

مقایسه سلامت روابط زناشویی در زنان متأهل حوزوی و غیرحوزوی

جواد خدادادی سنگده*

محسن رضایی آهوانویی**

اصغر عبداللهی***

فروغ آموستی****

چکیده

این تحقیق به منظور مقایسه سلامت رابطه زناشویی زنان متأهل حوزوی و غیرحوزوی در سال ۹۵-۹۶ انجام گرفته است. روش پژوهش توصیفی و از نوع پس‌رویدادی است. جامعه آماری پژوهش عبارت بود از تمامی زنان متأهل حوزوی و غیرحوزوی شهر تهران که حداقل دارای یک فرزند بودند. از این بین تعداد ۵۳۳ نفر (شامل ۲۳۳ حوزوی و ۳۰۰ غیرحوزوی) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس سلامت خانواده ایرانی (IFHQ) و پرسشنامه جمعیت‌شناختی استفاده شد. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش برای گروه حوزوی بین ۲۰ تا ۴۹ سال با میانگین سنی ۳۶/۳ و برای افراد غیرحوزوی بین ۲۱ تا ۵۲ سال با میانگین ۳۷/۶ بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین سلامت روابط زناشویی و ابعاد آن در زنان متأهل حوزوی و غیرحوزوی وجود دارد و زنان متأهل حوزوی سلامت بیشتری را نشان می‌دهند ($p < 0.001$). بنابراین شایسته است که پایه‌ها و مایه‌های دینی در پرداختن به خانواده‌ها و زوجین با توجه بیشتری دنبال شود.

واژگان کلیدی: سلامت رابطه زناشویی، زنان متأهل، حوزوی و غیرحوزوی.

* استادیار مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
Javad.khodadadi7@gmail.com

** دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران.
mohsen.rezaieeahvanuiee@mail.um.ac.ir

*** دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد کیش، ایران.
mohsenrezaiee.ir69@hotmail.com

**** کارشناسی ارشد مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
mohsenrezaiee.ir69@yahoo.com

مقدمه

خانواده به‌عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهای هر جامعه‌ای محسوب می‌شود که تحقیقات متعدد در رشته‌های مختلف علوم انسانی تأثیر این نهاد در شکل‌گیری رفتار اعضای آن را نشان داده‌اند. بسیاری از متخصصان سلامت روانی و محققان تأکید کرده‌اند که رضایت هر فرد از زندگی به رفع نیازهای او در محیط خانواده برمی‌گردد. وقتی مرد و زنی تصمیم می‌گیرند که با هم ازدواج کنند و خانواده جدیدی را شکل دهند، نقش هر یک در ایجاد یک زندگی با کیفیت زناشویی بالا بسیار مهم است (خدابخشی کولایی، ادیبراد و صدق‌پور، ۲۰۰۹).

کیفیت روابط درون خانواده، نقش مؤثری در شکل‌گیری نگرش‌ها و بازخوردهای اجتماعی، آمادگی و توسعه مهارت‌های اجتماعی اعضای خانواده دارد و پایه و اساس روابط درون خانواده بر محور رابطه زن و شوهر استوار است. بنابراین در نظام خانواده عنصر ارتباط بسیار تعیین‌کننده است. خانواده‌های بالنده روش برقراری ارتباط و انتقال پیام را به خوبی یاد گرفته‌اند و بر این اساس الگوهای ارتباطی سالمی دارند (ستیر، ۱۳۹۳). بدین واسطه یکی از راه‌های پی بردن به ساختار خانواده، توجه به کانال‌های ارتباطی است. یعنی توجه به روابطی که به فراوانی در یک خانواده رخ می‌دهد (فاتحی‌زاده و احمدی، ۱۳۸۴).

هنگامی که رابطه زوجی شکل می‌گیرد، اولین مرحله چرخه زندگی یک خانواده تشکیل می‌شود که سنگ زیربنای آن نیز به حساب می‌آید (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۸). گذاشته شدن سنگ زیربنای تشکیل خانواده از طریق ازدواج می‌تواند آغازگر یک جنبش باشد. جنبشی در جهت رشد فردی و کنار هم ماندن برای رفع مشکلات زوجی (گورمن، ۲۰۰۸). در این زمینه هم درمانگران و هم زوجین معتقدند که مشکلات ارتباطی شایع‌ترین و مخرب‌ترین مشکلات در ازدواج‌های شکست خورده است (سوزان و همکاران، ۲۰۰۶). در این میان الگوهای ارتباطی نامطلوب موجب می‌شود که مسائل مهم رابطه، حل نشده باقی بمانند و منابع تعارض تکراری شوند (هالفورد، ۱۳۸۷).

الگوهای ارتباطی می‌توانند میزان خشنودی زناشویی را تعیین کنند تا جایی که اکثر زوجین ناکارآمد، این مشکلات را به‌عنوان مسئله اصلی خود معرفی می‌کنند. الگوهای ارتباطی معیوب، درک صحیح زوجین را از یکدیگر کاهش می‌دهد و باعث می‌شود زوجین از یکدیگر حمایت کافی نداشته باشند، و نتوانند در برخورد با مسائل تعارضی دیدگاه یکدیگر را درک کنند (گاتمن، ۱۹۹۴). براساس الگوی سنجش خانواده و زوج که توسط اولسون^۱ (۲۰۰۰) تدوین گردیده بعد ارتباطات دارای طیفی است که از سطوح پایین ارتباطی تا سطوح بالا کشیده می‌شود. ابعادی که در این حوزه

1. Olson, D. H.

درجه‌بندی می‌شوند شامل: مهارت‌های گوش دادن (همدلی، گوش کردن توجه‌آمیز)، مهارت‌های صحبت کردن (صحبت با یک نفر، صحبت برای سایرین)، بی‌پرده‌گویی، وضوح ارتباطی، تداوم در ارتباط، احترام و پذیرش. دید اولسون نسبت به ارتباط، به‌عنوان بعدی تسهیل‌گر است که انواع خانواده‌ها، ابعاد همبستگی و انعطاف‌پذیری خودشان را در قالب این بعد بروز می‌دهند.

از آنجایی که نوع تعاملات زوجین در محیط زندگی رابطه مستقیم با احساسات دارد بنابراین نقش ارتباطات سازنده در زندگی زوجین ضروری به نظر می‌رسد. به‌گونه معمول، زوجینی که روابط عمیق، منطقی، دوستانه و صمیمی را تجربه می‌کنند، افرادی موفق، با اعتماد به نفس بالا، مثبت‌گرا و رضایت‌مند از زندگی به حساب می‌آیند. از سویی دیگر، زوجینی که با یکدیگر روابط ناکارآمد دارند افرادی با سطح سازگاری پایین، گوشه‌گیر، تکانشی، و مأیوس هستند. ارتباط مؤثر و کارآمد رابطه‌ها را بهبود بخشیده و دوستی، اعتماد و حمایت را در بین زوجین افزایش می‌دهد. از طرف دیگر ارتباطات ناکارآمد شرایط را برای تضعیف پیوند زناشویی فراهم می‌کند (گیلیاتریک، ۲۰۰۸).

درک مشترک از الگوهای ارتباطی بین زوجین در واقع همان روشن‌سازی تعاملات زناشویی مثبت است که زوجین را در مسیر دریافت و رشد مهارت‌های ارتباطی یاری می‌دهد. سلامت ارتباط زناشویی در واقع رفتارهایی را دربر می‌گیرد که حفظ‌کننده ازدواج و پیوند زناشویی هستند. پژوهش‌های متعدد، سازگاری زناشویی (هالفورد و سویپر،^۱ ۲۰۱۳؛ ناب و وگت، ۲۰۱۱؛ تروینو، ووتن و اسکات، ۲۰۱۱) و همبستگی زوجی (استانفورد و ولف، ۲۰۱۳؛ توزر و همکاران، ۲۰۱۰؛ کیم و همکاران، ۲۰۰۸) را تعیین‌کننده‌های اصلی شکل‌گیری روابط کل خانواده معرفی کرده‌اند. مطالعات فراوانی نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری و انحرافات افراد بیشتر ریشه در خانواده‌هایشان دارد. در این شرایط دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده و سلامت خانواده در گرو برخورداری افراد از مهارت‌های ارتباطی مؤثر در کنار سلامت روان است (اکروودیو، ۲۰۱۰). با احتساب مطالب ذکرشده، در درون هر جامعه‌ای قشرهای گوناگونی مشغول به فعالیت هستند. آگاهی از نحوه عملکرد آنان در عرصه اجتماع، نقش بی‌بدیلی در برنامه‌ریزی‌های کلان و خرد جامعه ایفا می‌کند. در این پژوهش هدف آن است تا با بررسی و مقایسه سلامت روابط زناشویی زنان متأهل حوزوی و غیرحوزوی، دیدی جامع‌نگر نسبت به عملکرد خانواده‌های هر یک از این اقشار جامعه حاصل گردد. در این راستا در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این پرسش هستیم که آیا بین سلامت رابطه زناشویی در زوجین حوزوی و غیرحوزوی تفاوت معناداری وجود دارد؟

1. Halford, W. K., & Sweeper, S.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع پس‌رویدادی است که جهت مقایسه سلامت رابطه زناشویی در زنان متأهل حوزوی و غیرحوزوی انجام شده است. جامعه آماری پژوهش متشکل از تمامی زنان متأهل حوزوی و غیرحوزوی شهر تهران که دست کم دارای یک فرزند بودند، در بازه زمانی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ بود. منظور از خانواده حوزوی خانواده‌ای است که یکی از والدین (در این پژوهش زن خانواده) مشغول به تحصیل یا فارغ‌التحصیل از مدارس علمیه است. از بین جامعه پژوهش، تعداد ۵۳۳ نفر (شامل ۲۳۳ حوزوی و ۳۰۰ غیرحوزوی) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در مطالعه شرکت کردند. نمونه واجد شرایط غیرحوزوی با مراجعه به فرهنگ‌سراها، خانه‌های سلامت شهرداری، کتابخانه‌ها و پارک‌ها و نمونه حوزوی با مراجعه به مدارس علمیه شهر تهران انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات لازم از پرسشنامه خانواده‌سالم ایرانی و پرسشنامه جمعیت‌شناختی استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه خانواده‌سالم ایرانی (IFHQ): این پرسشنامه شامل ۸۸ گویه‌ای که متناسب با بافت فرهنگی و اجتماعی خانواده‌های ایرانی ساخته و اعتبارسنجی شده است، عوامل مختلف مرتبط با سلامت خانواده را می‌سنجد و شامل ۶ خرده‌مقیاس عوامل فردی، زوجی، خانوادگی، والدگری، اجتماعی و دینی است (خدادادی سنگده، ۱۳۹۳). پاسخ سؤالات از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است که مقیاس این پرسشنامه از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) متغیر است. در پژوهش حاضر از مقیاس فرعی سلامت رابطه زوجی استفاده شده است. این خرده‌مقیاس ۲۸ سؤالی در ۷ بُعد فرعی تنظیم شده است و سلامت رابطه زناشویی را در ابعاد مختلف قدردانی، تعهد، صمیمیت زناشویی، رضایت جنسی، تلاش برای خشنودی یکدیگر، حمایت‌گری متقابل و توافق زوج بر سر مسائل اساسی را در رابطه زوجی می‌سنجد. ملاحظات شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه ضمن تأیید روایی صوری و محتوایی از سوی متخصصان، روایی سازه و پایایی ترکیبی مطلوب و بالایی را با استفاده از روش تحلیل‌عاملی تأییدی نشان داده است (خدادادی سنگده، نظری و احمدی، ۱۳۹۶). در این پژوهش نیز میزان اعتبار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس فرعی سلامت رابطه زوجی ۰/۸۹ و دامنه ضریب ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ را برای ابعاد فرعی آن به دست آمده است که بیانگر اعتبار مطلوب ابزار است.

پرسشنامه جمعیت‌شناختی: اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد مانند سن، تحصیلات، دین، مدت

ازدواج و تعداد فرزندان با استفاده از پرسشنامه جمعیت‌شناختی بررسی شد. اطلاعات به دست آمده با توجه به هدف پژوهش با استفاده از شاخص‌های توصیفی و جهت مقایسه گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام گرفته است.

یافته‌های پژوهش

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش برای گروه حوزوی بین ۲۰ تا ۴۹ سال با میانگین سنی ۳۶/۳ و برای افراد غیرحوزوی بین ۲۱ تا ۵۲ سال با میانگین ۳۷/۶ بود. همه زنان مورد مطالعه حداقل دارای یک فرزند بودند و میانگین مدت ازدواج آنها ۱۵/۴ سال برای گروه حوزوی و ۱۶/۷ سال برای غیرحوزوی بود. ۹۵ درصد افراد شرکت‌کننده در پژوهش دارای مذهب شیعه، نزدیک به ۴ درصد اهل سنت و ۱ درصد باقی نیز جزء اقلیت‌های دینی بودند. تحصیلات گروه حوزوی به ترتیب ۳۹ درصد سطح دو، ۳۴ درصد سطح یک، ۲۲ درصد سطح سه و حدود ۵ درصد نیز سطح چهار حوزه را شامل شد. زنان غیرحوزوی ۴۱/۴ درصد کاردانی و کارشناسی، ۳۳/۹ درصد دیپلم، ۱۸/۹ درصد راهنمایی و پایین‌تر، ۵/۲ درصد فوق لیسانس، و ۰/۶ تحصیلات خود را دکتری گزارش کردند. جدول ۱ وضعیت افراد شرکت‌کننده در پژوهش را نشان می‌دهد.

برای بررسی این فرضیه که بین سلامت رابطه زناشویی زنان متأهل حوزوی و غیرحوزوی شرکت‌کننده در پژوهش تفاوت وجود دارد پس از بررسی پیش فرض‌های آزمون به دلیل همبستگی بین متغیرهای پژوهش از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. ابتدا آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس خطای متغیرهای وابسته در سطوح متغیر مستقل بررسی شد. معنادار نبودن آماره F در این آزمون نشان‌دهنده همگنی واریانس خطای متغیرهای وابسته در سطوح متغیر مستقل است (جدول ۱).

جدول ۱: نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس خطا

معناداری	Df2	Df1	F	متغیر وابسته
۰۰۱/۰	۴۹۳	۱	۶۴/۲۴۳	سلامت رابطه زناشویی
۰۰۱/۰	۴۹۳	۱	۲۰/۱۲	صمیمیت
۰۰۱/۰	۴۹۳	۱	۸۱/۲۸	تعهد
۰۰۱/۰	۴۹۳	۱	۶۶/۱	قدردانی
۰۰۱/۰	۴۹۳	۱	۵۵/۱۹	تلاش متقابل برای خشنوی
۰۰۱/۰	۴۹۳	۱	۰۱/۳	توافق سر موضوعات اساسی
۰۰۱/۰	۴۹۳	۱	۰۳/۱۷	حمایت متقابل
۰۰۱/۰	۴۹۳	۱	۹۷/۱۲	رضایت جنسی

سپس برای پاسخ به این فرضیه که به صورت کلی بین سلامت رضایت زناشویی در زوجین حوزوی و غیرحوزوی تفاوت معناداری دارد از آزمون واریانس چندمتغیره استفاده شد. در این تحلیل حوزوی و غیرحوزوی بودن به عنوان متغیر مستقل و سلامت ازدواج و ابعاد آن به عنوان متغیرهای وابسته وارد معادله شدند. جدول ۲ نتایج حاصل از آزمون واریانس چندمتغیره برای این تحلیل را نشان می‌دهد.

جدول ۲: نتایج حاصل از آزمون واریانس چندمتغیره

معناداری	Df خطا	Df سؤال	F	ارزش	آزمون چندمتغیره
۰۰۱/۰	۸۳۷	۲۲	۱۶/۴۳	۲۸/۰	اثر پیلای
۰۰۱/۰	۸۲۸	۲۲	۱۵/۵۲	۴۲/۰	لامبدای ویلکس
۰۰۱/۰	۸۲۸	۲۲	۳۲/۶۱	۳۳/۰	اثر هاتلینگ
۰۰۱/۰	۶۳۶	۱۱	۲۰/۱۱۸	۴۶/۰	بزرگ‌ترین ریشه‌روی

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود نتایج حاصل از آزمون واریانس چندمتغیره برای بررسی معناداری کلی این مدل معنادار است. به عبارت دیگر، این نتایج نشان می‌دهند که به صورت کلی سلامت رابطه زناشویی در بین دو گروه تفاوت معناداری دارد. بنابراین، برای بررسی معناداری تک‌تک ویژگی‌ها از آزمون تأثیرات بین آزمودنی استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج آزمون تأثیرات بین آزمودنی

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات نوع سوم	Df	میانگین مجزورات	F	معناداری	اندازه اثر
سلامت رابطه	۱۵/۳۹	۱	۷۲/۲۹	۱۵/۶۱	۰۰۱/۰	۰۶/۰
صمیمیت	۷۰/۳۵	۱	۷۰/۲۲	۶۷/۲۳	۰۰۱/۰	۰۳/۰
تعهد	۲۰/۷۶۳	۱	۶۱/۲۱۳۳	۹۹/۲۴۱	۰۰۱/۰	۱۸/۰
قدردانی	۶۲/۳۰۹	۱	۹۹/۲۶۸	۳۳/۳۳	۰۰۱/۰	۰۱/۰
تلاش برای خشنودی متقابل	۷۴/۲۶۶	۱	۹۷/۱۳۰	۴۶/۲۲	۰۰۱/۰	۰۳/۰
توافق سر موضوعات اساسی	۲۳/۲۱۹	۱	۱۳/۱۱۳	۴۳/۲۶	۰۰۱/۰	۰۳/۰
حمایت متقابل	۰۴/۲۳۱	۱	۰۶/۱۱۹	۱۴/۲۲	۰۰۱/۰	۰۵/۰
رضایت جنسی	۱۹/۳۰۱	۱	۲۷/۲۰۹	۸۶/۴۷	۰۰۱/۰	۰۴/۰

همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، سلامت رابطه زناشویی و ابعاد آن، در بین دو گروه تفاوت معناداری دارد. در گام نهایی، برای بررسی معناداری تفاوت دو گروه، از مقایسه‌های پس از تجربه (آزمون‌های تعقیبی) استفاده شد. نظر به اینکه اندازه نمونه برای این دو گروه تفاوت دارد و نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس خطای چند متغیر وابسته در سطوح متغیر مستقل

معنادار شد، از آزمون تعقیبی گیمز/هاول^۱ برای مقایسه‌های پس از تجربه استفاده شد. شایان ذکر است که برای بررسی تفاوت در متغیرهای وابسته با همگنی واریانس در گروه‌ها از آزمون شفه استفاده شده است (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه سلامت رابطه زناشویی

متغیرهای وابسته	نوع گروه	میانگین	انحراف معیار	F	معناداری	اثر اندازه	جایگاه تفاوت
سلامت رابطه	۱. حوزوی	۴۰/۸۳	۶۰/۰	۲۷/۱۰۸۶	۰۰/۱۰	۱۱/۰	۱ > ۲
	۲. غیرحوزوی	۵۷/۷۶	۸۱/۰				
صمیمیت	۱. حوزوی	۷۲/۱۴	۰۰/۱	۵۲/۴۲	۰۰/۱۰	۰۴/۰	۱ > ۲
	۲. غیرحوزوی	۶۹/۱۳	۰۴/۱				
تعهد	۱. حوزوی	۷۱/۱۶	۷۶/۲	۷۱/۳۶۲	۰۰/۱۰	۲۱/۰	۱ > ۲
	۲. غیرحوزوی	۴۷/۱۳	۰۹/۳				
قدردانی	۱. حوزوی	۵۷/۱۶	۸۵/۲	۱۱/۵۱	۰۰/۱۰	۰۴/۰	۱ > ۲
	۲. غیرحوزوی	۵۳/۱۴	۸۶/۲				
تلاش برای خشنودی	۱. حوزوی	۴۳/۱۴	۴۸/۲	۰۴/۳۹	۰۰/۱۰	۰۶/۰	۱ > ۲
	۲. غیرحوزوی	۷۷/۱۲	۴۹/۲				
توافق سر مسائل اساسی	۱. حوزوی	۵۸/۱۵	۰۳/۲	۶۷/۴۹	۰۰/۱۰	۰۴/۰	۱ > ۲
	۲. غیرحوزوی	۸۸/۱۴	۱۶/۲				
حمایت متقابل	۱. حوزوی	۹۸/۱۶	۴۱/۲	۳۰/۵۵	۰۰/۱۰	۰۴/۰	۱ > ۲
	۲. غیرحوزوی	۷۸/۱۶	۴۶/۲				
رضایت جنسی	۱. حوزوی	۸۴/۱۴	۴۳/۲	۱۹/۵۹	۰۰/۱۰	۰۴/۰	۱ > ۲
	۲. غیرحوزوی	۴۹/۱۳	۲۹/۲				

همان‌گونه که در جدول ۵ نشان می‌دهد، میانگین تمام گروه‌ها در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری با یکدیگر دارد. بر این اساس نتیجه گرفته می‌شود که سلامت روابط زناشویی و ابعاد آن بین زنان متأهل حوزوی و غیرحوزوی متفاوت است. همچنین تحلیل‌های صورت گرفته شده نشان

۱. games/howell (آزمون تعقیبی برای گروه‌های نابرابر، عدم تبعیت از نرمال بودن و عدم پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها).

می‌دهد که سلامت در روابط زناشویی در زنان متأهل حوزوی به مراتب مؤثرتر از سلامت روابط زناشویی در زنان متأهل غیرحوزوی است.

نتیجه‌گیری

پژوهش با هدف مقایسه و بررسی سلامت روابط زناشویی در زنان متأهل حوزوی و غیرحوزوی در سطح شهر تهران انجام گرفته است. نتایج حاکی از این موضوع دارد که سلامت روابط زناشویی بین زنان متأهل اقشار حوزوی و غیرحوزوی به صورت معناداری متفاوت است. به این صورت که سلامت روابط زناشویی در زنان متأهل حوزوی نسبت به زنان متأهل غیرحوزوی بالاتر است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های هوشیاری و رحمتی (۱۳۹۷)، علیانسب (۱۳۸۹)، کوثری (۱۳۸۷) همخوان و با پژوهش فرهوش، عرفانی و حبیب‌الهی (۱۳۹۸) ناهمخوان است. سلامت روابط زناشویی با تأکید بر هفت مؤلفه، سازمان و الگوی تبادل‌ی این بافت را تبیین می‌کند. این مؤلفه‌ها شامل صمیمیت، تعهد، قدردانی، تلاش برای خشنودی، توافق بر سر مسائل اساسی، حمایت متقابل، و رضایت جنسی می‌شوند.

براساس نتایج می‌توان این‌گونه تبیین کرد که فرهنگ اسلامی و رهنمودهای اخلاقی، اجتماعی و خانوادگی آن سال‌هاست که در بافت فرهنگ ایرانی ریشه دوانده است و توجه به آموزه‌های این دین آسمانی ضامن سلامت روابط زناشویی به حساب می‌آید (محمودزاده و همکاران، ۱۳۹۳). اسلام خانواده را از مهم‌ترین و اساسی‌ترین واحدهای اجتماعی می‌داند که بنای آن بر الفت، همدلی و همدمی استوار گردیده و این بنا محبوب‌ترین بناها در پیشگاه خداوند است. روابط آن بر مودت و رحمت پایه‌گذاری شده و گرمی کانون خانواده مورد توجه و عنایت همه‌جانبه اسلام قرار دارد (قائمی، ۱۳۹۳). یعنی توجه و عنایت ویژه به معارف اسلامی از قبیل مسائل اخلاقی و ارزش‌های انسانی. به عبارتی، مذهب و خانواده ارزش‌های مشابهی را مورد تأکید قرار می‌دهند که سبب شده است پژوهشگران رابطه‌ای نزدیک بین این دو پیش‌بینی کنند (مصلحی و احمدی، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، در شرایط کنونی تهاجمات گسترده علیه فرهنگ ایرانی-اسلامی صورت گرفته است. در این بین قشر حوزوی به دلیل حضور همه‌جانبه در پای سفره شریعت و تمهیدات خاصی که در جهت مقابله با این تهاجمات طراحی کرده‌اند، نسبت به اقشار دیگر جامعه کمتر در معرض انحراف از مسیر الهی-آسمانی قرار دارند. از زیرمقیاس‌های سلامت رابطه زناشویی مؤلفه صمیمیت است. براساس مبانی نظری، صمیمیت زناشویی نتیجه افشای مسائل صمیمانه و در میان گذاشتن تجارب صمیمانه است. در این رابطه اسلام نصایح و پیشنهادات ارزشمندی دارد که قشر حوزوی بیشتر با این معارف ارتباط

دارند. با این حال، ارتباط تنها و مؤثرترین شیوه‌ای است که می‌تواند در رابطه‌ای به صمیمیت عمق ببخشد (نانسی، ۲۰۰۷). به عبارتی از طریق ارتباط و تماسی کارآمد و ماهرانه، ابراز هیجانات به شیوه‌ای درست و سازنده، عدم وجود خود-مرکزی، وجود همدلی، عدم غرق شدن در اتفاقات گذشته، و آگاهی نسبت به خود و دیگران حاصل می‌گردد.

زیرمقیاس دوم سلامت روابط زناشویی که در حقیقت پژوهش‌های صورت گرفته آن را دومین عامل حفظ‌کننده ازدواج معرفی می‌کند مؤلفه تعهد است. تعهد زناشویی به معنای وفادار ماندن به خانواده و اعضای آن هنگام غم و شادی، و در هنگام وقایع خوشایند و ناخوشایند زندگی است (مک‌کارتی، ۱۹۹۹). تعهد به همسر برای موفقیت یک ازدواج مهم است. تعهد زناشویی قوی‌ترین و پایدارترین عامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت و ثبات رابطه زناشویی است (موساکو، ۲۰۰۹). در اسلام و در حوزه‌های علمیه، تأکیدات زیادی بر تعهد شده است از جمله در قرآن کریم و در سوره مبارکه بقره آیه ۱۷۷ نیکوکاران را کسانی معرفی می‌کند که به تعهدات خود عمل می‌کنند.

قدردانی زیرمقیاس سوم است که به معنای سپاسگزاری و بزرگواری است و ریشه در مهربانی و سخاوت دارد (لامبرت، ۲۰۰۹؛ رضایی آهوانویی، نظری و رسولی، ۲۰۱۷). طی بررسی‌های صورت گرفته شده، افراد قدردان در برخورد با مشکلات، هم حمایت‌های ابزاری و هم حمایت‌های اجتماعی بیشتری را دریافت می‌کنند (کدخدازاده، مهرابی و کلانتری، ۱۳۹۴). در احادیث فراوانی به مسئله قدردانی اشاره شده است، که نتیجتاً افزایش سلامت روابط زناشویی را در بافت خانوادگی حوزوی‌ها نشان می‌دهد از قبیل؛ هرکس بیشتر دوستدار اسلام و قرآن است، بیشتر از همسرش قدردانی می‌کند، بیشتر به وی محبت و احترام می‌کند.

تلاش برای خشنودی زناشویی بعدی است که از طریق پایبندی به مذهب و معنویت افزایش می‌یابد و پژوهش نریمانی و همکاران (۱۳۹۴) این موضوع را مورد بررسی قرار دادند. تقیدات مذهبی در درجه اول به بهبود روابط و تقویت و تحکیم آن در بین زن و شوهر کمک می‌کند و موجب می‌شود زن و شوهر دیدگاه و اهداف مشترکی را در زندگی خود دنبال کنند، اوقات فراغت را همراه با خانواده باشند، با خویشاوندان یکدیگر روابط مناسبی داشته و روابط زناشویی رضایت‌بخشی را با یکدیگر تجربه کنند.

توافق سر مسائل اساسی یعنی ارائه ایده‌هایی که دغدغه‌ها و خواسته‌های زوجین را برآورده می‌کند. ایجاد یک راه‌حل یا طرح یک عمل، به زوجین احساس رضایت می‌دهد؛ زیرا هر دو طرف احساس می‌کنند که احساسات و نگرانی‌هایشان شنیده شده است و در ایجاد توافق مورد استفاده قرار می‌گیرد (اسکوکا، ۲۰۰۵؛ احمدزاده و حیاتی، ۱۳۹۵).

زن و مرد در فضای خانواده باید از یکدیگر حمایت داشته باشند تا سلامتی روابط در بافت خانواده دچار آسیب نگردد. در واقع خانواده‌ای موفق‌تر است که در بافت آن، زن و شوهر بهتر بتوانند نیازهای یکدیگر را پوشش دهند و انتظارات یکدیگر را برآورده کنند. تأکید دین اسلام بر حمایت متقابل قابل ذکر است؛ با هم اخلاق خوش داشته باشند و سازگاری نمایند و با همکاری هم، مشکلات را برطرف نموده و فرزندان را تربیت کنند.

رضایت جنسی آخرین بعد اثرگذار در سلامت روابط زناشویی معرفی می‌گردد. تعالیم قرآنی این واقعیت زندگی بشری را تأکید می‌کند و این نکته را خاطر نشان می‌کند که مردم در دنیا از هیچ چیز به اندازه روابط جنسی لذت نمی‌برند (انصاریان، ۱۳۷۶). در معارف قرآن به روابط عاطفی و جنسی با دید معنوی و عبادی نگریسته شده است. ایجاد این نگرش مثبت دینی به این روابط باعث می‌شود زوجین از روابط مشروع خود لذت و نشاط بیشتری ببرند و این از امتیازات مهم دین اسلام نسبت به برخی از ادیان است که غالباً روابط عاطفی و جنسی زوجین را با دید منفی نگریسته‌اند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر این نکته قابل استنباط است که با تبعیت از احکام و فرامین قرآن به‌عنوان نماینده اسلام، می‌توان به ساماندهی نهاد خانواده پرداخت. تا در این نهاد ارزشمند روابط زناشویی سالم طراحی گردد که پیش‌نیازی است برای ارضای مشروع نیازها، آرامش روانی، امنیت اجتماعی، سلامت جسمانی و رشد و تربیت فرزندان. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش به سایر مناطق و فرهنگ‌ها نیز اشاره کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی در حوزه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی و در مقیاسی وسیع‌تر صورت بگیرد.

منابع

* قرآن کریم.

۱. احمدزاده، ابوبکر و مژگان حیاتی (۱۳۹۵)، «بررسی رابطه بهزیستی معنوی و هوش معنوی با سازگاری زناشویی»، مجله مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۲ (۴/۲)، ص ۹-۱۷.
۲. انصاریان، حسین (۱۳۷۶)، نظام خانواده در اسلام، قم: نشر ام‌اینها.
۳. خدادادی سنگده، جواد (۱۳۹۳)، «شناسایی و سنجش شاخص‌های سلامت خانواده و ارائه مدل خانواده سالم مبتنی بر بافت فرهنگی-اجتماعی»، پایان‌نامه دکتری مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی تهران.
۴. خدادادی سنگده، جواد؛ علی محمد نظری و خدابخش احمدی (۱۳۹۶)، «شاخص‌های سلامت خانواده و ارائه مدل مفهومی خانواده سالم اسلامی-ایرانی: مطالعه کیفی»، مجله روان‌شناسی و دین، ۱۰ (۳): ص ۲۵-۴۰.
۵. ستیر، ویرجینیا (۱۳۹۳)، آدم‌سازی در روان‌شناسی خانواده، ترجمه بهروز بیرشک، تهران: رشد.
۶. علیان‌سب، سیدحسین (۱۳۸۹)، «بررسی رابطه دینداری و اضطراب مرگ در بین دانشجویان و طلاب شهر قم»، روان‌شناسی و دین، ۹، ص ۵۵-۶۸.
۷. فاتحی‌زاده، مریم‌السادات و سیداحمد احمدی (۱۳۸۴)، «بررسی رابطه الگوهای ارتباطی ازدواج و میزان رضایت‌مندی زناشویی زوجین شاغل در دانشگاه اصفهان»، فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱ (۲)، ص ۱۰۹-۱۲۰.
۸. فرهوش، محمد؛ احمد عرفانی و حمیدرضا حبیب‌الهی (۱۳۹۸)، «رابطه دلبستگی به خدا با شادکامی و رضایت از زندگی در طلاب و غیرطلاب»، دوفصلنامه روان‌شناسی فرهنگی، ۳ (۱)، ص ۲۰۹-۲۲۳.
۹. قائمی، علی (۱۳۹۳)، نظام حیات خانواده در اسلام، تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
۱۰. کدخدازاده، شیوا؛ حسینعلی مهربانی و مهرداد کلانتری (۱۳۹۴)، «پیش‌بینی قدردانی براساس سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و استرس در دختران نوجوان»، روان‌شناسی دین، ش ۲۹، ص ۹۹-۱۱۴.
۱۱. کوثری، یدالله (۱۳۸۷)، «بررسی رابطه میزان دینداری و سطح رضامندی از زندگی در دانش‌پژوهان علوم دینی و دانشجویان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.

۱۲. محمودزاده، اعظم؛ سیمین حسینیان؛ سیداحمد احمدی و مریم فاتحی‌زاده (۱۳۹۳)، «بررسی تأثیر زوج‌درمانی اسلامی بر صمیمیت زناشویی»، مجله روان‌شناسی دین، ش ۲۵، ص ۵۹-۷۰.
۱۳. نریمانی، محمد؛ پرویز پرزور و اکبر عطادخت و مسلم عباسی (۱۳۹۴)، «نقش بهزیستی معنوی و پایبندی مذهبی در پیش‌بینی رضامندی زناشویی پرستاران»، مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۴ (۲)، ص ۱-۱۰.
۱۴. هالفورد، کیم (۱۳۸۷)، زوج درمانی کوتاه‌مدت، ترجمه مصطفی تبریزی و مژده اردکان و فاطمه جعفری، تهران: انتشارات فراوان.
۱۵. هوشیاری، جعفر و امین رحمتی (۱۳۹۷)، «مقایسه جهت‌گیری مذهبی، عوامل شخصیتی و رضایت از زندگی در میان دانشجویان و طلاب شهر قم»، دوفصلنامه تخصصی پژوهش‌های روان‌شناسی اسلامی، ۱ (۱)، ص ۷-۲۹.
16. Gillpatrick, S. (2008), *Seven Ways couples add conflict to conflict*. Centerstone, Wellness program.
17. Goldenberg, I., Goldenberg, H. (2008), *Family Therapy: An Overview*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
18. Gottman, J. (1994), *Why Marriage Succeed or Fail*, New York: Simon & Schuster.
19. Gurman, A. S. (2008), *Clinical Handbook of Couple Therapy*; NY: The Guilford Press.
20. Halford, W. K., & Sweeper, S. (2013), Trajectories of adjustment to couple relationship separation. *Family Process*, 34: 519–532.
21. Khodabakhshi Koolae, AK., Adibrad, N., Sedgh Poor, BS. (2009), The Comparison of Relationship Beliefs and Couples Burnout in women who apply for Divorce and Women Who Want to Continue their Marital Life. *Iran J Psychiatry*. 5: 35–39.
22. Kim, Y.; Kashy, D. A.; Wellisch, D. K.; Spillers, R. L. Kaw, C. K.; Smith, T. G. (2008), Quality of Life of Couples Dealing with Cancer: Dyadic and Individual Adjustment among Breast and Prostate Cancer Survivors and Their Spousal Caregivers; *Annual Journal of Behavior Medicine*, 35: 230–238.
23. Rezaiee Ahvanuiee M, nazari A M, Rasoli M. The Effect of Relationship Enhancement on Solving Dimensions of Work-Family Conflict. *PCNM*. 2017; 7 (1): 8–17.

24. Knabb, J. J. Vogt, R. G. (2011), The relationship between personality and marital adjustment among distressed married couples seen in intensive marital therapy: An actor-partner interdependence model analysis. *Contemporary Family Therapy*, 33:417–440.
25. Lambert, N.M, & et al. (2009), More Gratitude, Less Materialism, The Mediating Role of life satisfaction, *The journal of positive psychology*, 4 (1), p. 32–42.
26. McCarthy, B. W. (1999), Marital style and its effects on sexual desire and functioning. *Journal of Family Psychotherapy*, 10(3), 1–12.
27. Mosako, J. (2009), *Commitment and attachment dimensions*. In partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy: Purdue University.
28. Moslehi J, Ahmadi MR. (2013), The role of religious life in marital satisfaction couples *Psychology and Religion*. 6(2): 75–90.
29. Nancy, J. S. (2007), *Communication and Intimacy*. www.nancy Jane Smith.com.
30. Okorodudu, G. N. (2010), Influence of parenting styles on adolescent delinquency in delta central senatorial district. *Edo Journal of Counselling*, 3(1), 58–86.
31. Olson, D. H. (2000), Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 22: 144–167.
32. Scuka, R. F. (2005), *Relationship Enhancement Therapy; Healing Through Deep Empathy and Intimate Dialogue*. Routledge Taylor & Francis Group. New York.
33. Stanford, K. Wolfe, K. L. (2013), What married couples want from each other during conflicts: an investigation of underlying concerns? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32 (6): 674–699.
34. Susan, J.C, Keith, S.D. Rachel, M. (2006), Marital Problem solving behavior in depression and marital distress, *Journal of Abnormal Psychology*, 115: 20–38.
35. Trevino, A. T., Wooten. H. Scott, R. E. (2011), A correctional study between depression and marital adjustment in Hispanic couples. *Family Journal*, 15(1): 46–52.
36. Tuzer, V. Tuncel, A. Goka, S. Dogan Bulut, S. Yuksel, F. V. Atan, A. Goka, E. (2010), Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Turkish Journal of Medical Science*, 40 (2): 229–237.