایی اصلاح شده دوباره به انگلیسی ترجمه شده و در نهایت برای آگاهی از فهم پرسش‌نامه توسط خوانندگان پرسش‌نامه به‌طور آزمایشی برای 6 نفر اجرا شد و سؤالاتی که قابل فهم نبودند اصلاح شد. پس از ویرایش نهایی و تأیید اساتید همکار ترجمه فارسی و ترجمه انگلیسی همرا با مراحل کار برای دکتر السون فرستاده شد و مجوز نهایی برای اجرای پرسش‌نامه برای مترجمان در ایران توسط دکتر السون صادر شد. پرسش‌نامه زوجی انریچ توسط دیوید السون و امی السون در سال 2000 روی 25501 زوج متأهل اجرا شد. ضریب آلفای پرسش‌نامه برای خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی



به ترتیب 0/86، 0/80، 0/84 و 0/83 بوده و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر خرده‌مقیاس به ترتیب 0/86، 0/81، 0/90، 0/93 بوده است و ضریب آلفای پرسشنامه در پژوهش آسوده (1389) با تعداد نمونه 365 زوج به ترتیب برابر با 0/68، 0/78، 0/63، 0/77 به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

گردآوری اطلاعات، با استفاده از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی، اطلاعات انجام شد. در روش کتابخانه‌ای با مراجعه به کتابخانه، استفاده از کتب جدید، منابع علمی، ژورنال‌ها و منابع اینترنتی و همچنین در روش میدانی با استفاده از پرسشنامه‌ها اطلاعات جهت انجام پژوهش جمع‌آوری شد. پس از انتخاب عنوان پژوهش و تأیید توسط استاد مشاور به گردآوری مقالات و ابزارهای سنجش متغیرهای مربوط به موضوع پژوهش پرداخته شد. ابتدا پرسشنامه در بین افراد نمونه توزیع شد و از آنها خواسته شد که به سؤالات با دقت جواب دهند. همچنین به آنها تأکید شد که از دادن پاسخ احتمالی و تصادفی خودداری کنند. در آخر پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و انجام آزمون‌های آماری بر روی اطلاعات گردآوری شده نتایج پژوهش بیان شد.

روش تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های خام پژوهش با استفاده از نرم‌افزار spss20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش از دو شاخص‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. از آمار توصیفی جهت محاسبه میانگین، انحراف استاندارد، بیشینه و کمینه متغیرها استفاده شد. بررسی روابط متغیرها به وسیله آزمون ضریب هم‌بستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش کلیه حقوق آزمودنی‌ها رعایت شد. افراد نمونه با اختیار شخصی در این آزمون شرکت کردند. به آنها توضیح داده شد که ذکر اسامی ضرورت ندارد و اطمینان داد شده که نتایج آزمون مربوط به آنها محفوظ باقی می‌ماند.

یافته‌های توصیفی پژوهش

جدول شماره 2: آمار توصیفی متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر	گروه	تعداد	درصد
سن	20 تا 30 سال	103	52
	30 تا 40 سال	66	33
	40 سال به بالا	31	15
سطح تحصیلات	دیپلم و پایین تر	105	52
	فوق دیپلم	43	22
	لیسانس	37	19
	بالتر از لیسانس	15	7

جدول شماره دو جدول فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان را به تفکیک سن و سطح تحصیلات نشان می‌دهد.

جدول شماره 3: آمار توصیفی مربوط به رضایت زناشویی

میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	رضایت زناشویی
106/91	10/03	44	121	

با توجه به جدول شماره سه همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد رضایت زناشویی شرکت‌کنندگان برابر 106/91 و 10/03 است.

جدول شماره 4: آمار توصیفی مربوط به سلامت اجتماعی و ابعاد آن

میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	
14/91	2/82	4	20	شکوفایی اجتماعی
10/11	1/78	6	14	هم‌بستگی اجتماعی
11/52	2/01	7	15	انسجام اجتماعی
16/95	2/93	11	25	پذیرش اجتماعی
16/32	3/84	5	24	مشارکت اجتماعی

همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد شکوفایی اجتماعی شرکت‌کنندگان برابر 14/91 و 2/82 می‌باشد. میانگین و انحراف استاندارد هم‌بستگی اجتماعی شرکت‌کنندگان برابر 10/11 و 1/78 است. میانگین و انحراف استاندارد انسجام اجتماعی شرکت‌کنندگان برابر 11/52 و 2/01 می‌باشد. میانگین و انحراف



استاندارد پذیرش اجتماعی شرکت کنندگان برابر $16/95$ و $2/93$ است. میانگین و انحراف استاندارد مشارکت اجتماعی شرکت کنندگان برابر $16/32$ و $3/84$ می باشد.

جدول شماره 5: آمار توصیفی مربوط به بهداشت روان و ابعاد آن

میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	
10/88	3/34	2	20	اختلال جسمانی
11/01	4/24	0	21	اضطراب
13/61	3/38	5	21	اختلال اجتماعی
10/99	4/36	1	21	افسردگی

همان گونه که مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد اختلال جسمانی شرکت کنندگان برابر $10/88$ و $3/34$ است. میانگین و انحراف استاندارد اضطراب شرکت کنندگان برابر $11/01$ و $4/24$ می باشد. میانگین و انحراف استاندارد اختلال اجتماعی شرکت کنندگان برابر $13/61$ و $3/38$ است. میانگین و انحراف استاندارد افسردگی شرکت کنندگان برابر $10/99$ و $4/36$ می باشد.

بررسی فرضیه های پژوهش

بررسی فرضیه اصلی پژوهش: بین سلامت روان و سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی مردان معتاد رابطه معناداری وجود دارد.

برای بررسی رابطه بین متغیرها فوق از آزمون هم بستگی پیرسون استفاده شد که در ادامه مشاهده می شود.

جدول شماره 6: آزمون هم بستگی پیرسون جهت بررسی فرضیه اصلی پژوهش

رضایت زناشویی		
-0/158	ضریب هم بستگی	سلامت روان
0/026	سطح معناداری	
0/342	ضریب هم بستگی	سلامت اجتماعی
0/001	سطح معناداری	

با توجه به جدول فوق بین سلامت روان و رضایت زناشویی رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($R=-0/158$, $p=0/026$). بین سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($R=0/342$, $p=0/001$).

بررسی فرضیه اول پژوهش: مؤلفه‌های سلامت روان پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می‌باشد.

برای بررسی از آزمون رگرسیون چندگانه هم‌زمان استفاده شد که در ادامه مشاهده می‌شود.

جدول شماره 7: آزمون رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان جهت پیش‌بینی رضایت زناشویی بر

اساس مؤلفه‌های سلامت روان

متغیر ملاک: رضایت زناشویی						
P	T	β	P	F	R2	R
0/051	1/962	-0/204				
0/431	0/790	-0/083	0/001	5/006	0/094	0/307
0/367	0/905	0/092				
0/001	3/706	-0/390				

با توجه به جدول شماره هفت همان‌گونه که مشاهده می‌شود میزان R برابر 0/307 و میزان R2 برابر 0/094 می‌باشد. به عبارتی مؤلفه‌های بهداشت روان در کل 9 درصد از واریانس نمرات رضایت زناشویی را تبیین می‌کند. هم‌چنین مؤلفه افسردگی به صورت منفی و معناداری قادر به پیش‌بینی رضایت زناشویی است ($\beta=-0/390$, $p=0/001$).

بررسی فرضیه دوم پژوهش: مؤلفه‌های سلامت اجتماعی پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی مردان معتاد است.

برای بررسی از آزمون رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان استفاده شد که در ادامه مشاهده می‌شود.



جدول شماره 8: آزمون رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان جهت پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس مؤلفه‌های سلامت اجتماعی

متغیر ملاک: رضایت زناشویی							
P	T	β	P	F	R2	R	
0/889	0/127	-0/015					شکوفایی اجتماعی
0/895	0/132	-0/010					هم‌بستگی اجتماعی
0/557	0/588	0/062	0/001	10/997	0/239	0/489	انسجام اجتماعی
0/013	2/517	0/184					پذیرش اجتماعی
0/001	5/749	0/515					مشارکت اجتماعی

با توجه به جدول شماره هشت همان‌گونه که مشاهده می‌شود میزان R برابر 0/489 و میزان R2 برابر 0/239 می‌باشد. به عبارتی مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در کل 23 درصد از واریانس نمرات رضایت زناشویی را تبیین می‌کند. هم‌چنین مؤلفه پذیرش اجتماعی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش‌بینی رضایت زناشویی می‌باشد ($\beta=0/184$, $p=0/013$). و مؤلفه مشارکت اجتماعی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش‌بینی رضایت زناشویی است ($\beta=0/515$, $p=0/001$).

بررسی فرضیه سوم پژوهش: سلامت روان و سلامت اجتماعی پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می‌باشد.

برای بررسی از آزمون رگرسیون چندگانه هم‌زمان استفاده شد که در ادامه مشاهده می‌شود.

جدول شماره 9: آزمون رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان جهت پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سلامت روان و سلامت اجتماعی

متغیر ملاک: رضایت زناشویی							
P	T	β	P	F	R2	R	
0/005	2/367	-0/264	0/001	11/739	0/250	0/500	بهداشت روان
0/001	3/231	0/311					سلامت اجتماعی

با توجه به جدول شماره نه همان‌گونه که مشاهده می‌شود میزان R برابر 0/500 و میزان R2 برابر 0/250 می‌باشد. به عبارتی سلامت روان و سلامت اجتماعی در کل 25 درصد از واریانس نمرات رضایت زناشویی را تبیین می‌کند. هم‌چنین سلامت روان به صورت منفی و معناداری قادر به پیش‌بینی رضایت زناشویی است ($\beta=-0/264$, $p=0/005$).

$\beta=$ سلامت اجتماعی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش‌بینی رضایت زناشویی می‌باشد ($\beta=0/311$, $p=0/001$).

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی مردان معتاد شهر دهدشت می‌باشد. همان‌گونه که مشاهده شد داده‌های خام هر سه پرسش‌نامه با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پژوهش حاضر دارای دو فرضیه بود که هر فرضیه به صورت جداگانه با دو آزمون ضریب هم‌بستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این قسمت به بحث در خصوص نتایج آماری حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش خواهیم پرداخت و یافته‌های استنباطی را بر اساس مبانی نظری پژوهش مورد تبیین قرار خواهیم داد. هم‌چنین به محدودیت‌ها و موانع پژوهش که اعتبار این پژوهش را به خطر می‌اندازد اشاره خواهیم کرد و در پایان با توجه به نتایج به دست آمده و محدودیت‌های پژوهش به پیشنهاد‌های پژوهش می‌پردازیم.

تحلیل فرضیه‌های پژوهش

تحلیل فرضیه اول پژوهش

سلامت روان پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می‌باشد.

برای آزمون این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که مؤلفه افسردگی به صورت منفی و معناداری قادر به پیش‌بینی رضایت زناشویی است. در کل نتایج حاکی از آن است که با افزایش اختلالات روانی میزان رضایت زناشویی نیز پایین می‌آید.

نتایج این آزمون از جهاتی با نتایج تحقیقات شیرازی (1394)، شایب آرانی (1392)، عرفانیان تقوایی و همکاران (1384) و فیضی برناجی (1381) هم‌سو است.

طبق پژوهش‌هایی که در حیطه ازدواج و روابط زناشویی انجام شده است متغیرهای مختلفی با روند رضایت زناشویی در طول زمان رابطه دارند. این متغیرها می‌توانند پیش‌بینی‌کننده شانس حفظ رضایت رابطه زناشویی در طول زمان یا رفتن به طرف آشفتنگی زناشویی و طلاق باشند. یک دسته از این متغیرها مربوط به سطح سلامت فرد



است. نتایج تحقیقات نشان داده است که در افراد با اختلالات خلقی، سوء مصرف مواد و بعضی از اختلالات اضطرابی، به‌ویژه اختلال پنیک و اختلال اضطراب منتشره، مشکلات رابطه زناشویی و مشکلات فردی می‌تواند یکدیگر را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین دامنه زیادی از مشکلات زناشویی در جمعیت‌های با اختلالات روان‌شناختی گزارش شده است. برای مثال، روان‌رنجورخویی مهم‌ترین پیش‌بین ناخوشنودی زناشویی است. علاوه بر این، آسیب‌پذیری خاص فردی می‌تواند مشکلات رابطه‌ای و اختلالات روان‌شناختی را در زوجها ظاهر کند؛ برای مثال، نقص در مهارت‌های ارتباط بین فردی و عاطفه منفی، خطر فاکتورهای پیش‌بینی مصرف الکل و مشکلات رابطه زناشویی است. میرز و دینر نشان دادند که رضایت از زندگی زناشویی با سلامت روانی بالا هم‌بسته است. هرچه میزان رضایت از زناشویی بالاتر باشد، فرد مستعد تجربه عواطف و احساسات مثبت است. مالتابای و همکاران دریافتند افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند، از سبک‌های مقابله‌ای مؤثر و مناسب‌تر استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. عدم رضایت از زندگی زناشویی با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علایم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب و وضعیت ضعیف اجتماعی هم‌بسته است.

ازدواج ناهماهنگ، عامل خطری برای افسردگی است. در مقابل رضایت‌مندی زناشویی با کاهش خطر ابتلا به افسردگی همراه است. همسرانی که اختلاف دارند، افسرده‌تر هستند و رفتار خصمانه‌تر و خلقی مضطرب‌تر دارند. این مسئله را نیز می‌توان این‌گونه توجیه کرد که اختلال روانی، شانس برقراری روابط رضایت‌بخش را برای فرد کاهش می‌دهد. از طرفی افراد مبتلا به افسردگی، ارتباطات خود را نیز با خانواده و اجتماع کمتر می‌کنند، در نتیجه، ابراز فعالانه محبت و سایر عواطف مثبت نسبت به همسر نیز کاهش می‌یابد و کناره‌گیری و عدم ابراز محبت نیز پیش‌بینی‌کننده فروپاشی رابطه زناشویی بوده و گام‌هایی در جهت جدایی است. در بسیاری از تحقیقات نیز نشان داده شده است که قسمت اعظم مشکلات ارتباطی و طلاق در میان افراد مبتلا به اختلال شدید روانی، افسردگی و سوء مصرف الکل و بعضی اختلالات اضطرابی گزارش شده است. از طرفی نتایج مطالعات همه‌گیرشناسی که محققان به‌ویژه بین اختلالات روان‌شناختی و رضایت‌مندی زناشویی انجام داده‌اند نشان داده است که وقتی اختلالات

هم‌زمان با اختلالات خلقی کنترل می‌شود، اختلالات خلقی، تنها اختلالاتی هستند که به‌صورت واحد، هم در زنان و هم در مردان با رضایت‌مندی زناشویی رابطه پیدا می‌کند؛ به‌طور مثال رضایت‌مندی زناشویی در زنان، به‌طور واحد با افسردگی عمده در ارتباط است، ولی در مردان با افسردگی دیس تایمی مرتبط است.

تحلیل فرضیه دوم

سلامت اجتماعی پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می‌باشد.

برای آزمون این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که مؤلفه پذیرش اجتماعی به‌صورت مثبت و معناداری قادر به پیش‌بینی رضایت زناشویی می‌باشد و مؤلفه مشارکت اجتماعی به‌صورت مثبت و معناداری قادر به پیش‌بینی رضایت زناشویی می‌باشد. در کل نتایج حاکی از آن است که با افزایش سلامت اجتماعی میزان رضایت زناشویی نیز افزایش می‌آید.

نتایج این آزمون از جهاتی با نتایج مطالعه افشانی و شیری محمدآباد (1394)، صالح و زاهدی اصل (1393)، سفیری و منصوریان راوندی (1393) و امینی رارانی و همکاران (1389) هم‌سو است.

منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کییز، 1998) احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد (ریف، 2003) و بنابراین یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد (کییز و شاپیرو، 2004). نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد (دورکیم، 1951). افراد سالم احساس می‌کنند که جزئی از جامعه هستند، بنابراین یکپارچگی اجتماعی میان احساس اشتراک فرد با دیگرانی است که واقعیت اجتماعی او را می‌سازند و به جامعه خود تعلق دارند. یکپارچگی اجتماعی متکی بر مفاهیمی چون انسجام اجتماعی (دورکیم)، بیگانگی فرهنگی و انزوای اجتماعی (سیمن) و آگاهی طبقاتی مارکس است. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارهاست. سیمن معتقد است که بیگانگی فرهنگی عبارت است از گسست فرد و جامعه، طرد جامعه یا این نگرش که جامعه نمی‌تواند انعکاسی از



ارزش‌ها و سبک‌های فرهنگی فرد باشد. انزوای اجتماعی عبارت است از خدشه‌دار شدن روابط فرد که به زندگی او معنا می‌دهند و نقش حمایتی برای او دارند. یکپارچگی اجتماعی هم مثل مفهومی که مارکس از آگاهی طبقاتی می‌دهد دربرگیرنده عضویت جمعی و سرنوشت جمعی است. ایفای سهم اجتماعی عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند. ایفای سهم اجتماعی با مفاهیم بازدهی و مسئولیت‌پذیری شباهت دارد. بازدهی فردی به این معنا است که عقیده داشته باشیم می‌توانیم رفتار خاصی را از خود نشان دهیم و به اهداف ویژه‌ای برسیم. مسئولیت اجتماعی عبارت است از تعیین الزامات فردی برای نقش‌آفرینی در جامعه. کیز (1998) معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم و سودمندی فردی که با باندورا (1977) مطرح می‌کند هم‌پوشانی دارد و نیز می‌تواند به‌عنوان نوعی مسئولیت اجتماعی تلقی شود؛ تلقی فرد از ارزشی که در جامعه می‌تواند داشته باشد. برای بسیاری از افراد سخت است که به این احساس برسند که سهم ارزشمندی در جامعه دارند، به‌ویژه وقتی که وجود خودشان برای خودشان ارزشمند نیست (الیاس و هارپر، 1975، کیز و شاپیرو، 2004). ایفای سهم اجتماعی تا اندازه‌ای مرتبط با درک فرد از موضوع است که نقش حیاتی در جامعه به او سپرده شده است (کیز، 1998). انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنا بودن زندگی است (سیمن، 1959) و شامل دیدگاه‌هایی می‌شود. در این‌باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش‌بینی است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را بامعنا و منسجم می‌بینند (ریف، 1989). آنتونوفسکی معتقد است که احساس انسجام در وجود فرد می‌تواند نشانه‌ای برای سلامتی او باشد: افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیر قابل پیش‌بینی، انسجام خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آن است (کیز، 1998). این مقوله با قابلیت معنابخشی به وجود شخص است (کیز و شاپیرو، 2004). افرادی که سالم‌تر هستند، به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقمند هستند و می‌توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند. کیز معتقد است که انسجام اجتماعی عبارت از درک این موضوع است که «جامعه را می‌توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش‌بینی می‌باشد» (کیز، 1998: 123).

منظور از شکوفایی اجتماعی، «ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است» (کییز، 1998: 123). شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و این که نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی هستند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد و هر چند این امر برای همه افراد درست نیست (کییز و شاپیرو، 2004).

با این حال سلامت شامل دیدگاهی خوش‌بینانه از آینده احتمالی است. در حالی که خودمختاری عبارت است از حس کنترل شخصی بر سرنوشت خویش، شکوفایی اجتماعی دربرگیرنده این درک است که جامعه کنترل آینده خود را در دست دارد. با توجه به دیدگاه‌های کییز، این مفهوم خصوصیت مشترکی با مفهوم «خودشناسی» ماسلو (1968) دارد و نیز بی‌ارتباط با تأکید ریف بر رشد فردی نیست. شکوفایی اجتماعی انعکاس میزان کارکرد مناسب افراد است که حاصل و ثمره استقبال آنها از تجربیات جدید و رشد مداوم می‌باشد (کییز، 1998). شکوفایی اجتماعی به موازات خودمختاری، به معنای توان جامعه برای کنترل فرد است. تمرکز اصلی در شناسایی پتانسیل اجتماعی هم معطوف به درونمایه پتانسیل اجتماعی و توسعه آن به‌عنوان خودشناسی (ماسلو، 1968)، خوشبختی و رشد فردی (ریف، 1989) است. کارکرد بهینه ناشی از باز بودن فرد در برابر تجربیات تازه و تلاش برای رشد دائم است. شکوفایی اجتماعی هم این ایده‌های مربوط به رشد و توسعه را در برمی‌گیرد. پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توأمان می‌پذیرند نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (ریف، 1989). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کییز، 1998). پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است که همگی آنها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (کییز و شاپیرو، 1998). کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به‌طور کلی سازنده هستند (کییز، 1998). همان‌گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سلامت اجتماعی بینجامد.



تحلیل فرضیه سوم

سلامت روان و سلامت اجتماعی پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می‌باشد. برای آزمون این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد بهداشت روان و سلامت اجتماعی در کل 25 درصد از واریانس نمرات رضایت زناشویی را تبیین می‌کند. نتایج این آزمون از جهاتی با نتایج افشانی و شیری محمدآباد (1394)، صالح و زاهدی اصل (1393)، سفیری و منصوریان راوندی (1393) و امینی رارانی و همکاران (1389) هم‌سو می‌باشد.

در توضیح این رابطه می‌توان گفت که به‌طور مثال افراد دارای اختلال افسردگی ممکن است تمایل داشته باشند که دنیا را از یک چشم‌انداز منفی نگاه کنند. این چشم‌انداز دربرگیرنده دیدگاه وی در مورد شریک زندگی وی و همچنین رابطه زناشویی آنها نیز خواهد بود. در مقابل، شناخت افراد مضطرب ممکن است حول محور انتظار شکست و زیان‌بینی باشد، ولی دیدگاه یک فرد مضطرب مانند دیدگاه یک فرد افسرده نسبت به پدیده‌ها و افراد پیرامون خود منفی نیست. دلیل دیگر این‌که ممکن است افسردگی با نقص‌های بیشتری در کارکرد زناشویی هم‌بستگی داشته باشد، ولی در مورد اضطراب، این رابطه دچار نقص‌های کمتری است. همچنین می‌توان گفت که افراد با روان‌رنجورخویی بالا در رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا از راهبردهای منفعلانه مانند دوری‌گزینی، تفکر آرزومندانه و همچنین شیوه‌های مبتنی بر ستیزه‌جویی میان فردی بهره می‌گیرند. رابطه منفی روان‌رنجورخویی با مسئله‌مداری مؤید این مطلب است که افراد دارای روان‌رنجورخویی بالا از راهبرد مسئله‌مدار کمتر استفاده می‌کنند. افراد با روان‌رنجورخویی بالا عموماً مستعد ناراحتی و نگرانی، پرخاشگر و تکانشی توصیف می‌شوند و این صفات شخصیتی با سبک مقابله‌ای غیر مسئله‌مدار سازگاری نشان می‌دهد و این افراد کمتر از راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند. افراد با خصیصه روان‌رنجوری مقیاس‌های خشم، اضطراب، شرم، تکانشگری و آسیب‌پذیری از استرس را نشان می‌دهند و تکانش‌گری به ناتوانی در کنترل امیال، آرزوها و خواسته‌ها مربوط می‌شود و در نهایت آسیب‌پذیری، احساس ناتوانی در مقابله با استرس است. افراد مضطرب وقتی با موقعیتی اضطرابی مواجه می‌شوند، ناامید شده و دچار ترس

می‌شوند. از این‌رو، افراد با نمره بالا در روان‌نژندی شیوه‌های مقابل‌های غیر مسئله‌مدار را پیشه می‌کنند (مک کری و جان، 1992).

مزایای زندگی اجتماعی می‌تواند اساس و بنیان ارائه تعریفی جهانی از سلامت اجتماعی باشد. سلامت اجتماعی عبارت است از تخمین شرایط و کارکرد یک فرد در جامعه. کیز در ادامه چالش‌های اجتماعی که ابعاد سلامت اجتماعی را تشکیل می‌دهند، توصیف می‌کند. سلامت اجتماعی این‌گونه تعریف شده است: «ارزش‌گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه» که این بازتابی از «سلامت اجتماعی مثبت» می‌باشد (کیز، 1998: 122). این نشانگر این حقیقت است که سلامت اجتماعی بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی می‌باشد که در تضاد با ملاک‌های سلامت اجتماعی از حیث میان فردی قرار می‌گیرد؛ یعنی ملاک‌هایی چون حمایت اجتماعی یا ملاک‌هایی که در سطح اجتماعی شکل اجرایی به خود می‌گیرند. مثل ارزیابی‌های سرمایه اجتماعی؛ بنابراین سلامت و سلامت اجتماعی را باید به‌گونه‌ای مفهوم‌سازی کرد که شامل خود اثبات‌گری فرد در گروه‌های اجتماعی و اعتبار و تصدیق این مورد برای افراد مختلف شود (روزنفلد، 1997).

محدودیت

- از آن‌جا که طرح پژوهش از نوع هم‌بستگی است امکان نتیجه‌گیری کلی امکان‌پذیر نیست؛ چرا که رابطه بین متغیرهای این پژوهش خود تحت تأثیرهای متغیرهای زیادی هستند که خارج محدوده کنترل پژوهشگر می‌باشد.
- می‌توان به نوع همکاری آزمودنی‌ها نیز اشاره کرد. اکثر آنها به دلیل پر کردن پرسش‌نامه رضایت زناشویی به دلیل ترس از لو رفتن نتایج حاضر به همکاری با پژوهشگر نبودند.
- با توجه به این‌که این پژوهش فقط روی یک نمونه و گروه کوچک انجام شده است امکان تعمیم به سایر افراد به‌صورت قطع و یقین وجود ندارد.
- آزمودنی‌ها همگی از میان کسانی انتخاب شده‌اند که داوطلب بوده‌اند و طبیعی است که برای انجام چنین آزمایشی امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها غیر ممکن یا بسیار پرهزینه و زمان‌بر است.



پیشنهادها

پیشنهادهای کاربردی

- 1- بر اساس یافته‌های این پژوهش، مشاوران مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد می‌توانند برای پیش‌گیری از عود اعتیاد راه‌کارهای لازم را برای کاهش اضطراب اجتماعی و تفکرات غیرمنطقی به معتادان و خانواده‌های آنها ارائه دهند.
- 2- با توجه به تأثیر سلامت اجتماعی بر رضایت زناشویی معتادان پیشنهاد می‌شود در مراکز ترک اعتیاد کارگاه‌های آموزشی مربوط به مسائل اجتماعی و رشد اجتماعی برگزار شود.
- 3- همان‌گونه که مشاهده شد افزایش سلامت روان با افزایش رضایت زناشویی معتادان رابطه داشت. برای افزایش سلامت روان در کلینیک‌های ترک اعتیاد باید تمهیداتی اندیشیده شود و با برگزاری کارگاه‌های درمانی به بهبود اختلالات روانی معتادان کمک شود.

پیشنهادهای پژوهشی

- این پژوهش در شهرها و مناطق دیگر نیز صورت گیرد. همچنین این موضوع می‌تواند روی زوجین عادی صورت گیرد و نتایج آن را با نتایج زوجین دارای اعتیاد مقایسه شود.
- در پژوهش‌های بعدی می‌توان به بررسی رابطه رضایت زناشویی این افراد با متغیرهایی نظیر نگرش دینی، نگرش به ارتباط قبل ازدواج، فرایند و محتوای خانواده نیز پرداخت.
- در پژوهش‌های بعدی با تحلیل مسیر رابطه مستقیم و غیر مستقیم سلامت اجتماعی و سلامت روان با رضایت زناشویی را مشخص کرد.
- حتی‌المکان از ابراز اندازه‌گیری بومی استفاده شود.

منابع

- ارجمندزاده، لیلیا؛ صدیقی، زیبا (1393). ارتباط و وضعیت سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل شهرستانی و تهرانی. اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران.
- آسوده، محمدحسین (1389). عوامل مؤثر بر ازدواج موفق از دیدگاه زوجین خوشبخت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانواده. دانشگاه تهران.
- افشارکهن، جواد (1382). درآمدی بر جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی. ترجمه و تألیف، تهران: انتشارات سلمان و سایه هور.
- افشانی، سید علیرضا؛ رسولی‌نژاد، سیدپویا؛ کاویانی، محمد؛ سمیعی، حمیدرضا (1392). بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی مردم شهر یزد. فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، سال هشتم، شماره 14.
- اهری، مهدی (1392). بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد و پیام نور اهر. پایان‌نامه کارشناسی. دانشگاه پیام نور. گروه علوم اجتماعی.
- باباپور خیرالدین، ج و همکاران (1388). بررسی نقش عوامل جمعیت‌شناختی در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، شماره 6: ص 19.
- بناییان، شایسته؛ پروین، ندا؛ کاظمیان، افسانه (1385). بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل. مجله علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، جلد 14 شماره 2 صص 52-62.
- بنی هاشمی، زهرا (1389). بررسی رابطه رضایت‌مندی جنسی با بهداشت روان زنان متأهل دانشگاه آزاد مرودشت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- پوراسلامی محمد؛ ایار، سمیر (1379). واژه‌نامه ارتقای سلامت، دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- پیرنیا، بیژن (1393). اثربخشی بهزیستی درمانی بر شادکامی، خوش‌بینی، امید، سلامت روان، آسیب و بهزیستی روان‌شناختی در مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه سمنان. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- جلالی طهرانی، محمدحسین (1372). بهداشت روانی. جزوه کلاسی (چاپ نشده). دانشگاه فردوسی مشهد.



- خامنه‌ای، سیدمحمد (1379). زن در خانواده و اسلام. نشریه کتاب نقد، شماره 17 صص 109-94.
- خداحیمی، سیامک (1374). مفهوم سلامت روان‌شناختی. چاپ اول، مشهد: انتشارات جاودان خرد.
- خیراله‌پور، اکبر (1383). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید بهشتی.
- دفتر ارزیابی سازمان جهانی بهداشت (2001). تحقیق در ارتقای سلامت، ترجمه محمد پوراسلامی و همکاران، تهران: انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. صص 90-8.
- راجرز، کارل (1369). درآمدی بر انسان شدن (چاپ اول). ترجمه قاسم قاضی، تهران: مرکز انتشارات علمی دانشگاه آزاد اسلامی.
- ساروخانی، باقر (1385). مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی خانواده، چاپ هفتم. تهران: انتشارات سروش.
- شاهی، عبدالستار؛ غفاری، ابراهیم؛ قاسمی فلاورجانی، خلیل (1390). رابطه سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی زوجین. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)، دوره 15، شماره 2، صص 126-119.
- شولتس، دوان (1364). روان‌شناسی کمال-الگوهای شخصیت سالم. ترجمه گیتی خوشدل، تهران: انتشارات نشر نو
- طهرانی، هادی؛ شجاعی‌زاده، داوود؛ حسینی، سیدمصطفی؛ علیزادگان، شهرزاد (1391). ارتباط سلامت روانی با تیپ شخصیتی و رویدادهای زندگی پرستاران شاغل در خدمات اورژانس تهران. نشریه پرستاری ایران دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره 25، شماره 75، صص 59-52.
- عابدی، ثریا (1392). برنامه والدگری مثبت. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، شماره 11، صص 30-27.
- علی‌پور، احمد؛ رحیمی، افسانه؛ زارع، حسین (1392). بررسی رابطه سلامت روان و رضایت زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه پیام نور استان تهران. ماهنامه مهر، جلد 24 شماره 7 صص 557-565.
- فارسی‌نژاد، معصومه (1383). 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 دانشگاه تهران.
- فرانکل، ویکتور (1375). انسان در جست‌وجوی معنا. ترجمه علی‌اکبر معارفی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- فروم، اریک (1362). هنر عشق ورزیدن. چاپ نهم، ترجمه پوری سلطانی، تهران: انتشارات مروارید.

- فقیرپور، فاطمه (1381). نقش تمایز یافتگی در روابط زناشویی، اندیشه‌های نوین تربیتی، 2 (3 و 4)، صص 27-37.
- فیضی برنجی، لطفاله (1381). تعیین میزان سلامت روان، کفایت شخصی و رضایت زناشویی در بانوان متأهل نابارور شهر کرمانشاه. رساله دکتری تخصصی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمانشاه.
- کارآمد، اصغر (1390). بررسی میزان سلامت و رضایت‌مندی از زندگی و ابعاد مختلف آن در گروه‌های مختلف ترک اعتیاد در طول دوره درمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه سیستان و بلوچستان. دانشکده علوم اجتماعی.
- کنگرلو، مریم (1387). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی.
- گنجی، حمزه (1376). بهداشت روانی. چاپ اول، تهران: انتشارات ارسباران.
- محسنی تبریزی، ع، ر. 1380. بررسی مفهوم اعتماد با رویکرد روان‌شناختی اجتماعی. نمایه پژوهش. شماره 20، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- مردی پیر سلطان، فهیمه (1393). بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی در میان کارکنان بهزیستی شهر کرج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی - دانشکده علوم توانبخشی
- مزلو، آبراهام (1372). انگیزش و شخصیت. ترجمه احمد رضوانی، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- مولا، جمیله (1391). بررسی رابطه بین سلامت معنوی و رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در دانشجویان زن متأهل رشته روان‌شناسی دانشگاه پیام نور شیراز. پایان‌نامه کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه پیام نور شیراز.
- مؤمنی، فرشته (1388). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود کیفیت زندگی معنادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ناجی نیا، محمد علی (1389). رابطه خودکارآمدی، خودبسنده‌گی با سومصرف مواد در مردان معتاد ترک کرده و مردان غیر معتاد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه بین‌المللی امام خمینی. دانشکده علوم اجتماعی.



- نصیری، خدیجه؛ هادیان، زینب (1388). بررسی رابطه تحقق انتظارات زنان متأهل از همسرانشان با رضایت زناشویی. پژوهش‌نامه علوم انسانی و اجتماعی، سال نهم، شماره 34، صص 49-70.
- نوری‌پور لیاولی، رقیه؛ زادمحمدی، علی؛ دسترس، مجید؛ سرگلزایی، مهراوه (1393). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر ارتقای عزت نفس و رضایت زناشویی معتادان در حال ترک. فصلنامه اعتیاد پژوهی، شماره 29، صص 37-48.
- هال، ورنون (1369). روان‌شناسان بزرگ. ترجمه رمضان دوستی، چاپ آرین.
- Baer, A.R., Smith, T.G., Hopkins, J., Krietemeyer & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness: Sage.13.27-45.
- baetz M, Larson DM, Macoux G, Bowen R, Grif-fin R. Canadin psychiatric inpatient religious com-mitment: an association With mental health. Can j psychiatry. 2002;47(2):159-6
- Chambless DL, Fauerbach JA, Floyd FJ, Wilson KA, Remen AL, Renneberg B.(2002). Marital interaction of agoraphobic women: a controlled, behavioral observation study. J Abnorm Psychol; 111(3): 502-12.
- Cordova, J. V., Gee, C. B., & Warren, L. Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage; Intimacy as a mediator of the relationship between emotional killfulness and marital satisfaction, Journal of Social and Clinical Psychology,(24): 218-235
- Country Progress Report on Social Determinants of Health & Equity , Aug , 2006 , Islamic Republic of Iran .
- Durkheim, Emile (1951 [1897]) Suicide: A Study in Sociology. Trans. J.A. Spaulding and G. Simpson. New York: The Free Press .
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1975). A new guide to rational living. North Hollywood, C A.
- Fowers b. j .olson d. h.(1989)enricoh maribal inventory. Adiscriminate cross-validity assessment.journal marital and family thrapy.15, pp.65-7
- Glasser. W(1965). Reality therapy: A New approach to psychotherapy New York. Harper & Row publishers.
- Goering P, Lin E, Campbell D, Boyle MH, Offord DR. (1996). Psychiatric disability in Ontario. Can J Psychiatry; 41(9): 564-71.
- Graham, J.R., 2000. How big are the tax bene"ts of debt? Journal of Finance 55, 1901}1941.
- Hourrani LL, Williams j, Forman -Hooffman V, Lane ME, Wimer B, Bray Rm.influence of spiritu-ality on depression, posttraumatic stress disorder, and suicidality in active duty military persoanel. Depress treat. 2012 : (9p)

- Keyes , C . M & Shapiro , A . (2004). ‘ Social Well- being in the U.S : A Descriptive Epidemiology ’ . In orvill Brim , Carol D . Ryff & Ronald C . Kessler (Eds) , Healthing Are you ? A national study of well-being of Midlife . univwesity of Chicago press
- Keyes , C . M (1998) . Social well-being . social psychology Quarterly, 2, pp. 121 – 14
- Keyes , C . M (2002) . The Mental Health Continuum : From languishing to flourishing in life . Journal of Health and Social Research . 43,pp .207 – 222 8
- Keyes , C . M , & Ryff , C . D (2000) . Subjective change and mental health : a self – concept theory . Social psychology Quarterly . 63, pp.264 – 279
- Keyes, Corey Lee. M. (1998). social well-being, social Psychology, Quarterly. v. 61, N. 2, pp: 121-190.
- Maltby J, Day L, McCutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: a context for examining celebrity worship and mental health. Br J Psychol. 2004; 95(Pt 4): 411-28.