



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد مرودشت

دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته مشاوره

گرایش: مشاوره توانبخشی

عنوان:

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

استاد راهنما:

دکتر سوسن سهامی

نگارش:

آسیه کشاورز

زمستان ۱۳۹۵

**این پایان نامه توسط دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با
مواد مخدر ریاست جمهوری حمایت مالی شده است.**



معاونت پژوهش و فناوری

به نام خدا

مشور اخلاق پژوهش

بیاری از خداوند سبحان و اعتقاد به این که عالم محضر خداست و همواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشتن مقام بلند دانش و پژوهش و نظر به اهمیت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری، مادانشجویان و اعضاء هیئت علمی واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

- ۱- اصل برائت: التزام به برائت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیر علمی می آلاینند.
- ۲- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.
- ۳- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به بکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.
- ۴- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب تقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی.
- ۵- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهشگران (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.
- ۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کلیه افراد و نهادهای مرتبط با تحقیق.
- ۷- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت.
- ۸- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه بکاران پژوهش.
- ۹- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش



معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

تعهد اصالت رساله یا پایان نامه تحصیلی

اینجانب آسیه کشاورز دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد در رشته راهنمایی و مشاوره که در تاریخ ۹۵/۱۱/۱۶ از پایان نامه خود تحت عنوان: رابطه بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی مردان معتاد با کسب نمره دفاع نموده‌ام بدینوسیله متعهد می‌شوم:

- ۱- این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و...) استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آنرا در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده‌ام.
- ۲- این پایان نامه قبلاً برای هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.
- ۳- چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.
- ۴- چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی: آسیه کشاورز

امضاء و تاریخ:



صورت جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد (M.A)

نام و نام خانوادگی: آسیه کشاورز در تاریخ ۹۵/۱۱/۱۶ رشته: راهنمایی و مشاوره از پایان نامه خود با عنوان: رابطه بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی مردان معتاد، با نمره دفاع نموده است.

نام و نام خانوادگی اعضاء هیات داوری

سمت

امضای اعضاء هیات داوری

۱- دکتر سوسن سهامی

استاد راهنما

۲- دکتر رضا زارعی

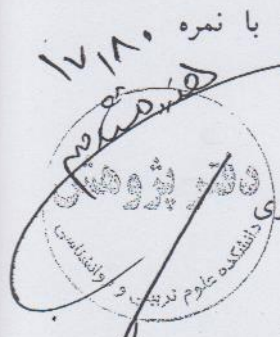
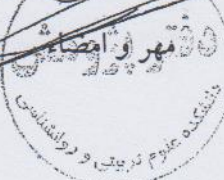
استاد داور

۳- دکتر مجید برزگر

استاد داور

مراتب فوق مورد تایید است.

مدیر معاونت پژوهشی



قدردانی

سپاس بی کران پروردگار یکتا را که هستی مان بخشید و به طریق علم و دانش
رهنمونمان شد و به همنشینی رهروان علم و دانش مفتخرمان نمود و خوشه چینی
از علم و معرفت را روزیمان ساخت

تقدیر و تشکر می نمایم از استاد ارجمندم سرکار خانم دکتر سهامی و پدر و مادر
مهربانم و همچنین تقدیر و تشکر ویژه می نمایم از ستاد مبارزه با مواد مخدر به
عنوان حمایت کننده مالی پایان نامه اینجانب.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱.....	چکیده.....

فصل اول: کلیات پژوهش

۳.....	مقدمه.....
۴.....	بیان مساله.....
۶.....	اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۷.....	اهداف پژوهش.....
۷.....	هدف اصلی.....
۷.....	اهداف فرعی.....
۷.....	فرضیه های تحقیق.....
۷.....	فرضیه اصلی.....
۷.....	فرضیه های فرعی.....
۸.....	تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها.....
۸.....	تعریف نظری.....
۸.....	سلامت روان.....
۸.....	سلامت اجتماعی.....
۸.....	رضایت از زندگی.....
۸.....	معتاد.....
۹.....	تعاریف عملیاتی.....
۹.....	سلامت روان.....
۹.....	سلامت اجتماعی.....
۹.....	رضایت زناشویی.....

فصل دوم: مروری بر ادبیات پژوهش و پیشینه پژوهش

۱۲.....	مبانی نظری.....
۱۲.....	رضایت زناشویی.....

۱۳	دیدگاه های مختلف در مورد رضایت زناشویی
۱۴	عوامل مؤثر در روابط زناشویی
۱۷	نظریه های مرتبط با رضایت زناشویی
۱۹	سلامت روان
۱۹	مفهوم سلامت روان
۲۰	تعریف سلامت روانی
۲۱	مفهوم سلامت روان از دیدگاه های مختلف
۲۷	سلامت اجتماعی
۲۷	سلامت
۲۸	سلامت اجتماعی
۳۳	عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی
۴۱	پیشینه پژوهش
۴۱	پیشینه خارجی
۴۲	پیشینه داخلی
۴۷	جمع بندی

فصل سوم: روش اجرایی پژوهش

۵۶	روش پژوهش
۵۶	جامعه پژوهش
۵۶	نمونه و روش نمونه گیری
۵۶	ابزار اندازه گیری پژوهش
۵۶	پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ (GHQ-28):
۵۸	پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز
۵۸	پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ
۵۹	روش اجرای پژوهش
۶۰	روش تجزیه و تحلیل آماری
۶۰	ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

۷۸	مقدمه
۷۸	یافته های توصیفی پژوهش
۸۰	بررسی فرضیات پژوهش
۸۰	بررسی فرضیه اصلی پژوهش
۸۰	بررسی فرضیه اول پژوهش
۸۱	بررسی فرضیه دوم پژوهش:
۸۱	بررسی فرضیه سوم پژوهش

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۸۴	خلاصه فصل
۸۴	تحلیل فرضیه های پژوهش
۸۴	تحلیل فرضیه اول پژوهش
۸۵	تحلیل فرضیه دوم
۸۷	تحلیل فرضیه سوم
۸۹	محدودیت
۸۹	پیشنهادات
۸۹	پیشنهادات کاربردی
۸۹	پیشنهاد پژوهشی

منابع و مآخذ

۹۱	منابع فارسی
۹۵	منابع انگلیسی
۸۴	پیوست ها
۹۱	چکیده انگلیسی

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۷۸	جدول ۴-۱) آمار توصیفی متغیرهای دموگرافیک شرکت کنندگان.....
۷۸	جدول ۴-۲) آمار توصیفی مربوط به رضایت زناشویی.....
۷۹	جدول ۴-۳) آمار توصیفی مربوط به سلامت اجتماعی و ابعاد آن.....
۷۹	جدول ۴-۴) آمار توصیفی مربوط به سلامت روان و ابعاد آن.....
۸۰	جدول ۴-۵) آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی فرضیه اصلی پژوهش.....
۸۰	جدول ۴-۶) آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان جهت پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس مولفه های سلامت روان.....
۸۰	جدول ۴-۷) آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان جهت پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس مولفه های سلامت اجتماعی.....
۸۱	جدول ۴-۸) آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان جهت پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس سلامت روان و سلامت اجتماعی.....

چکیده

پژوهش 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 کمپ های ترک اعتیاد شهر دهدشت تشکیل دادند و نمونه آماری ۲۰۰ نفر از افراد جامعه بودند که به روش نمونه گیری سرشماری انتخاب شدند و به وسیله پرسشنامه های سلامت عمومی گلدنبرگ ۱۹۷۹، پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز ۱۹۹۸ و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ ۱۹۸۹ مورد ارزیابی قرار گرفتند. آزمون فرضیه ها در سطح آمار توصیفی و استنباطی و آزمون فرضیه ها به کمک ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون چند متغیری 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 مولفه افسردگی به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی رضایت زناشویی می باشد. 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 مولفه پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش بینی رضایت زناشویی می باشد.

کلید واژگان: سلامت روان-سلامت اجتماعی-رضایت زناشویی

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

از جمله مشکلات جوامع بشری به ویژه هنگامی که افراد آن به علت عدم وجود عدالت اجتماعی، ضعف اصول اخلاقی، فقر و فساد، از هم پاشیدگی های کانون خانوادگی و امثال هم درگیر مشکلات عدیده اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، جسمانی و روانی می باشند، مسئله اعتیاد و یا به بیان صحیح تر آن، بیماری اعتیاد بوده و هست. این بیماری گسترش جهانی داشته و امروزه بخش بزرگی از مبتلایان به این بیماری را جوانان تشکیل می دهند که در بروز آن جریانات جاری و حاکم بر محیط خانواده به ویژه روابط عاطفی میان زن و شوهر و فرزندان آنان نقش به سزایی دارد. بدیهی است که محیط های خانوادگی ناسالم و بیمار و فقدان احساس رضایت مندی بین زن و شوهر، افزایش آسیب پذیری آنان را بر برابر این بیماری باعث (حلم سرشت و دل پیشه، ۱۳۷۹).

آنچه در یک ازدواج موفق و سالم مهم است، رضایت مندی زناشویی می باشد. رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع، احساس خوشبختی، رضایت از ازدواج و رضایت از همدیگر دارند. این متنغیر به صورت طیفی از رضایت مندی زیاد تا نارضایتی زیاد تصور می شود. طبق پژوهش هایی که در حیطه ازدواج و روابط زناشویی انجام شده است متغیرهای مختلفی با روند رضایت زناشویی در طول زمان رابطه دارند. این متغیرها می توانند پیش بینی کننده شانس حفظ رضایت رابطه زناشویی در طول زمان یا رفتن به طرف آشفستگی زناشویی و طلاق باشند (هالفورد^۱، ۲۰۰۵؛ نقل از شاهی و همکاران، ۱۳۹۰).

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، به ویژه اختلال پنیک و اختلال اضطراب منتشره، مشکلات رابطه زناشویی و مشکلات فردی می تواند یکدیگر را تحت تاثیر قرار دهد. (شاهی و همکاران، ۱۳۹۰).

آرامش و سلامت، گمشده ای است که بشر به دنبال آن می گردد. ولی هرگاه از آن سخنی به میان آمده، بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بود و جنبه اجتماعی و روانی آن کمتر به بحث گذاشته شده است. سالیان دراز، بسیاری از محققان بهداشتی و درمانی باور داشتند که عوامل مؤثر بر سلامتی محدود به عوامل زیستی (بیولوژیک)، رفتاری و محیطی هستند. اما به تدریج، مفهوم سلامتی سلول و سلامتی فرد از سلامتی جامعه تمیز داده شد و تلاش برای شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت جامعه و شاخص های آن آغاز گردید. نکته قابل توجه این که آن چه سلامتی سلول و فرد را از سلامتی جامعه متمایز می سازد، عوامل مؤثر بر آنها است، بدین معنی که عوامل گوناگون زیستی، رفتاری و محیطی، میزان سلامتی فرد را تعیین می کنند. اما سلامتی جامعه براساس عوامل اجتماعی - اقتصادی شکل می گیرد. سازمان جهانی بهداشت هم ضمن توجه دادن کشورها در

راستای تأمین سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی اعضا جامعه، بر این نکته تأکید دارد که هیچ کدام از ابعاد سلامتی بر دیگری برتری ندارد. (امینی رارانی و همکاران، ۱۳۸۹).

فعالیت‌های بهداشتی قرن نوزدهم و بیشتر اقدامات زیربنای بهداشت عمومی نوین، همگی نشان دهنده آگاهی از وابستگی بین موقعیت اجتماعی شرایط زندگی و پیامدهای سلامتی مردم است. مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان بعد مهم دیگر سلامت در سال‌های اخیر توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شد و به این معناست که برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست بلکه از آنجا که انسان در محیط جمعی زندگی می‌کند، سلامت اجتماعی نیز ضروری است. امروزه سلامت چه از بعد روانی و چه از بعد جسمی، یک محصول اجتماعی است. تنظیم یک برنامه بهبود سلامت، بدون توجه به زمینه اجتماعی و فرهنگی جامعه مورد نظر به راه کارهایی غیر کارآمد می‌انجامد. به نظر می‌رسد، «سلامت اجتماعی» را با سه تلقی می‌توان تعریف کرد: ۱- سلامت اجتماعی به مثابه «بعد اجتماعی سلامت فرد» که در کنار دو بعد جسمی و روانی سلامت فرد، به رابطه او با جامعه نظر دارد. ۲- جامعه سالم به مثابه «شرایط اجتماعی سلامت بخش» ۳- سلامت اجتماعی به مثابه «وضعیت اجتماعی بهتر، به طور کلی» که بسته به اوضاع فعلی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناهای عینی متفاوتی می‌یابد (امینی رارانی و همکاران، ۱۳۸۹).

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 مساله

پدیده سوء مصرف مواد مخدر در کنار سه بحران جمعیتی و فقر، بحران هسته ای و بحران زیست محیطی قرار دارد. در حال حاضر ۱۵ 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 و در نقش پدر یا همسر معتاد تهدیدی جدی بر حیات فردی و خانوادگی زنان و آسیبی عمیق بر کیان خانواده محسوب می‌شود. (عابدی، ۱۳۹۲).

رضایت زناشویی^۱ 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 صاحب نظران در تعریف رضایت زناشویی، آن را تابع مراحل چرخه ی زندگی می‌دانند. (الیس^۲، ۱۹۹۶؛ به نقل از بیرامی و همکاران، ۱۳۹۱).

تأثیری که اعتیاد در وضعیت روحی، روانی و روابط خانوادگی بر جای می‌گذارد غیر قابل انکار است. این بیماری سازگاری روانی، سلامت روان^۳ شخص و سلامت اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

1- marital satisfaction

2- Ellis

3- mental health

بهداشت روان یعنی داشتن احساس آرامش و امنیت درون و به دور بودن از اضطراب، افسردگی و تعارض های مزمن روانی. از منظر دیگر سلامت روانی یعنی بهره مندی از سلامت و اندیشه تفکر. (کارآمد، ۱۳۹۰)

سلامت روان قوانین مربوط به سلامت عاطفی را در بر میگیرد به گونه ای که فرد بتواند مشکلات را به آرامی پشت سر گذارد. به شرط آنکه بداند چگونه از فشارهای روانی و نگرانی پیش گیری کند. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی بهداشت روانی را سلامت فکر و روان تفسیر کرده اند و می گویند سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضاد ها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب (اصفهانی، ۱۳۸۱، به نقل از بنی هاشمی، ۱۳۸۹).

مشکلات سلامت روانی که نشانگر ناتوانی فرد در کنار آمدن با مسایل پیرامون خود است می تواند ناشی از بروز واکنش های سازش نیافته در هریک از چهار قلمرو گسترده کوشوری انسان یعنی رفتار اجتماعی، رفتار هیجانی، موضوع های مرتبط با سلامتی و شغل باشند. (بختیار پور، ۱۳۸۰)

پژوهش های مختلف رابطه بین سلامت روان و رضایت زناشویی را تأیید کرده اند. از جمله این پژوهش ها شیرازی (۱۳۹۴) نشان داد از لحاظ عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در دو گروه همسران معتادین و همسران عادی تفاوت معنادار وجود دارد و همسران معتادین نسبت به همسران عادی از سلامت روان کمتری برخوردارند.

یکی دیگر از متغیر هایی که ارتباط نزدیکی با رضایت زناشویی دارد سلامت اجتماعی^۱ می باشد. سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه های اجتماعی) که وی عضوی از آنهاست تعریف می کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می سنجد و شامل پاسخ های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعیش می باشد. کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی توان بدون توجه به معیار های اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش های اجتماعی را نیز در بر می گیرد. گیز^۲ با ارائه مقیاسی با شمول ابعاد اجتماعی فرد، فرض را بر این می گذارد که افراد کیفیت زندگی، سلامت روان و عملکرد شخصی شان را با معیار های اجتماعی شان ارزیابی نمایند به این ترتیب سلامت اجتماعی، دربرگیرنده اجزاء و مؤلفه هایی است که روی هم رفته روشن می سازد که آیا فرد از کیفیت زندگی و سلامت روان مناسبی برخوردار هست یا خیر؟ (موحدی، ۱۳۸۹).

برخورداری از سلامت اجتماعی یعنی تأمین و حفظ سلامت روانی فردی و اجتماعی به طوری که فرد بتواند فعالیت های روز مره خود را به خوبی انجام و هر رفتار نامناسب از نقل فرهنگ و جامعه خود نداشته

1 - social health

2 - gies

باشد. بنابراین با توجه به مطالب گفته شده سوال تحقیق حاضر چنین است: آیا بین بهداشت روانی با سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی مردان معتاد تفاوت معناداری وجود؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

اعتیاد یا وابستگی به مصرف مواد مخدر یک اختلال مزمن و بازگشت کننده است که دارای تأثیرات عمیق اجتماعی، روانشناختی، جسمی و اقتصادی است و علاوه بر تخریب شخصی، هزینه های سنگینی را بر افراد، خانواده و جامعه تحمیل می نماید. در ایران، سوء مصرف مواد مهمترین و گسترده ترین نگرانی و خطر قابل پیشگیری بهداشتی شناخته شده است. اعتیاد به مواد ممکن است با فقدان کنترل اجرایی بر عادت های مشوق ناسازگار همراه باشد. سوء مصرف مواد و وابستگی مواد، از معضلات و نگرانی های عمده جهان امروز است. از آنجایی که سوء مصرف مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد به عنوان اختلالات مزمن و عود کننده با تأثیرات و پیش آینده های زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می شود. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی میزان اعتیاد در ایران ۴/۲ درصد است. و مصرف بی رویه و روز افزون مواد مخدر در ایران به عنوان یکی از بزرگ ترین مشکلات قرن حاضر در کشور تلقی می شود. و زیان های 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 به گریبان 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 پا برجا است. (کارآمد، ۱۳۹۰).

با توجه به اینکه کشور ما دارای جمعیتی جوان است. آمار ها نشانگر افزایش تعداد معتادین و عوارض ناشی از آن است. برآوردهی رسمی اولیه و ساده از تعداد معتادین و سوء مصرف کنندگان مواد رقیمی حدود ۱۰ میلیون نفر را ذکر می نماید. مطالعه بر روی بیماران معتاد و بررسی ابعاد مختلف زندگی و کیفیت آن، بهداشت روان و رضایتمندی زناشویی یکی از موضوعات مهم است که نیاز به بررسی های فراوانی می باشد.

امروزه تلاش جهت ارتقاء سلامت و از جمله افزایش نشاط و شادکامی به سمت خانواده ها سوق یافته است (دفتر ارزیابی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱). رضایت زناشویی یکی از عوامل پیشرفت اعضاء خانواده در دستیابی به اهداف زندگی است (ساروخانی، ۱۳۸۵). روابط زناشویی به عنوان شاخص اصلی نهاد خانواده، رابطه ای است میان زن و مرد برای زندگی مشترک و تشکیل خانواده (خامنه‌ای، ۱۳۷۹). کیفیت روابط زناشویی بر همه ابعاد کارکرد خانواده از جمله پایداری، تداوم، حمایت از فرزندان و شادکامی زوجین تأثیرگذار است (ویلکوکس و نوک^۱، ۲۰۰۶؛ پتن^۲، ۲۰۰۰).

1 - Wilcox & Nock

2 - Patten

در رابطه با سلامت روان نیز باید گفت بر اساس یافته های موجود اختلالات روانی به عنوان یکی از مهمترین و معنادارترین اجزای بار کلی بیماری ها است و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی و عصبی از بار کلی بیماری ها ۵۰٪ افزایش یافته و از ۱۰/۵٪ کنونی به ۱۵٪ بار درمانی بیماری ها برسد (طهرانی و همکاران، ۱۳۹۱).

در کنار ابعاد جسمی و روانی مفهوم سلامت اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است که در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می شود و هم می تواند تابعی از آن باشد. بدین جهت اهمیت اساسی و عمده این پژوهش در سطح آرمانی برداشتن گام های مقدماتی در جهت شناسایی و تعیین میزان ابعاد مختلف رضایتمندی از زندگی، سلامت اجتماعی و بهبود وضعیت عاطفی اجتماعی و فرهنگی آن ها و به طور کلی تأمین بهداشت روانی جامعه به خصوص افراد معتاد به مواد مخدر است. و در سطح اختصاصی و کاربردی فراهم آوردن اطلاعات و شناسایی ابزار مناسب برای پژوهش در ابعاد سلامت و رضایتمندی زناشویی زوجین جهت استفاده روان پزشکان، روان شناسان، مشاوران و کلیه متخصصین بهداشت روانی که به گونه ای درگیر با مسائل افراد معتاد می باشند. بنابراین اهمیت و ضرورت این تحقیق از نظر فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی قابل بررسی می باشد.

اهداف پژوهش

هدف اصلی

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

اهداف فرعی

- ۱- پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس سلامت روان در مردان معتاد
- ۲- پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس سلامت اجتماعی در مردان معتاد
- ۳- پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس سلامت روانی و سلامت اجتماعی در مردان معتاد

فرضیه های تحقیق

فرضیه اصلی

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

فرضیه های فرعی.

- ۱- مولفه های سلامت روان پیش بینی کننده رضایت زناشویی در مردان معتاد می باشد.
- ۲- مولفه های سلامت اجتماعی پیش بینی کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می باشد.
- ۳- سلامت روان و سلامت اجتماعی پیش بینی کننده رضایت زناشویی در مردان معتاد می باشد.

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

تعریف نظری

سلامت روان

سلامت روانی حالت خاصی از روان است که سبب بهبود رشد و تکامل شخصیت انسان می گردد. و به فکر کمک می کند که با خود و دیگران سازگاری داشته باشد و به طور کلی بهداشت روانی عبارت است از علم پیشگیری از بیماری های روانی در ارتقا 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 فعالیت های کارآمد، توانایی سازگاری با تغییرات و منطبق شدن با شرایط نامطلوب (سام آرام، ۱۳۹۱)

سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست. طبق این تعریف شاخص های 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 توانمندی های بالقوه اجتماع به صورت کلی بر می گردد. مشارکت اجتماعی، باوری است که طبق آن فرد خود راعضو حیاتی اجتماع می داند و انطباق اجتماعی یعنی درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل درک و قابل پیش بینی. کیزی (۱۹۹۸)

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 ولذت تجربه شدن توسط زن و شوهر موقعی که همه جنبه های ازدواجشان رادر نظر می گیرند (بیر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶)

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 می گردد. و در صورت قطع دارو اختلالات فیزیکی و روانی مرسوم به سندرم محرومیت مواد حاصل می شود (حیدری، ۱۳۹۰)

تعاریف عملیاتی

سلامت روان

نمره ای است که آزمودنی از پرسشنامه ۲۸ سؤالی گلدنبرگ (۱۹۷۹) اخذ می کند.

سلامت اجتماعی

نمره ای است که هر یک از آزمودنی ها از مقیاس سلامت اجتماعی گیز ۱۹۹۸ به دست می آورند.

رضایت زناشویی

نمره ای که آزمودنی از پرسشنامه ی رضایت زناشویی انریچ^۱ که توسط السن و فوور در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است، به دست می آورد.

فصل دوم

مروری بر ادبیات پژوهش و پیشینه پژوهش

مبانی نظری

رضایت زناشویی

زندگی زناشویی با تشکیل خانواده توسط یک زن و مرد آغاز می شود. سیف (۱۳۶۸) می گوید تاریخچه ی مطالعات خانواده را می توان به ۴ دوره ی ۳۰ ساله تقسیم کرد:

دوره اول از سال ۱۸۶۰ تا ۱۸۹۰ که معروف به دوره ی طرفداران داروین است. محققین این دوره سعی می کردند فرضیه ی تکاملی داروین را با تاریخ مدرن بشری تطبیق دهند. سؤالات پژوهشی در این دوره از این دست بوده اند: آیا تشکیلات خانواده در گروه های بشری وجود داشته است؟ زناشویی تک همسری از چه زمانی آغاز شده است؟

دوره دوم از سال ۱۸۹۰ تا ۱۹۲۰ که مصادف با مشکلات عدیده ی اجتماعی، فقر، صنعتی شدن، کار کودکان و غیره به ویژه در آمریکا بود. در این دوران هدف از مطالعات خانواده تعیین تأثیرات رشد صنعتی و تمدن بر خانواده و حل مشکلات حاصله از آن بود.

دوره سوم از سال ۱۹۲۰ تا ۱۹۵۰ که به نام دوره بررسی های علمی خانواده در قرن بیستم معروف شد. در این دوره توجه محققین به مسئله ی سازگاری شخصیت فردی معطوف شد و بررسی خانواده و ازدواج تبدیل به یکی از مسائل اساسی جامعه شناسی گردید. در این دهه تحقیقات متعددی در زمینه ازدواج، طلاق، همسرگزینی و اثرات متعامل بین اعضای خانواده انجام شد.

از سال ۱۹۵۰ تاکنون که طی آن فعالیت های پژوهشی خانواده گسترش یافت و علاوه بر این که سعی و کوشش به عمل آمد تا در تعبیر و تفسیر خانواده و ترکیبات آن تجدید نظر شود مساعی پژوهش گران نیز در جهت تحقیقات علمی درباره خانواده تغییر مسیر داد، در این دوران نظریه های متعددی در مورد خانواده و ازدواج رواج یافت. (راستی جهرمی، ۱۳۸۵).

به هر حال ازدواج آغاز یک رابطه نزدیک است و کیفیت و کمیت این رابطه بستگی به میزان رضایت زناشویی دارد که هر یک از طرفین ازدواج در خود احساس می کنند. زندگی زناشویی زندگی کاملاً حساب شده و دقیق است. علت آن هم به خواسته های دو طرف بر می گردد. در واقع زندگی زناشویی وقتی موفق است که زن و شوهر به خواسته های اصولی و معقول یکدیگر توجه نشان دهند و به دنبال خواسته های شخصی و غیر منطقی نباشند اینجاست که در زندگی زناشویی به رضایت می رسند. (دژکام، ۱۳۸۱؛ به نقل از مولا، ۱۳۹۱) در مورد مؤلفه های تشکیل دهنده ی رضایت زوجین معتقد است که: شکیبایی، اهمیت دادن به هم، ارزشهای مشترک، لذت بردن از مصاحبت با یکدیگر و مهارت های حل تعارض به توافق و سازگاری زوجی کمک شایانی کرده است.

بنی اسدی (۱۳۸۱) معتقد است که کیفیت مطلوب ازدواج می تواند سازگاری و پایداری رابطه زوجی را به حرکت در آورد و تداوم این حرکت عوامل دیگری چون توانایی تصمیم گیری در مسائل مشترک زناشویی، توافق در امور مالی، توافق در گذراندن اوقات فراغت، و در نهایت برخورداری از ارتباط روانی مناسب و عوامل دیگر است (رحیمی، ۱۳۸۴).

مرور منابع نشان داد که رضایت زناشویی توسط صاحب نظران مختلف و از دیدگاه های مختلف تعریف شده است مثلاً مهدویان (۱۳۷۵) به طور کلی رضایت را از دید اجتماعی یک حالت اکتسابی تعریف کرده است که معمولاً در کنش های متقابل اجتماعی و بروز حالات روانی افراد نسبت به یکدیگر به دست می آید وی سپس اضافه می کند رضایت زناشویی یک مفهوم چند بعدی است که عوامل گوناگون را شامل می شود و مجموعه این عوامل در رضایت یا خشنودی کلی از روابط نقش دارند (مهدویان، ۱۳۷۵؛ به نقل از مولا، ۱۳۹۱).

همچنین مهدویان از نظر اتکینسون^۱ چنین نقل می کند که آدیان معیارهایی برای رفتار با عملکرد خود تعیین می کنند و بر حسب درجه همخوانی رفتارهای خود با آن معیارها به شیوه رضایت مندانه یا نارضایت مندانه واکنش نشان می دهند. عواملی در زندگی زناشویی مؤثر هستند که توسط آنها به رضایت زناشویی می رسند. از جمله بر آوردن انتظارات نیازهای مادی و عینی، عاطفی، اجتماعی، اقتصادی می باشد. (مهدویان - ۱۳۷۵؛ به نقل از راستی جهرمی، ۱۳۸۵).

ملایی (۱۳۸۲) معتقد است که احساس رضایت ناشی از تفاهم بین زن و شوهر حاصل می شود و با کارکردهای مناسب تر و ایفای مناسب تر نقش خود می تواند به رضایت زناشویی برسد (راستی جهرمی، ۱۳۸۵).

دیدگاه های مختلف در مورد رضایت زناشویی

دو دیدگاه اصلی در این مورد وجود دارد. اولین آن علل درونی فردی سازگاری را مطرح می کند که نظریه پردازان صفات^۲ و روان تحلیلگران بیشتر طرفدار آن هستند. به این معنی که ویژگی های شخصیتی شریک ازدواج^۳ باعث همسانی پایدار و رضایتمندی دو جانبه یا ناپایداری همراه با نارضایتی می شود (نجاتی - ۱۳۷۹؛ به نقل از رحیمی، ۱۳۸۴).

دیدگاه دوم به مسائل بین فردی توجه دارد، این دیدگاه در بین روان درمانگران رفتار گرا محبوبیت و جاذبه بیشتری دارد. بر اساس این دیدگاه مشکل اصلی زوج های مسئله دار به ناسازگاری زوج ها مربوط می شود. بدین صورت که رفتارها به جای پاداش، تنبیه بیشتر به دنبال دارند. چون در حقیقت همسران آشفته در مهارت های اجتماعی اساسی خود ضعف دارند و در تماس با همسران خود کنش ها و واکنش های

1 -Etkinson

2 -Trait

3 -Marriage partner

رفتاری منفی زیاد نشان می دهند. علاوه بر این دو دیدگاه عوامل دیگری مانند سن، وضعیت عاطفی، تحصیلی و عوامل موقعیتی می تواند منجر به آشفتگی روابط زناشویی شوند (کوئیلیام و هاید^۱، ۱۹۹۷؛ به نقل از رحیمی، ۱۳۸۴).

گری لیتل^۲ و بروکس^۳ نشان دادند در ازدواج هایی که بیشترین وظایف را زن بر عهده می گیرد مردان ناراضی هستند حال آنکه حداکثر رضایتمندی در میان زوج هایی است که تقسیم وظایف منزل به تساوی بین زن و شوهر انجام می شود. تصویر درون زن و شوهر باید آنقدر تغییر یابد تا یک همسانی و یگانگی به وجود آید. باید ارزش شخص از خویشتن با تصویری که همسر از او دارد مطابق باشد. احساس ما از خودمان همانی باشد که همسرمان به ما دارد (بنی اسدی، ۱۳۷۸؛ به نقل از رحیمی، ۱۳۸۴).

اورنز و بون (۱۹۹۸) معتقدند که در خانواده هایی که شوهرها سنتی و زن ها غیرسنتی می باشند رضایت زناشویی کمتر است، در این خانواده ها زن و شوهر با ده ها تصمیم کوچک و بزرگ روبه روهستند. نداشتن ارزش های مشترک، نداشتن مهارت های لازم در تصمیم گیری از جمله عواملی هستند که سبب بروز اختلاف و ناسازگاری می شوند. استفاده از راهبردهای حل تعارض محترمانه می تواند سازگاری با زندگی زناشویی را تسهیل کند و کیفیت رابطه را بالا ببرد (نقل از راستی جهرمی، ۱۳۸۵).

مهمترین عوامل توافق در زندگی زناشویی عبارت است از:

۱- رشد عاطفی

۲- تشابه علائق و طرز فکر

۳- تشابه تحصیلاتی و طبقاتی

۴- تشابه مذهبی

۵- تشابه طرز فکر نسبت به امور جنسی

با رعایت این موارد و سایر مواردی که عامل سازش دائمی و توافق است زوج ها به رضایتمندی زناشویی خواهند رسید (شاملو-۱۳۷۶؛ به نقل از مولا، ۱۳۹۱).

عوامل مؤثر در روابط زناشویی

ارتباطات: محققان و درمانگران بر نقش عامل ارتباط بر زندگی زناشویی تاکید بسیار کرده اند. و کسب مهارت های ارتباطی را کانون تلاش برای اصلاح درمانگری و پیشگیری از انحلال زناشویی قرار داده اند (مورینو و جاکوبسون، ۱۹۹۱؛ به نقل از راستی جهرمی، ۱۳۸۵)

مهارت های مهم در ایجاد و حفظ روابط زناشویی:

الف. گوش دادن غیر تدافعی

1 - Koilam & Hide

2 - Gerylitele

3- Beroks

ب. خود افشایی

ج. گوش دادن فعال دانسته اند.

نتایج تحقیقات کاهن^۱ (۱۹۷۰)، گاتمن^۲ (۱۹۷۶)، نوار^۳ (۱۹۸۴)، نیز حاکی از آن است که یکی از مهمترین عوامل مؤثر در رضایت زناشویی بر خورداری از مهارتهای کلامی و غیر کلامی در روابط زوجین است (راستی جهرمی، ۱۳۸۵).

اداره امور مالی: بین مسائل اقتصادی اجتماعی و بروز نارضایتی زوجی نیز ارتباط وجود دارد. وینچ و همکاران (۱۹۷۴) معتقدند که یک ارتباط اساسی بین نارضایتی زناشویی و اشکال مختلفی از ناراحتی های روانشناختی و اجتماعی دیده می شود.

سیدنی بلاچ در همین رابطه خاطر نشان می سازد که تحقیقات لوینگر^۴، نشان می دهد که در مجموع، زوج های متعلق به طبقه اقتصادی و اجتماعی متوسط به عوامل روانی و عاطفی بیشتر اهمیت می دهند، در حالی که طبقات کم در آمد به ثبات مالی و عدم وجود ضرب و شتم در زندگی زناشویی تأکید دارند. درآمد کم، عدم برنامه ریزی صحیح مالی و ایجاد هزینه های اضافی و بیهوده نیز می تواند منجر به بروز اختلافات زناشویی گردد. (مولا، ۱۳۹۱)

روابط جنسی: نیاز جنسی، یکی از نیازهای طبیعی بشر است که در پیوند ازدواج توسط همسر قانونی برآورده می شود. توافق در زمینه چگونگی و کیفیت برقراری جنسی و به تبع آن احساس رضایت متقابل حاصل از آن در تأمین رضایت زناشویی و ارتباط سطح سلامت عمومی زن و شوهر بسیار مؤثر است (به نقل از راستی جهرمی، ۱۳۸۵).

سیدنی بلاچ (۱۹۶۹) به روابط جنسی به عنوان یکی از عوامل مهم در رضایت یا نارضایتی زناشویی اشاره می کند. و معتقد است که روابط جنسی در هر یک از مراحل سه گانه زندگی زناشویی (مرحله نخست ۵ سال اول زندگی، مرحله دوم دوران رشد فرزندان، مرحله سوم هم زمانی که مجدداً زن و شوهر تنها می مانند) ممکن است به شکلی دچار اختلال گردد و موجب نارضایتی از زندگی زناشویی گردد. بعد دیگر، مربوط به نقش عوامل جنسی در رضایت زناشویی به اهمیت سازگاری زن و مرد با نقش جنسی خود اشاره دارد. در پژوهشی نشان داد که رضایت از زندگی زناشویی، بیش از همه به عامل سازگاری جنسی برای شوهران و عامل همسازی برای زنان، بستگی دارد (به نقل از مولا، ۱۳۹۱).

ازدواج و فرزندان: مسئله وجود فرزندان و نحوه تربیت آنان از عوامل ایجاد کننده نارضایتی در روابط زناشویی می باشد در زمینه تأثیر تولد فرزندان بر رضایت زناشویی می نویسد: تعدادی از پژوهش ها نشان داده اند که ورود فرزندان، توقعاتی را در پی می آورد که می تواند به تعمیق شکاف بین زوجین منجر گردد. نوع تربیت فرزندان (شیوه فرزندپروری) نیز از عوامل مؤثر در رضایت زناشویی همسران می باشد.

1 -Kahen
2 -Gathman
3 -Navar
4 -Lvyng

افرادی که تازه بچه دار شده اند، احتمالاً رضایت کمتری از ازدواج خود دارند. باید توجه داشت در مورد زنان این موضوع چندان صدق نمی کند زیرا علاقه ی مادری برای زنان به عنوان پدیده ای مهم در کسب هویت بزرگسالی می باشد (راستی جهرمی، ۱۳۸۵).

ارتباط با بستگان و دوستان: عامل دیگری که بی ارتباط با عامل دخالت اطرافیان در زندگی مشترک زوجین نیست و تأثیر زیادی بر سازگاری در رضایت زناشویی دارد، مسأله سازگاری زن و شوهر با بستگان همسر و نگرش نسبت به آنهاست.

آرون تی. بک در این زمینه می نویسد: وابستگی های عاطفی زن و شوهر به خانواده های خود می تواند به روابط زناشویی تأثیر بگذارد. از سویی دیگر ارتباط با دوستان مشترک زن و شوهر می تواند عاملی در میزان رضایت از زندگی زناشویی زوجین باشد.

بک معتقد است در زمینه رضایت از زندگی زناشویی برداشت از رفتار یکدیگر بیش از خود رفتار حائز اهمیت است و در همین زمینه مواردی را متذکر می شود که می توانند موجب کاهش رضامندی شود تهدیدی برای پیوند زناشویی محسوب می گردد. این موارد عبارتند از:

وقت صرف کردن با هم

تقسیم کار

نگه داری از بچه ها

روابط جنسی

مسائل مالی

اقوام و اطرافیان. (مولا، ۱۳۹۱)

بک؛ همکاری، تعهد، صمیمیت، اعتماد، وفاداری و عشق را از عوامل رضامندی ذکر می کند.

۱. همکاری: اقدام مشترک برای دستیابی به هدف نهایی که به عنوان زوج برای خود در نظر می گیرند. ممکن است زوجین علائق و اهداف متفاوتی داشته باشند. اما مباحثه و توافق برای دستیابی به اهداف بلند مدت تر وجود داشته و وجود روحیه همکاری به حل و فصل مسائل کمک نموده و سبب احساس رضایت و شادی همسر می باشد (راستی جهرمی، ۱۳۸۵).

۲. تعهد: این انتظار که در هر شرایطی زوجین متعهد به حفظ پیوند زناشویی خود باشند و همچنین توجه به رفاه و خوشبختی همسر مهمترین نیروی پیوند دهنده ی روابط زن و شوهر است. هر یک از زن و یا شوهر که نسبت به یکدیگر در همه شرایط خود را مسئول بدانند تأثیر زیادی بر احساس رضامندی همسر دارد.

۳. صمیمیت: توجه به خواسته های همسر تأثیر مثبت زیادی بر رضامندی از زندگی زناشویی دارد. طرز تلقی هایی همچون یک دوست صمیمی مورد حمایت همسر بودن بر رضامندی از زندگی زناشویی مؤثر بوده و سبب تقویت علاقه و محبت نسبت به طرف مقابل می باشد (راستی جهرمی، ۱۳۸۵).

۴. اعتماد و اطمینان : به اعتقاد بسیاری از روان شناسان ریشه ی اعتماد و اطمینان مدت ها قبل از ازدواج پا می گیرد. اریکسون^۱ به این نتیجه رسید که این طرز تلقی از دوران کودکی، زمانی ایجاد می شود که کودک ارتباط با افراد شاخص خانواده را تجربه می کند. پس اگر جو اعتماد در زندگی زناشویی حاکم باشد، بدین معنی که زن و شوهر در سطح بالایی به همدیگر و به خودشان اعتماد داشته باشند سبب تقویت رضامندی زناشویی می گردد.

۵. وفاداری: وفاداری زن و شوهر بدین معنی است که زن و شوهر هر دو خواسته های همدیگر را به خواسته های همگان ترجیح بدهند. مثلاً شوهری که مورد انتقاد قرار می گیرد، انتظار دارد که همسرش در مقام دفاع از او برآید. زن و شوهر باید از طرز تلقی همسر خود نسبت به وفاداری، با مفهوم جانبداری آگاه باشد و آن را مد نظر قرار دهد. جانبداری در برابر دیگران اهمیت بیشتری پیدا می کند. ممکن است زنی در خلوت از شوهرش انتقاد نماید و شوهر انتقاد را بپذیرد اما همین انتقاد در حضور دیگران می تواند مسئله ساز باشد (راستی جهرمی، ۱۳۸۵).

۶. عشق : عشق عامل پیوند دهنده ی زن و شوهر و موجب حفظ روابط آنهاست. عشق و محبت از کیفیتی برخوردار است که می تواند بسیاری از تنش های میان زوج ها را محو کند. اما در کنار عوامل نام برده در فوق است که عشق اثر تقویت کننده مثبت خود را به روابط زناشویی می گذارد (راستی جهرمی، ۱۳۸۵).

نظریه های مرتبط با رضایت زناشویی

۱. نظریه رضایت پارسونز^۲

پارسونز به این مسئله اشاره دارد که معیارهای زندگی مشترک همیشه در حد ایده آل و مطلوب وجود دارند و وضعیتی که براساس آنها و با در نظر گرفتن میزان دوری و نزدیکی با آنها سنجیده می شوند، واقعیت موجود در زندگی مشترک زن و شوهر می باشد (مهدوی - ۱۳۷۵؛ به نقل از سفیری و هادیان، ۱۳۸۸). این تئوری می تواند مسئله ی مورد بررسی را تبیین کند. زیرا زنان نیز بر اساس معیارهای درونی شده انتظاراتی را از همسر دارند که بر اساس واقعیت موجود در زندگی به بررسی انتظارات و میزان تحقق آنها می پردازد و این مسئله می تواند رضایت آنها را تحت تأثیر قرار دهد.

۲. نظریه لوئیس کریزبرگ^۳

نظریه ی لوئیس کریزبرگ از نظریه پردازان مکتب تضاد نیز در زمینه نارضایتی است. او سه منشأ اساسی را برای نارضایتی تعیین می کند که منشأ سوم نارضایتی ناشی از عدم پذیرش آن چه مردم دارند و یا فزونی در آن چه انتظار دارند، ناشی می شود. عدم رضایت زمانی آغاز می شود که مردم در آن چه احساس می کنند و باید و یا می توانند داشته باشند، نوعی افت را مشاهده می کنند و این هم به نوبه ی خود به این دلیل

1 -Ericsson

2 -Parsons

3 -Louise Krizberg

است که خود را در برآورده شدن آرزوهایشان محقق می دانند و چون از دست یازیدن به آنها محروم شده اند، نارضایتی بروز می کند (کریزبرگ - ۱۹۷۳؛ به نقل از سفیری و هادیان، ۱۳۸۸). بنابراین می توان از این نظریه این گونه استفاده کرد که زمانی که زوج به انتظاراتی که داشته اند نرسند نوعی احساس خشم و اضطراب در آنان به وجود می آید که در نهایت باعث بروز احساس نارضایتی می شود.

۳. نظریات بلودوولف^۱

بلودوولف معتقدند که بهترین و مطلوب ترین نوع تصمیم گیری ها نه تنها باید برابانه و صمیمانه باشد بلکه باید دو جانبه بودن را نیز در برگیرد. آنها معتقدند اگر بین زن و شوهر توافق ارزشی بیشتری وجود داشته باشد، پذیرش تصمیم گیری امور خانواده به وسیله یکی از سوی دیگری آسان تر است و مشکلی پیش نخواهد آمد، ولی در صورتی که اقتدار موجود در زمینه ی تصمیم گیری هر یک از زن و شوهر به وسیله ی دیگری مورد پذیرش قرار نگیرد، در این صورت روابط دچار اختلال می شود و رضایت کاهش پیدا می کند. (بلود و ولف - ۱۹۶۰؛ به نقل از سفیری و هادیان، ۱۳۸۸).

۴. نظریه آندره میشل^۲

آندره میشل معتقد است زمانی که تفکیک نقش ها جای خود را به ساختی دهد که در آن زن به طور مساوی با شوهر در تصمیم گیری مشارکت داشته باشد و شوهر در کارهای منزل که تا به حال اختصاص به زن داشته ، به همسرش یاری دهد و نوع دیگری از توزیع نقش های زن و مرد ، غیر از تفکیک نقش بر حسب جنس در خانواده به وجود آید ، آن وقت تفاهم زن و مرد حاصل خواهد شد (میشل - ۱۳۵۴؛ به نقل از سفیری و هادیان، ۱۳۸۸).

۵. نظریه لاک

لاک به تأمین اقتصادی و کفایت اقتصادی به عنوان تعیین کننده ی اصلی در رضایت زناشویی و طلاق می نگرد، زوج هایی که به دنبال طلاق هستند و مشکلات و شکایات مالی را قویاً به عنوان مسئله ای عمده طرح می کنند (اسکلانینگر و باس^۳ - ۱۹۸۶؛ به نقل از سفیری و هادیان، ۱۳۸۸).

۶. نظریه انتظارات عاطفی اریک فروم^۴

اریک فروم معتقد است که برای برآوردن نیازهای اساسی روانی از قبیل عشق ، محبت ، همدردی ، هر شخص به خانواده خود وابسته است. در این زمینه او اظهار می دارد که عشق در رابطه بین زوجین شامل ابراز احساسات مثبت ، توجه و مراقبت ، همدلی و مهربانی ، حمایت و قدردانی می باشد وی معتقد است : عشق عبارت است از همبستگی و یگانگی با شخص به شرط نگه داشتن فردیت و موازین شخصیت فردی، عشق یعنی شرکت داشتن و آمیزش که مجال می دهد که تمام فعالیت درونی شخص ظاهر شود. توجه

1 -Blood & Volf

2 -Andre Michel

3 -Schaninger & Buss

4 -Erick From

به نیازهای همسر باید حداقل به اندازه ی توجه به نیازهای خود فرد باشد و ملاحظه شده است که ابراز علاقه و محبت باعث کیفیت روابط زناشویی می شود. (احمدی-۱۳۸۳؛ به نقل از سفیری و هادیان، ۱۳۸۸).
۷. تئوری انتظار/ازکمپ^۱

ازکمپ اعتقاد دارد که عدم تحقق انتظارات، عدم تعادل بین « خواسته » و « داشته » است. هر کدام از زن و شوهر با تصورات خاصی درباره ی زندگی زناشویی اقدام به ازدواج می کنند و زندگی را با انتظارات مشخص درباره ی این که همسرشان چگونه باید رفتار کند، آغاز می کنند. (ازکمپ-۱۳۶۹؛ به نقل از سفیری و هادیان، ۱۳۸۸).

سلامت روان

مفهوم سلامت روان

مفهوم سلامتی روانی در واقع جنبه ای از مفهوم کلی سلامتی است. سازمان بهداشت جهانی سلامتی را چنین تعریف می کند سلامتی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی است نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی برخی چنین تصور کرده اند که نقطه مقابل سلامتی روانی، بیماری روانی است، در حالی که این چنین نیست و مفهوم سلامتی روانی بسیار گسترده تر از این است.

برای فهمیدن مفهوم اصطلاحی که در یک مکتب عملی و یا توسط یک گروه به کار می رود، لازم است سیستم ارزشی آن مکتب یا گروه شناخته شود. لذا برای فهمیدن کامل تعریف های متفاوتی که راجع به سلامت روان می شود بایستی سیستم ارزشی را که در بطن هر کدام از این تعریف ها وجود دارد بررسی نمود.

به عقیده فروید انسان سالم کسی است که مراحل رشد روانی-جنسی را با موفقیت گذرانیده باشد و در هیچ یک از مراحل مزبور بیش از حد تثبیت نشده باشد. انسان سالم به عقیده اسکینر فردی است که رفتارش منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است و وقتی با مشکل روبه رو شود با استفاده از شیوه اصلاح رفتار برای بهبود و به هنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش اقدام می کند.

از نظر راجرز انسان دارای سلامت روانی، انعطاف پذیر است، پیش داوری ندارد، احساس آزادی و خلاقیت می کند.

از نظر الیس^۲ انسان دارای سلامت روانی ویژگی های دارد که عبارتند از: نفع شخصی، رغبت اجتماعی، خودفرمانی، تحمل، انعطاف پذیری، پذیرش خود، خطر نمودن و....

1 -Azcamp

2-Ellis

تعریف سلامت روانی

اصطلاح سلامت روانی، اصطلاحی است که از آن برای بیان و اظهار کردن هدف خاصی برای جامعه استفاده می شود. هر فرهنگی بر اساس معیارهای خاص خود به دنبال سلامت روان است. هدف هر جامعه این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می کند آماده نماید و سلامت روان قسمتی از سلامت کلی است.

منظور از سلامت روان سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هوش، ذهن، حالت و فکر، می باشد از طرف دیگر سلامت روان روی سلامت فیزیکی هم تاثیر دارد. بسیاری پژوهش های اخیر مشخص کرده اند که یک سری اختلال های فیزیکی و جسمی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند.

با وجود اینکه سلامت روانی مفهومی است که خیلی وسیع از آن استفاده می شود، اما هنوز یک تعریف کلی که مورد قبول همه باشد از آن به دست نداده اند. هر فرد و یا گروهی یک تصور خاص از سلامت روان دارد. در صورتی که در مورد سلامت فیزیکی و جسمی چنین وضعی وجود ندارد.

فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس، بهداشت روانی را چنین تعریف می کند: استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، در موقعیت های دشوار انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن.

سازمان بهداشت جهانی^۱ بهداشت روانی را چنین تعریف کرده است: بهداشت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می گیرد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش های اجتماعی، روانی و جسمی، بهداشت، تنها نبودن بیماری یا عقب ماندگی نیست.

در سال های اخیر، انجمن کانادایی بهداشت روانی، بهداشت روانی را در ۳ قسمت تعریف کرده است:

قسمت اول، نگرش های مربوط به خود.

قسمت دوم، نگرش های مربوط به دیگران.

قسمت سوم، نگرش های مربوط به زندگی است.

نگرش های مربوط به خود شامل: تسلط بر هیجان های خود، آگاهی از ضعف های خود و رضایت از خوشی های ساده است.

نگرش های مربوط به دیگران شامل: علاقه به دوستی های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه، احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی است.

نگرش های مربوط به زندگی شامل: پذیرش مسئولیت ها، انگیزه توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیم های شخصی و انگیزه خوب کار کردن است (شاملو، ۱۳۶۳؛ گنجی، ۱۳۷۶).

مفهوم سلامت روان از دیدگاه های مختلف

مکتب روان کاوی

به عقیده فروید ویژگی خاصی که برای سلامت روان شناختی ضروری است خودآگاهی^۱ است. یعنی هر آنچه که ممکن است در ناخودآگاهی موجب مشکل شود بایستی خود آگاه شود. به عقیده فروید انسان عادی کسی است که مراحل، رشد روان جنسی را با موفقیت گذرانیده باشد و در هیچ یک از مراحل، بیش از حد تثبیت نشده باشد. به نظر او کمتر انسانی متعارف به حساب می آید و هر فرد به شکلی نامتعارف است. فروید از دیدگاه روان شناسی، انسان نامتعارف را به دو گروه روان نژند^۲ و روان پریش^۳ تقسیم می کند و هسته مرکزی بیماری روانی را، اضطراب می داند. به عقیده فروید نوع مکانیسم های دفاعی مورد استفاده افراد سالم، روان نژند و روان پریش متفاوت است.

شخص سالم از مکانیزمهای دفاعی، نوع دوستی^۴، شوخ طبعی^۵، پارسایی و ریاضت^۶ و والایش^۷ استفاده می کند (حدارحیمی، ۱۳۷۴؛ هال و لندزی ۱۹۷۰).

کارل.گ. یونگ^۸

فرایندی که موجب یکپارچگی شخصیت انسان می شود فردیت یافتن^۹ یا تحقق خود است. این فرایند خود شدن، فرایندی طبیعی است. این کیفیت در واقع، گرایش چنان نیرومند است که یونگ آن را گزینه^{۱۰} می داند. در انسان فردیت یافته، هیچ یک از وجوه شخصیت مسلط نیست، نه هوشیار و نه ناهوشیار، نه یک کنش یا گرایش خاص و نه هیچ یک از سخنهای کهن، بلکه همه آنها به توازن همافزایی رسیده اند. اشخاص فردیت یافته، باید از همه نیروهای سایه^{۱۱} -چه ویرانگر و چه سازنده- آگاه شوند. باید وجه تاریک طبیعت جوششهای حیوانی و ابتدایی خود از قبیل میل به ویرانگری یا خودخواهی را در یابند و بپذیرند. این به معنای تسلیم شدن یا رفتن زیر سلطه آنها نیست، بلکه صرفاً پذیرش وجود آنها است.

گام بعدی فرایند فردیت یافتن، ضرورت سازش با دوگانگی جنسی روانی است. مرد باید آنیما^{۱۲} (خصائص زنانه) و زن آنیموس^{۱۳} (خصائص مردانه) اش را بیان کند.

ویژگی دیگر یکپارچگی خود^۱ است. همه جنبه های شخصیت یکپارچگی و همافزایی می یابند به گونه ای که همه آنها بتوانند بیان شوند.

- 1-Self-consciousness
- 2-Neurosis
- 3-Psychosis
- 4-Altruism
- 5-Humor
- 6-Asceticism
- 7-Sublimation
- 8-Carl.G.Jung
- 9-Individualization
- 10-Instinct
- 11-Shadow
- 12-Anima
- 13-Animus

پذیرش ناشناخته و مرموز، ویژگی دیگر این افراد است. اشخاص سالم از شخصیتی برخوردارند که یونگ آن را شخصیت مشترک خوانده است. چون دیگر هیچ جنبه شخصیت به تنهایی حاکم نیست، یکتایی فرد ناپدید می‌شود، دیگر چنین اشخاصی را نمی‌توان متعلق به یک سنخ روانی خاص دانست. (جلالی طهرانی، ۱۳۷۲؛ شولتس^۲، ۱۳۶۴).

آلفرد آدلر^۳

زندگی به عقیده آدلر، بودن نیست بلکه شدن است. آدلر به انتخاب مسئولیت و معناداری مفاهیم در شیوه زندگی^۴ اعتقاد دارد و شیوه زندگی افراد را متفاوت می‌داند. محرک اصلی رفتار بشر هدفها و انتظار او از آینده است. هدف انسان نیاز به سازگاری با محیط و پاسخگویی به آن است. فرد سالم به عقیده آدلر از مفاهیم و اهداف خودش آگاهی دارد و عمل کرد او مبتنی بر نیرنگ و بهانه نیست، او جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد. فرد دارای سلامت روان به نظر آدلر، روابط خانوادگی صمیمی و مطلوبی دارد و جایگاه خودش را در خانواده و گروه‌های اجتماعی به درستی می‌شناسد. همچنین فرد سالم در زندگی هدفمند و غایت مدار است و اعمال او مبتنی بر تعقیب این اهداف است. غایی ترین هدف شخصیت سالم، تحقق خویشتن است. از ویژگی‌های دیگر سلامت روان شناختی این است که فرد سالم مرتباً به بررسی ماهیت اهداف و ادراکات خودش می‌پردازد و اشتباه‌هایش را برطرف می‌کند. چنین فردی خالق عواطف خودش است نه قربانی آنها، آفرینش‌نگری و ابتکار فیزیکی، از ویژگی‌های دیگر این افراد است. فرد سالم از اشتباه‌های اساسی پرهیز می‌کند. اشتباه‌های اساسی شامل تعمیم مطلق، اهداف نادرست و محال، درک نادرست و توقع بی‌مورد از زندگی، تقلیل یا انکار ارزشمندی خود، و ارزش‌ها و باورهای غلط می‌باشد (شاملو، ۱۳۶۳؛ گنجی، ۱۳۷۶).

اریک اریکسون^۵

به عقیده اریک اریکسون، سلامت روان شناختی اصولاً نتیجه عملکرد قوی و قدرتمندی "من" است. "من" عنوان و مفهومی است که نشان دهنده توانایی یک پارچه سازی اعمال و تجارب شخص به صورت انطباقی و سازشی است. "من" تنظیم کننده درونی روان است که تجارب فرد را سازماندهی می‌کند و در نتیجه از انسان در مقابل فشارهای نهاد و من برتر حمایت می‌کند. هنگامی که رشد انسان و سازمان‌های اجتماعی به نحو متناسب هماهنگ شود، در هر کدام از مراحل رشد روانی-اجتماعی توانایی‌ها و استعدادها مشخصی ظهور می‌نماید.

به طور خلاصه نام هر مرحله و توانایی مرتبط با آن را ذکر می‌کنیم.

۱- مرحله اعتماد در برابر عدم اعتماد^۶. توانایی مرتبط با این مرحله امید است.

1-Ego-integration
2-Schults
3-Alfred Adler
4-Life-style
5-Erik Erikson
6-Trust versus trust

۲-مرحله خود مختاری در برابر شرم و تردید^۱ توانایی مرتبط با این مرحله اراده است.
 ۳-مرحله ابتکار در برابر احساس گناه^۲ توانایی مرتبط با این مرحله هدف است.
 ۴-مرحله کارایی در برابر احساس حقارت^۳ توانایی مرتبط با این مرحله شایستگی است.
 ۵-مرحله هویت یابی در برابر سردرگمی نقش^۴ توانایی مرتبط با این مرحله وفاداری است.
 ۶-مرحله صمیمیت در برابر کناره جویی^۵ توانایی مرتبط با این مرحله عشق است.
 ۷-مرحله تولید در برابر رکود^۶ توانایی مرتبط با این مرحله مراقبت است.
 ۸-مرحله کمال در برابر یاس و ناامیدی^۷ توانایی مرتبط با این مرحله خردمندی است.
 به عقیده اریکسون سلامت روان شناختی هر فرد به همان اندازه که توانسته است توانایی متناسب با هر کدام از مراحل زندگی را کسب کند. (خدارحیمی، ۱۳۷۴؛ شاملو، ۱۳۶۳).

اریک فرام^۸

فرام تصویر روشنی از شخصیت سالم به دست می دهد چنین انسانی عمیقا عشق می ورزد، آفریننده است، قوه تعقلش را کاملا پرورانده است، جهان و خود را به طور عینی ادراک می کند، حس هویت پایداری دارد، با جهان در پیوند است و در آن ریشه دارد، حاکم و عامل خود و سرنوشت خویش است و از تمایل جنسی نسبت له محارم، آزاد است. فرام شخصیت سالم را دارای جهت گیری بارور می داند. فرام با کاربرد واژه ی جهت گیری این نکته را می گوید که جهت گیری گرایش یا نگرش کلی است که همه جنبه های زندگی، یعنی پاسخ های فکری، عاطفی و حسی به مردم، و موضوع ها و رویدادها را، خواه در جهان و خواه در خود، در بر می گیرد. بارور بودن یعنی به کار بستن همه قدرت ها و استعدادها بالقوه خویش. چهار جنبه شخصیت سالم، در روشن ساختن مراد فرام از جهت گیری بارور مؤثر است. این چهار جنبه عبارتند از: عشق بارور، تفکر بارور، خوشبختی و وجدان اخلاقی.

عشق بارور، لازمه اش رابطه آزاد و برابر بشری است. طرفین رابطه می توانند فردیتشان را حفظ کنند. عشق بارور از ۴ ویژگی مهم برخوردار است: توجه، احساس مسئولیت، احترام و شناخت.
 تفکر بارور مستلزم هوش، عقل و عینیت است. خوش بختی بخشی جدایی ناپذیر و پیامد زیستن موافق جهت گیری بارور و همراه همه فعالیت های زیبا است.

فرام میان دو نوع وجدان اخلاقی که عبارتند از: وجدان اخلاقی قدرت گرا، وجدان اخلاقی انسان گرا فرق گذاشته است. وجدان اخلاقی قدرت گرا، نمایان گر قدرت خارجی درونی شده است که رفتار شخصیت را

1-Autonomy versus shame and doubt
 2- Initiative versus guilt
 3- Industry versus inferiority
 4-Identity versus role confusion
 5-Intimacy versus isolation
 6-Generativity versus stagnation
 7-Integrity versus despair
 8-Erik Fromm

هدایت می کند. وجدان اخلاقی انسان گرا تداعی خود است و از تاثیر عامل خارجی آزاد است. (فروم، ۱۳۶۲؛ گنجی، ۱۳۷۶).

مکتب انسان گرایی

کارل راجرز^۱

به عقیده راجرز، آفرینندگی مهم ترین میل ذاتی انسان سالم است. همچنین شیوه های خاصی که موجب تکامل و سلامت خود می شوند به میزان محبتی بستگی دارند که کودک در شیرخوارگی دریافت کرده است. "ارضای توجه مثبت غیر مشروط" و دریافت غیر مشروط محبت و تایید دیگران برای رشد و تکامل سلامت روانی فرد با اهمیت است. این افراد فاقد نقاب و ماسک هستند و با خودشان روراست هستند. چنین افرادی آمادگی تجربه را دارند و لذا بسته نیستند، انعطاف پذیرند و حالت تدافعی ندارند و از بقیه انسان ها عاطفی تر هستند. زیرا عواطف مثبت و منفی وسیع تر را در مقایسه با انسان های تدافعی تجربه می کنند.

به عقیده راجرز اساسی ترین خصوصیت شخصیت سالم، زندگی هستی دار است یعنی آماده است و در هر تجربه، ساختاری را می یابد و بر اساس مقتضیات، تجربه لحظه بعدی به سادگی دگرگون می شود. انسان سالم به ارگانیزم خویش اعتماد می کند.

دیگر ویژگی های انسان سالم عبارتند از: آمادگی کسب تجربه، زندگی هستی دار، احساس آزادی. (

خدارحیمی، ۱۳۷۴؛ راجرز، ۱۳۶۹)

آبراهام مزلو^۲

او انسان سالم را خود شکوفا می نامد و این گونه بیان می کند که خواستاران تحقق خود، نیازهای سطوح پایین تر خود یعنی: نیازهای جسمانی، ایمنی، تعلق، محبت و احترام را برآورده ساخته اند. روان پریش و روان نژند نیستند و سایر اختلال های آسیب شناختی را ندارند. آنها الگوهای بلوغ، پختگی و سلامت می باشند. با حداکثر استفاده از همه قابلیت ها و توانایی های خود، خویشتن خویش را فعلیت و تحقق می بخشند. می دانند کیستند و چیستند و به کجا می روند. خواستاران تحقق خود، تکاپو نمی کنند، بلکه تکامل می یابند. ویژگی های آنها را می توان فهرست وار نام برد که عبارتند از: ادراک صحیح واقعیت، پذیرش کلی طبیعت دیگران و خویشتن، خودانگیختگی، سادگی و طبیعی بودن، توجه به مسائل بیرون از خویشتن، نیاز به خلوت و استقلال، تازگی مداوم تجربه های زندگی، نوع دوستی، کنش مستقل، تجربه های عارفانه یا تجربه های اوج، روابط متقابل با دیگران، تمایز میان وسیله و هدف و خیر و شر، حس طنز مهربانانه، آفرینندگی، مقاومت در مقابل فرهنگ پذیری (شولتس، ۱۳۶۴؛ مزلو، ۱۳۷۲).

1-Carl Rogers

2-Abraham Maslow

مکتب رفتارگرایی

بی.اف.اسکینر^۱

سلامت روانی و انسان سالم به عقیده اسکینر معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است، و چنین انسانی وقتی با مشکل روبه رو شود تا هنگامی که از طریق جامعه به هنجار تلقی شود، از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبودی و به هنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش به طور متناوب استفاده می جوید. به علاوه انسان سالم باید آزاد بودن خودش را نوعی توهم بیندارد، و بداند که رفتار او تابعی از محیط است و هر رفتار توسط معدودی از عوامل محیطی مشخص می گردد. انسان سالم کسی است که تایید اجتماعی بیشتری به خاطر رفتار متناسب، از محیط و اطرافیانش دریافت می کند. شاید معیار تلویحی دیگر در مورد خصوصیات انسان سالم از دیدگاه اسکینر این باشد که انسان باید از علم، نه برای پیش بینی، بلکه برای تسلط بر محیط خویش استفاده کند. در این معنا فرد سالم کسی است که بتواند برای انجام هر روش، بیشتر از اصول علمی استفاده کند و به نتایج سودمندتری برسد و مفاهیم ذهنی مثل امیال، هدفمندی، غایت نگری و مانند آن را کنار بگذارد. (خدارحیمی، ۱۳۷۴؛ اسکینر، ۱۹۵۶)

مکتب شناختی

ویلیام گلاسر^۲

انسان سالم بنابر نظریه گلاسر کسی است که دارای این ویژگی ها باشد.

- ۱- واقعیت را انکار نکند و درد و رنج موقعیت ها را با انکار کردن نادیده نگیرد، بلکه با موقعیت ها به صورت واقع گرایانه روبرو شود.
- ۲- هویت موفق^۳ داشته باشد یعنی عشق و محبت بورزد و هم عشق و محبت دریافت نماید. هم احساس ارزشمندی کند و هم دیگران احساس ارزشمندی او را تایید کنند.
- ۳- مسئولیت، زندگی و رفتارش را بپذیرد و به شکل مسئولانه رفتار کند، پذیرش مسئولیت کاملترین نشانه سلامت روانی است.
- ۴- توجه او به لذات درازمدت تر منطقی تر و منطبق با واقعیت باشد.
- ۵- بر زمان حال و آینده تاکید نماید نه بر گذشته و تاکید او بر آینده، نیز جنبه درون گری داشته باشد نه به صورت خیالپردازی باشد.

واقعیت درمانی^۴ گلاسر نیز بر سه اصل قبول واقعیت، قضاوت در درستی رفتار و پذیرش مسئولیت رفتار و اعمال استوار است و چنانچه در شخصی این سه اصل تحقق یابد، نشانگر سلامت روانی اوست. (خدارحیمی، ۱۳۷۴؛ گلاسر، ۱۹۶۵)

1-B.f.skinner

2-William Glasser

3-Success identity

4-Reality therapy

آلبرت ایس

ایس اصول ۱۳ گانه ای را به مثابه معیارهایی برای سلامت روان در نظر گرفته است که عبارتند از: نفع شخصی، رغبت اجتماعی، خودفرمانی، تحمل، انعطاف‌پذیری، پذیرش عدم اطمینان، تعهد و تعلق نسبت به چیزی خارج از وجود خود، تفکر علمی، پذیرش خود، خطر نمودن، لذت‌گرایی بلند پایا (خدا رحیمی، ۱۳۷۴).

مکتب هستی‌گرایی

ویکتور فرانکل^۱

نگرش فرانکل به سلامت روان تاکید عمده را بر اراده معطوف به معنا می‌گذارد. جستجوی معنا مستلزم پذیرفتن مسئولیت شخصی است. هیچ کس و هیچ چیز به زندگی انسان معنی نمی‌دهد مگر خودش. انسان باید با احساس مسئولیت آزادانه با شرایط هستی و زندگی روبه‌رو شود و معنایی در آن بیابد. به نظر فرانکل ماهیت وجودی انسان از سه عنصر معنویت، آزادی و مسئولیت تشکیل شده است و سلامت روان مستلزم تجربه شخصی این ۳ عامل است. معیار سنجش معنادار بودن زندگی کیفیت آن است نه کمیت آن. حصول و کاربرد معنویت، آزادی و مسئولیت نیز با خود انسان است.

بنابر نظریه فرانکل انسان کامل بودن یعنی با کسی یا چیزی فراسوی خود پیوستن. به عقیده فرانکل جستجوی هدف در خود، شکست خویشتن است. لذا وی هدف رشد تکامل انسان را تحقق خود نمی‌داند بلکه چیزی بالاتر از آن می‌داند. سلامت روان یعنی از مرز توجه به خود گذشتن، از خود فراتر رفتن و جذب معنا و منظوری شدن. در این صورت خود نیز به طور طبیعی و خودبه‌خود تحقق می‌یابد. به طور خلاصه می‌توان گفتشخص بر خوردار از سلامت روانی به عقیده فرانکل دارای این ویژگی‌ها است:

- ۱- آزادی انتخاب عمل دارد.
- ۲- مسئولیت هدایت زندگی و سرنوشت خویش را می‌پذیرد.
- ۳- معلول نیروهای خارجی نیست.
- ۴- از زندگی معنای مناسبی یافته است.
- ۵- بر زندگی تسلط آگاهانه دارد.
- ۶- ارزش‌های خلاقیت، تجربی و گرایشی خودش را نمایان و آشکار می‌سازد.
- ۷- از توجه به خودش فراتر می‌رود.
- ۸- آینده نگر است.
- ۹- تعهد حرفه‌ای و شغلی دارد.
- ۱۰- توانایی ایثار و دریافت عشق را دارد.

1-Victor Frankel

۱۱- عشق هدف نهایی شخص برخوردار از سلامت روان شناختی است. به عقیده فرانکل انسانی که واجد این صفات و خصوصیات باشد "انسان از خود فرارونده نامیده می شود (شولتس، ۱۳۶۴؛ فرانکل، ۱۳۷۵).

سلامت اجتماعی

سلامت موضوعی مطرح در بسیاری از فرهنگ‌ها است. در واقع هر جامعه به عنوان بخشی از فرهنگ خود از سلامت مفهوم خاصی در نظر دارد. از میان تعریف‌هایی که هنوز هم به کار می‌رود، شاید دیرینه‌ترین تعریف آن باشد که: «سلامتی عبارت است از بینار نبودن». در برخی فرهنگ‌ها سلامت و هماهنگی^۱ مترادف یکدیگرند و هارمونی عبارت است از: «سازگار بودن با خود، جامعه‌هف با خدا و با جهان». آراء هندیان و یونانیان باستان در مفهوم سلامت مشترک بوده و بیماری را به اختلال تعادل بدنی نسبت به آنچه «اخلاط» می‌نامیدند، منتسب می‌کردند.

سلامت بیشتر به عنوان نعمت در نظر گرفته می‌شود و ارزش آن به درستی شناخته نمی‌شود، مگر هنگامی که از دست برود. در سطح بین‌الملل تا زمانی که پس از جنگ جهانی اول اساسنامه جامعه ملل تهیه می‌شد، سلامت «از یاد رفته» بود و تنها در واپسین روزها تهیه کنندگان پیش‌نویس اساسنامه به یاد بهداشت جهان افتادند. در کنفرانس ملل متحد در شهر سانفرانسیسکو در سال ۱۹۴۵ موضوع بهداشت به عنوان یک موضوع ویژه مطرح شد. با وجود این، در چند دهه گذشته جنبش تازه‌ای پدید آمده و سلامت به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است؛ یعنی سلامت برای برآورده شدن نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان لازم است و باید برای همه انسان‌ها در دسترس باشد. لذا در این تحقیق ابتدا تعریف سلامت و سلامت اجتماعی بیان می‌شود، سپس عوامل موثر بر سلامت، مدل‌های سلامت روانی و سلامت اجتماعی ارائه و دیدگاه‌ها و نظریه‌های عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی با تأکید خاص بر تئوری شبکه اجتماعی بیان می‌شوند.

سلامت

سلامت از واژه‌هایی است که بیشتر مردمان با آنکه اطمینان دارند معنای آن را می‌دانند، تعریفش را دشوار می‌یابند. در فرهنگ‌های گوناگون تعریف‌های بسیاری از سلامت شده است:

در فرهنگ و بستر سلامت وضع خوب و عالی بدن، اندیشه و روح و بویژه بر کنار بودن از درد یا بیماری جسمی تعریف شده است. در فرهنگ آکسفورد به معنی وضع عالی جسم یا روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و به گونه موثر انجام شود آمده است. جالینوس سلامت را عبارت از وجود نسبت معینی از عناصر گرمی، سردی، رطوبت و خشکی تعریف می‌کند. ابن سینا معتقد است: سلامت سرشت یا حالتی است که در آن اعمال بدن به درستی انجام می‌گیرد... نقطه مقابل آن بیماری است (سجادی، ۱۳۸۳: ۲۴۵).

در سال‌های اخیر با گنجانده شدن «توانایی داشتن یک زندگی مثر از نظر اقتصادی و اجتماعی»، این تعریف کامل‌تر شده است. سلامت بیشتر به عنوان ابزاری برای رسیدن یک هدف منظور شده است که

می‌توان آن را از لحاظ کارکردی به صورت یک منبع^۱ بیان کرد؛ منبعی که مردمان امکان می‌دهد به گونه فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی کنند. سلامت تنها زندگی کردن نیست، بلکه منبعی برای زندگی روزمره است، سلامت یک مفهوم مثبت است که بر منابع و امکانات اجتماعی و شخصی و همچنین توانایی‌های جسمانی تأکید دارد (پوراسلامی، ۱۳۷۹: ۱۹).

سازمان جهانی بهداشت، سلامت را بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرف نبودن بیماری و یا رنجوری تعریف می‌کند. بنابراین سلامت منبعی برای زندگی روزمره است و نه برای هدف زندگی (محمد نبی، ۱۳۸۶: ۱). سلامت مفهوم مثبتی است که علاوه بر ظرفیت‌های جسمی بر منابع اجتماعی و شخصی تأکید دارد. سلامت دارای ۶ بعد مختلف می‌باشد: سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت عاطفی، سلامت معنوی، سلامت جنسی و سلامت اجتماعی (سجادی، ۱۳۸۳: ۲۴۶).

سلامت اجتماعی

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. بلوک و برسلو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضاء جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماریها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد.

سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروهها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه‌گیری ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (کیفیت روابط دوستانه) هر دو تعریف منظور شده بود. حوزه سلامت اجتماعی از سالهای ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایشی خاص را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. گروهی از کارشناسان در این تلاش بوده‌اند تا با عملیاتی کردن مفهوم ارتقاء سلامت اهداف کلی شعار "بهداشت برای همه" را با زمینه‌های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که ارتقاء سلامت در حقیقت در برگیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. ارتقاء سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان‌پذیر است که یکی از آنها توسعه شیوه‌های سالم زندگی و اقدام

1 -Resource

اجتماعی برای سلامت است و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در یک حیات سالم را امکان پذیر سازد.

استفاده مفرط از مدل بیماری در گذشته که در آن مقوله سلامت به عنوان نبود نشانه‌ها و عوارض جسمانی و روانی تعریف می‌شده است، منجر به باز تعریف سلامت به شکل‌های مختلف و سنجش آن به طرق متنوع شده است. از جمله این شیوه‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: بیان شخصی، تغییرات در کارکرد ایمنی بدن، آشکار شدن علائم ظاهری بیماری، تشخیص پزشکی و... (پترسون و باسیو، ۱۹۹۱) با این حال سازمان بهداشت جهانی (W.H.O) (۱۹۴۶) سلامت را اینگونه تعریف کرده است: "حالت سلامت کل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری و یا ناتوانی فرد" (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۴۶: ۱۰۰). این تعریف مقدمه‌ای برای معرفی مدلی شد که در آن سلامت به معنای سطح بالایی از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مفهوم سازی شد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). تعریف سازمان بهداشت جهانی راه را برای تعریف سلامت اجتماعی گشود و سبب شد تا بتوان آن را طبقه بندی کرده و از زاویه دید جدیدتری به تحقیق درباره آن پرداخت که در این زاویه دید جدید، جنبه‌های اجتماعی سلامت مورد توجه به قرار گرفتند. سلامت اجتماعی از دو دیدگاه لذت جویانه و کارکردی مورد توجه قرار گرفته است (ریف و سینگر، ۲۰۰۴). دیدگاه لذت جویانه، سلامت اجتماعی را با رضایت از زندگی و تعادل جنبه‌های مثبت و منفی بررسی می‌کند. از سوی دیگر دیدگاه کارکرد گرایانه، سلامت اجتماعی را با توجه به اهمیت فردی، هستی معنادار و میزان پتانسیل افراد برای ایفای وظائف خود می‌نگرد (واترمن، ۱۹۹۳) و لذا تاکید آن بر سلامت اجتماعی در یک بازه زمانی طولانی مدت تر است. تحقیقات مختلف که متمرکز بر مفهوم سلامت اجتماعی هستند، شامل تحقیقات درباره سلامت عاطفی بوده‌اند و بر مبنای یک مفهوم سازی لذت جویانه از سلامت اجتماعی صورت گرفته‌اند و کارکردگرایی مثبتی را بررسی کرده‌اند که به عنوان جزئی از سلامت اجتماعی و سلامت روانی مطرح بوده است (ریف و کییز، ۱۹۹۵).

ریف و کییز معتقد بودند که سلامت چیزی بیش از رضایت از زندگی و احساس خوشبختی است که در مفهوم لذت جویانه از سلامت مطرح می‌شود. امروزه سلامت اجتماعی را محصول عوامل شناختی، روانی و اجتماعی و هم معلول عوامل بیولوژیکی می‌دانند و این نگرش با یک رویکرد کلی‌تر به مقوله سلامت و بیماری و معالجه مشکلات آسیب زنده همراه می‌شود. این رویکرد جدید به سلامت منجر به استفاده از دامنه‌ای از واژه‌ها شد که با هم ارتباط درونی دارند از جمله: کیفیت زندگی (پاور، ۲۰۰۳)، سلامت اجتماعی ذهنی و سلامت روانی (ریف و کییز، ۱۹۹۵) کارکرد مثبت فردی و سلامت عاطفی (واترمن، ۲۰۰۱) و سلامت اجتماعی (کییز، ۱۹۹۸). این مفهوم سازی گسترده از سلامت و سلامت اجتماعی اجازه می‌دهد تا بررسی جامع‌تری از عوامل روانی و شناختی داشته باشیم که مرتبط با درک افراد از میزان کارایی مطلوب خود در محیط اطرافشان است. این تاکید بر عوامل روانی مثبت که مرتبط با سلامت اجتماعی هستند را می‌توان به حوزه روانشناسی هم تعمیم داد.

کییز (۱۹۹۸) معتقد است که مفهوم سازی سلامت ذهنی می‌بایست آنقدر گسترده شود که سلامت اجتماعی را هم در بر گیرد. سلامت اجتماعی از دیرباز به عنوان فارغ بودن از حالت‌های اجتماعی منفی مثل از خود بیگانگی یا هرج و مرج تعریف شده است و نه الزاماً اینکه وجود شرایط روان‌شناختی اساس سلامت اجتماعی باشند (کییز، ۱۹۹۸: ۱۳۳). در حالیکه به سلامت اجتماعی در جنبه فردی توجه زیادی شده است (مثلاً ریف ۱۹۸۹) این عقیده هم مطرح شده است که میبایست توجه همسانی به ماهیت اجتماعی مقوله سلامت اجتماعی شود. به عقیده کییز سلامت اجتماعی و یا فقدان آن، دغدغه‌ای بارز در نظریه کلاسیک جامعه‌شناسی بوده است. علیرغم اهمیت مفاهیمی چون هرج و مرج، از خود بیگانگی که مورد توجه مارکس و دورکیم قرار داشته، آنها به بحث درباره ابعاد چندگانه سلامت اجتماعی مثبت هم پرداخته‌اند. از جمله فواید بالقوه زندگی اجتماعی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی است که به معنای احساس تعلق و وابستگی درونی و احساس وجدان مشترک و سرنوشت جمعی می‌باشد (دورکیم، ۱۹۵۱).

مزایای زندگی اجتماعی می‌تواند اساس و بنیان ارائه تعریفی جهانی از سلامت اجتماعی باشد. سلامت اجتماعی عبارتست از تخمین شرایط و کارکرد یک فرد در جامعه. کییز 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 (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). 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، لذا سلامت و سلامت اجتماعی را باید به گونه‌ای مفهوم سازی کرد که شامل خود اثبات گری فرد در گروه‌های اجتماعی و اعتبار و تصدیق این مورد برای افراد مختلف شود (روزنفلد، ۱۹۹۷).

کییز (۱۹۹۸) ۵ ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمرد که همراستا با نظریه روان‌شناختی و جامعه‌شناختی اجتماعی بسط پیدا می‌کنند. کییز معتقد است که مدل سلامت اجتماعی (که در امتداد سلاما روانی مطرح می‌شود و زمینه کارکرد مثبت را فراهم می‌کند) شامل یکپارچگی اجتماعی، ایفای نقش اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی می‌باشد.

اجتماعی: منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کییز، ۱۹۹۸) احساس تعلق می‌تواند جنبه ای محوری از سلامت باشد (ریف، ۲۰۰۳) و لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد (دورکیم، ۱۹۵۱). افراد سالم احساس می‌کنند که جزئی از جامعه‌اند لذا 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 عبارتست از گسست فرد و جامعه، طرد جامعه و یا این نگرش که جامعه نمی‌تواند انعکاسی از ارزشها و سبک‌های فرهنگی فرد باشد. انزوای اجتماعی عبارتست 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 در برگیرنده عضویت جمعی و سرنوشت جمعی است.

ایفای سهم اجتماعی: ایفای سهم اجتماعی عبارتست 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 عبارتست از تعیین الزامات فردی برای نقش‌آفرینی در جامعه. این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می‌کنند آنچه که انجام می‌دهند برای جامعه ارزشمند است یا نه؟ این نگرش هم راستا با دورنمایه‌ایست که مارکس مطرح می‌کند مبنی بر اینکه انسانها ماهیتاً زاینده‌اند (کیز، ۱۹۸۹). اگر بخواهیم که از خود بیگانگی را به زبان اقتصادی مطرح کنیم عبارتست از کاهش ارزش زندگی یک فرد و فعالیت‌های روزمره‌ای که انجام می‌دهد. موارد همتای ایفای سهم اجتماعی، ایجاد نگرش رفتار است. اریکسون معتقد بود که میانسالی دوره‌ای است که افراد می‌توانند طبق میل خود در جامعه ایفای نقش کنند بویژه با آماده کردن نسل آینده تا به اعضای خلاق جامعه مبدل شوند.

کیز (۱۹۹۸) معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم و سودمندی فردی که با باندورا (۱۹۷۷) مطرح می‌کند همپوشانی دارد و نیز می‌تواند به عنوان 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 به ویژه وقتی که وجود خودشان برای خودشان ارزشمند نیست (الیاس و هارپر، ۱۹۷۵، کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). ایفای سهم اجتماعی تا اندازه‌ای مرتبط با درک فرد از موضوع است که نقش حیاتی در جامعه به او سپرده شده است (کیز، ۱۹۹۸).

انسجام اجتماعی: انسجام اجتماعی قابل‌قیاس با بی‌معنا بودن زندگی است (سیمن، ۱۹۵۹) و شامل دیدگاههایی می‌شود در این باره است که جامعه قابل‌سنجش و قابل‌پیش‌بینی است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (ریف، ۱۹۸۹). 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 قابل‌پیش‌بینی، انسجام خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آنست (کیز، ۱۹۹۸) این

مقوله با قابلیت معنابخشی به وجود شخص است (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). افرادی که سالم‌ترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقمندند و می‌توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند. کییز معتقد است که انسجام اجتماعی عبارت از درک این موضوع است که «جامعه را می‌توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش‌بینی می‌باشد» (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳).

شکوفایی اجتماعی: منظور از شکوفایی اجتماعی، «ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است» (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳). شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد و هر چند این امر برای همه افراد درست نیست (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). با اینحال سلامت شامل دیدگاهی خوش‌بینانه از آینده احتمالی است. در حالیکه 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 (۱۹۶۸) دارد و نیز بی‌ارتباط با تاکید 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، ۱۹۹۸). 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 به عنوان خودشناسی (ماسلو، ۱۹۶۸)، خوشبختی و رشد فردی (ریف ۱۹۸۹) 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: 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 ۱۹۸۹). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کییز، ۱۹۹۸). 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، ۱۹۹۸). کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به طور کلی سازنده هستند (کییز، ۱۹۹۸). همانگونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سامت اجتماعی بینجامد (همان: ۱۳۲).

کییز دو تحقیق انجام داد (یک با استفاده از نظر سنجی تلفنی و دیگری با یک پرسشنامه خودنوشت) که اثبات گر ۵ بعد از سلامت اجتماعی بودند: این تحقیقات شواهدی برای اعتبار همگرامیان مقیاسهای سلامت اجتماعی و مواردی چون مشارکت اجتماعی، زاینده بودن فعالیت‌ها، درک محدودیت‌ها رضایت از زندگی و خوشبختی ارایه کردند. کییز همچنین دریافت که سلامت اجتماعی به طور کلی با افزایش سن و بالا رفتن سطح تحصیلات افزایش می‌یابد و معتقد بود مهارت‌ها، منابع و تجربیات با بالا رفتن سن افزایش می‌یابند و به

اتفراد کمک می‌کنند بهتر از عهده چالش‌های اجتماعی برآیند. در حالیکه این مقیاس‌های سلامت اجتماعی همراستا با ملاک‌های سلامت روحی که به سلامت روانی می‌انجامد هستند، با آنها همپوشانی ندارند (کییز، ۱۹۹۸). بعلاوه این مقیاس‌ها صرفاً به شکل حداقلی با خوش‌بینی همبستگی دارند. لذا نتایجی که کییز می‌گیرد نشان می‌دهد که مقیاس‌های سلامت اجتماعی به حد کافی نشانگر میزان حل و فصل چالش‌های اجتماعی توسط افراد هستند. او معتقد است که «سلامت اجتماعی یک دستاورد است» (کییز، ۱۹۹۸: ۱۳۳). اجرایی کردن سلامت اجتماعی به عنوان کارکردی روانی، جسمانی و اجتماعی می‌یابد دیدگاهی کلان‌تر درباره تلقی افراد از میزان کارکرد مناسب خود در محیط‌شان ارائه دهد.

عوامل موثر بر سلامت اجتماعی

این امر اثبات شده است که سلامت روانی و اجتماعی تحت تاثیر دامنه‌ای از عوامل جمعیت شناختی و جامعه شناختی و روان شناختی قرار دارند که برخی از آنها عبارتند از: پایگاه اقتصادی- اجتماعی (SES)، موقعیت تاهل، جنسیت، مهارت‌های ارتباطی، مذهب و سرمایه اجتماعی شبکه‌های اجتماعی (راسنفیلد، ۱۹۹۷).

پایگاه اقتصادی اجتماعی

موقعیت اقتصادی- اجتماعی رابطه روشنی با سلامت دارد که در مواردی همچون نرخ مرگ و میر، دیابت، اسم و بیماریهایی از این دست در افرادی که از حیث اجتماعی اقتصادی در سطح پایینی قرار دارند، نمود پیدا می‌کند (موسسه سلامت و سلامت اجتماعی استرالیا، ۲۰۰۲: ۱۱۸). رفتارهای مربوط به سبک زندگی افرادی که جزء گروههای سطح پایین اجتماعی اقتصادی به شمار می‌روند هم به گونه‌ایست که ریسک سلامت را بالاتر می‌برد (همان: ۱۱۹).

گراهام مطرح می‌کند که سلامتی فرد به عنوان یک موضوع مهم نتیجه شرایط اقتصادی اجتماعی است. افرادی که از لحاظ اقتصادی اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، بدلیل توانای و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوبتری قرار می‌گیرند و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند، از سلامتی نامطلوب‌ترنج می‌برند. به باور وی عواملی که باعث می‌شود تغییرات در وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد بر سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی) تاثیر بگذارد در سه مقوله مادی، رفتاری و روانی اجتماعی قرار می‌گیرند (گراهام، ۲۰۰۱: ۱۴).

عوامل مادی: محیط فیزیکی، خانه، محله و محل کار به اضافه استانداردهای زندگی که بوسیله درآمد تامین می‌شوند.

عوامل رفتاری: عبارتند از عادات و رفتارهای روزمره مرتبط با سلامتی که یک مسیر اقتصادی اجتماعی قوی را نشان می‌دهند. از قبیل استعمال دخانیات، مشروبات الکلی، فعالیتهای اوقات فراغت و رژیم غذایی

عوامل روانی بیشتر به برداشتهای فرد از وضعیت اجتماعی و مقایسه خود با دیگران از لحاظ اقتصادی اجتماعی و مشاهده زندگی افراد در یک جامعه نابرابر اطلاق می‌شود.

عوامل مادی، رفتاری و روانی اجتماعی به همراه یکدیگر ظاهر می‌شوند. گروه‌های دارای پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین بدلیل زندگی در محیط‌های فیزیکی نامطلوب و محله‌های پرجمعیت دچار وضعیت‌های خطرناک می‌شوند. هوث و ویلیامز نیز بیان می‌کنند که افراد دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی و قومی- نژادی محروم جامعه، سطوح پایینی از انواع سلامت را به خود اختصاص می‌دهند (هوٹ و ویلیامز، ۲۰۰: ۸۴).

براساس نظریات ایشان، محرومیت‌های اقتصادی اجتماعی تثبیت شده در طول دوران زندگی به احتمال زیاد خطرات فراوانی برای سلامت اجتماعی ایجاد می‌کنند، لذا بررسی و شناخت دقیق پایگاه اقتصادی اجتماعی فرد در اول دوران زندگی برای فهم تفاوتی موجود در زمینه سلامت اجتماعی از اهمیت خاصی برخوردار است. بر همین اساس آنها معتقدند چیزی که SES را به عنوان تعیین کننده قدرتمند در سلامت افراد مطرح می‌کند عبارت است از اینکه پایگاه اقتصادی اجتماعی فرد تجارب فرد و همه عوامل اجتماعی روانی و محیطی مخاطره آمیز برای سلامت افراد در گذشته، حال و آینده تحت تاثیر قرار می‌دهد. افراد طبقه پایین عمدتاً در حاشیه‌ها و محله‌هایی زندگی می‌کنند که محیط فیزیکی محله‌های آن در سطح نامطلوبی قرار دارد، علاوه بر این سطح سرمایه اجتماعی پایین است.

وضعیت اقتصادی- اجتماعی بر سلامت انسان موثر شناخته شده است و برای اکثر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی- اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، تغذیه، اشتغال، مسکن، نسبت سرباری، بعدخانواده، میزان افزایش جمعیت و... تعیین می‌شود (سجادی، ۱۳۸۵: ۲).

پایگاه اقتصادی- اجتماعی یکی از مهمترین و کاربردی‌ترین متغیرهای مستقل در تحلیل رفتارها، عقاید افراد و موقعیت آنها در سلسله مراتب اجتماعی است (چاوشی، ۱۳۷۴: ۳). پایگاه مجموعه حقوق و تکالیفی است که بیانگر موقعیت یک فرد در رابطه با دیگران است، اعم از اینکه این روابط افقی یا عمودی، مبتنی بر تساوی و یا سلسله مراتب و یا مرتبط با منافع اعتبار اجتماعی و افتخار باشد (محسنی، ۱۳۸۳: ۲۱۵).

گلابی (۱۳۸۲: ۹۱) پایگاه اجتماعی را اینگونه تعریف می‌کند: «موقعیت ویژه‌ای که فرد در جامعه پیدا می‌کند. به عبارت دیگر، پایگاه اجتماعی ارزش و امتیازی است که جامعه به نقش افراد می‌دهد. هر کس در قضاوت درباره دیگران، موافق برداشتهای خود، پایگاه اجتماعی دیگری را ارزش گذاری می‌کند».

ماکس وبر پایگاه را یک امتیاز اجتماعی تعریف می‌کند که در جامعه به برخی از موقعیت‌ها داده می‌شود و جامعه نیز از دسته‌هایی از سطوح و یا گروه‌هایی از پایگاه تشکیل می‌شود (پیشین: ۲۱۶) از جمله شاخصهایی که بر سلامت اجتماعی اثر می‌گذارد می‌توان به این موارد اشاره داشت: انتظار زندگی، درآمد اشخاص در مقابل هزینه‌های اساسی و خط فقر، گرانی و تورم، سلامت خانوادگی میزان تنش و طلاق، وضعیت کودکان و کودکان رانده شده، وضعیت و جایگاه اقتصادی- اجتماعی بانوان، وضعیت و جایگاه اقتصادی- اجتماعی جوانان، درصد بیکاری ناخواسته، اعتیاد، مدت زمان رسیدگی به جرائم وضعیت

مسکن، بوروکراسی و فساد، حوادث رانندگی و اتلاف وقت در ترافیک، بیمارستان، درصد افرادی که نیاز به درمان دارند و می‌توانند درمان شوند. فضای سیاسی، نرخ خودکشی، وضعیت اقلیتها و نظایر آن. والترب. میلر^۱ بر شش مسأله مهم اصلی مربوط به فرهنگ طبقات پایین انگشت می‌گذارد که در حول موضوعات زیر مطرح می‌گردد: ناآرامی و اغتشاش، استقامت و پایداری، آراستگی شور و شوق، سرنوشت و تقدیر و آزادی عمل. (واتر^۲) در شرح خود از سه نوع متفاوت استراتژی بقاء طبقه پایین به مجموعه‌ای از موارد اشاره دارد:

یک سبک زندگی پراحساس که ممکن است منجر به خرسندی بلاواسطه شود؛ یک استراتژی خشونت‌آمیز؛ و یک استراتژی حداقلی. او بیان می‌کند: «زمانی که استراتژی پراحساس شکست بخورد یا زمانی که در دسترس نباشد، وسوسه زیادی برای پذیرش یک استراتژی خشن وجود دارد که براساس آن دیگران را مجبور می‌کنید تا آنچه بدان نیاز دارید به شما بدهند. سرانجام استراتژی حداقلی است که در آن، اهداف به نحو فزاینده‌ای محدود به حداقل ضرورت برای تداوم بقا شده‌اند (افشار کهن، ۱۳۸۱: ۱۳۷-۱۳۶). رز و وو^۳ مطرح می‌کنند که افراد تحصیلکرده در مقایسه با افراد کم سواد از لحاظ سلامت روحی و روانی در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند و دلیل این که چرا تحصیلات با سلامتی جسمی - روانی رابطه تنگاتنگی دارد را در سه مقوله مطرح می‌کنند:

شرایط اقتصادی و کاری

منابع روانی - اجتماعی

سبک‌های زندگی سالم و بهداشتی

براساس مقوله اول افراد تحصیلکرده کمتر احتمال دارد که بیکار بمانند و به احتمال زیاد در شغل‌های تمام وقت با درآمد بالا مشغول به کار می‌شوند. مبتنی بر مقوله دوم، افراد تحصیلکرده از منابع روانی - اجتماعی متعددی از قبیل احساس بالایی از خودکنترلی و حمایت اجتماعی و همچنین منابع اقتصادی بهره مند می‌شوند و نهایتاً براساس مقوله سوم، تحصیلکرده‌ها، سبک‌های زندگی سالم‌تر را در پیش می‌گیرند. به عبارت دیگر افراد تحصیلکرده در مقایسه با بقیه، در مصرف مشروبات الکلی افراط نمی‌کنند، کمتر سیگار می‌کشند و مراقبت‌های بهداشتی را رعایت می‌کنند و همه این موارد سطح سلامت جسمی و روانی فرد را ارتقاء می‌بخشند (خیراله پور، ۱۳۸۳: ۸۵).

از آنجائی که افراد در اثر نظام قشربندی موجود در سطح جامعه از سطح تحصیلات متفاوتی برخوردار می‌شوند لذا نابرابری مبتنی بر سطح تحصیلات، افراد را به موقعیتهای متفاوتی سوق می‌دهد که از امتیازات، پاداشها، فرصتها و منابع متفاوتی برخوردار می‌شوند و همین تفاوت‌های موجود بر سطح سلامتی آنها نیز تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر موقعیت یک فرد در سلسله مراتب اجتماعی برای وی شرایط و ویژگیهایی را

1 - Miller

2 - Watter

3 - Ross & Vu

فراهم می‌کند که می‌توانند سلامتی وی را تحت‌الشعاع خود قرار دهد. شرایطی که در اثر تحصیلات بالا برای فرد از نقطه نظر اقتصادی، شغلی، منابع روانی و اجتماعی و سبک زندگی فراهم می‌شود، موجب بهبودی سلامتی فرد می‌گردد

وضعیت تاهل

تنها بودن همواره امری مرتبط با سلامت و ارتقای سلامت اجتماعی بویژه برای مردان بوده است (دپلاو، ۲۰۰۴). لیلارد و وایت^۱ دریافتند که ازدواج باعث کاهش رفتارهای پرخطر در مردان می‌شود. ازدواج همچنین مرتبط با افزایش سطح (البته نه بصورت مطلق) پایگاه اقتصادی اجتماعی است که بر سلامت بویژه تاثیرگذار است (وایت، ۱۹۹۶). متاهل بودن فواید زیادی برای سلامتی اجتماعی دارد مثلاً فرد را همراه کسی می‌کند که همسر اوست و این عالمی است که برای سلامت اجتماعی مردان حائز اهمیت است (همان: ۱۹). فایده دیگر ازدواج تامین حمایت عاطفی و اخلاقی در لحظات اضطراب آفرین است. اما مجرد بودن هم فواید خاص خود را دارد. مارکس^۲ و لمبرت^۳ (۱۹۸۸) دریافتند که اگر چه ازدواج به طور کلی سلامت اجتماعی و روانی مردان و زنان را افزایش می‌دهد اما افراد مجرد برخی جنبه‌های ویژه از سلامت را تجربه می‌کنند که از همه مهم‌تر حس استقلال و رشد فردی بیشتر از افراد متاهل است (همان: ۲۲).

جنسیت: سلامت با توجه به جنسیت تفاوت‌هایی را پیدا می‌کند. مردان در مقایسه با زنان، بیشتر در معرض خطرات و ریسک‌های سلامت قرار دارند، از آن رو که جنسیت می‌تواند تا حد زیادی تعیین کننده میزان کنترل منابع اجتماعی - اقتصادی و شیوه رفتار با افراد در محیط اجتماعی‌شان باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵). زنان دو برابر مردان دو قطبی را تجربه می‌کنند و نیز از خشونت‌های خانوادگی، اضطراب روانی، خشونت جنسی، فشارهای مربوط به سوگیری‌های جنسیتی و اجبار در ایفای نقش‌های چندگانه رنج می‌برند. مردان متاسفانه عمدتاً گرفتار اعتیاد به موادمخدر، پرخاشگری و جامعه ستیزی می‌شوند و همچنین سه برابر احتمال دارد که شخصیت ضد جامعه در آنان شکل گیرد و این در حالی است که رایج ترین اختلال در میان زنان، اختلالات ترس است (همان: ۱۱۶). مردان در مقایسه با زنان رفتار آسیب زنده تری دارند که سلامت آنان را به خطر می‌اندازد.

عوامل روانی اجتماعی

در حالی که تاثیر عوامل روانی اجتماعی بر سلامت از دیرباز موضوع مناقشه بوده است، اما این بار، در سالهای اخیر اعتبار پیدا کرده است. کاسیوپو^۴ خاطر نشان می‌سازد که بسیاری از مشکلات امروز در زمینه سلامت، مبنای متغیر از اضطراب، خشم و افسردگی گرفته تا احساس سرخوشی غیرواقعی ناشی از مصرف موادمخدر است (کاسیوپو، ۲۰۰۳: ۱۰۵۰).

1 -Lillard & Waite

2 -Marks

3 -Lambert

4 -Cacioppo

سلامت روانی: سلامت روانی رسیدن فرد به این تصور است که زندگی اش منسجم (آنتونوفسکی، ۱۹۸۷) و معنادار (ریف، ۱۹۸۹) است. ریف مدلی را برای سلامت روانی پیشنهاد می‌کند که از ۶ بعد پذیرش خود، تسلط بر محیط، هدفمند بودن زندگی، رشد فردی، استقلال و روابط مثبت با دیگران تشکیل می‌شود و نمایانگر چالش‌هایی است که فرد در تلاش برای رسیدن به خودشکوفایی با آنها روبرو می‌شود (ریف و کیز، ۱۹۹۵).

ریف و کیز (۱۹۹۵) یک مفهوم سازی نظریه محور از سلامت روانی ارائه می‌دهند که از کار نظریه پردازان اولیه الهام می‌گیرد. جنبه‌های سلامت روانی ریشه در مفهومی دارند که ارسطو ادائه می‌دهد مبنی بر اینکه سعادت نهایی در موجودیت بشر حاصل سعادت است که محصول جانبی رسیدن به خودشکوفایی به شمار می‌رود. نظریه ریف و کیز همراستا با کار نظریه پردازانی همچون راجرز^۱ (۱۹۶۷)، ماسلو^۲ (۱۹۶۸) است که عناصر مختلف سلامت روانی را مطرح و شرح دادند.

ربر^۳ معتقد است که واژه خودشکوفایی نخستین بار توسط گلداشتاین^۴ به عنوان یک نظریه پرداز ارگانیک، مطرح شد تا توصیفی برای انگیزه ذاتی انسانها برای رشد کامل توان بالقوه شان باشد. گلداشتاین معتقد بود که خودشکوفایی انگیزه اولیه انسان است و تمام انگیزه‌های دیگر زیر مجموعه آن قرار می‌گیرند. ریف اقدام به بررسی متون علمی کرد که کارکردهای روانی سطح بالاتری را مورد توجه قرار می‌دادند و ترکیب آنها به اجزای پایه‌ای اعتقادات رایج درباره رفاه روانی رسید. دیدگاههای نظری درباره کارکرد یک فرد بالغ که مورد توجه ریف قرار گرفتند عبارتند از: خودشکوفایی که ماسلو (۱۹۶۸) مطرح می‌کند، مفهوم بلوغ که دیدگاه آلپورت^۵ است، دیدگاه فردیت که یونگ^۶ مطرح می‌کند و مفهوم کارکرد کامل فرد بزرگسال که راجرز^۷ نظراتی درباره آن دارد (ریف، ۱۹۸۹). نظریه پردازان رشد در طول حیات مثل اریکسون^۸ (۱۹۵۹)، بوهرلر و ماساریک^۹ (۱۹۶۸) و جاهودا^{۱۰} (۱۹۵۸) نقدهای درباره سلامت روانی مثبت داشتند که آنها را هم برای توصیف آنچه "سلامت روانی مناسب"^{۱۱} خوانده می‌شود مورد بررسی قرار می‌دهیم (ریف، ۱۹۸۹): ۱۰۷۰.

ریف با کنار هم قرار دادن این رویکردها، به درونمایه‌های مشترکی می‌رسد که برای سلامت روانی مثبت نمونه‌هایی ذکر می‌کنند. این درونمایه‌ها شامل تحلیلهای مثبت از خود فرد و دیگران، عقیده به معنادار بودن زندگی، داشتن روابط سالم با دیگران، ظرفیت مدیریت زندگی شخصی، خودشناسی و آگاهی از رشد دامنه‌دار فردی می‌شوند. ریف در واقع یک مقیاس برای سلامت روانی تعیین کرد (مقیاس PWB) که همراه با ادغام

1 -Rogers

2 -Maslow

3 -Reber

4 -Goldstein

5 -Allport

6 -Jung

7 -Roger

8 -Ericsson

9 -Buhler & Massarik

10 -Jahoda

11 -Challenged Thriving

الگوهای نظری چندگانه درباره کارکردهای مثبت روانی بود. مدل PWB چند بعدی به عنوان معرف ابعاد روان شناختی "شکوفایی چالشی" توصیف شده است (ریف، کیز و شموتکین، ۲۰۰۱: ۱۰۰۸).

ریف و کیز هر یک از ابعاد مدل سلامت روانی خود را تعریف کرده‌اند: پذیرش خود عبارت از قابلیت شناسایی و پذیرش خصوصیات مثبت و منفی یک فرد است (ریف، ۱۹۸۹) و کسانی که پذیرش خود را به خوبی انجام داده‌اند، نگرش و تصور مثبتی از خود دارند و هر دو جنبه شخصیت خود را می‌پذیرند و با گذشته خود مشکلی ندارند (ریف و کیز، ۱۹۹۵).

هدفمند بودن زندگی: بعد هدفمند بودن زندگی ریشه در این مفهوم دارد که افرادی که از نظر اجتماعی روانی بالغ هستند و زندگی هدفمندی دارند و اهداف مناسبی برای خود منظور می‌کنند و میتوانند در هنگام نیاز جهت حرکت زندگی خود را تغییر دهند (ریف، ۱۹۸۹). منظور از هدفمند بودن زندگی، پذیرش این مسئله است که زندگی جهت و معنا دارد چرا که افراد اهدافی دارند که می‌خواهند به آنها برسند (ریف، ۱۹۸۹). کسی که هدفی در زندگی دارد، زندگی را معنادار می‌بیند و عقایدی معنادار را در ذهن می‌پروراند و به شکل هدفمند زندگی می‌کند.

رشد فردی: منظور از رشد فردی این است که فرد در حال بهینه سازی توان بالقوه خود است (ریف، ۱۹۸۹) و کسانی که وضعیت مطلوبی در این بعد دارند به دنبال این هستند که همیشه از روز پیش خود گامی به جلوتر بردارند. آنها همیشه از فرصت‌های تازه استقبال می‌کنند و قبول دارند که ارتقای فردی در گذر زمان رخ می‌دهد و خودشناسی بیشتر و تاثیرگذاری فردی همچنان در حال افزایش خواهند بود (ریف و کیز، ۱۹۹۵).

برقراری روابط مثبت با دیگران: این به بعد به این دلیل مورد توجه ریف قرار گرفت که بیشتر نظریه‌های مربوط به کارکرد مثبت یا بالغ بر ارزش ایجاد روابط گرم و قابل اعتماد تاکید می‌کنند. مثلاً قائلین به خودشکوفایی بر اهمیت همدردی قوی با دیگران اشاره کرده‌اند (ماسلو، ۱۹۶۸). همچنین نظریه اریکسون (۱۹۵۹) نقش بلوغ در رشد فردی را مورد تاکید قرار میدهد که تا اندازه‌ای مبتنی بر نوع روابطی است که فرد با دیگران دارد. بعد رشد فردی مبتنی بر این مفهوم است که افراد بالغ و سالم، فرایند رشد دامنه‌دار توان بالقوه خود را پی می‌گیرند و رشدی درون فردی دارند (ریف، ۱۹۸۹). این بعد شامل برقراری روابط معنادار با دیگران می‌شود (ریف، ۱۹۸۹). کسی که در این زمینه عملکرد خوبی دارد، همیشه نگران سلامت اجتماعی دیگران است و می‌تواند با آنها احساس همدردی می‌کند و بده بستان‌های روابط انسانی را درک نماید» (ریف و کیز، ۱۹۹۵).

تسلط بر محیط: بعد تسلط بر محیط مرتبط با افراد سالم و بالغ است که قدرت انتخاب و یا خلق محیط مناسب برای شرایط روانی خود را دارند. ریف این عمل را مرتبط با نظریه‌های طول عمر می‌داند که قابلیت افراد بالغ برای کنترل محیط شان را مهم تلقی می‌کند. به طور خلاصه منظور از تسلط بر محیط، برخورداری از ظرفیت و درک کافی برای مدیریت موثر زندگی است. این بعد شامل آمادگی در برابر چالشهایی است که

از طرف محیط به شکل روزمره در برابر فرد ایجاد می‌شوند. فردی که در این زمینه عملکرد خوبی دارد احساس می‌کند بر محیط خود مسلط است، در زندگی مشارکت دارد، فعالانه تلاش می‌کند بر چالشها غلبه می‌کند و در جهت شکل دهی به محیط برای تامین زمینه‌های سلامت اجتماعی خود حرکت می‌نماید (ریف و کیز، ۱۹۹۵).

استقلال: قابلیت خود اتکایی، عدم وابستگی و توانایی نظم‌دهی شخصی به رفتار است. ریف این مفهوم را تا اندازه‌ای مبتنی بر نمونه‌هایی از افراد خودشکوکا که به منظور توانایی فرد برای زندگی طبق ارزش‌ها و سنت‌های خود است حتی اگر این ارزش‌ها با ارزش‌های دیگران در تضاد قرار داشته باشند (ریف، ۱۹۸۹). فردی که مستقل است خود مسیر را تعیین می‌کند، بر خودش کنترل دارد و تن به کنترل توسط ارزش‌های دیگران نمی‌دهد و طبق استانداردهای خود زندگی می‌کند (ریف و کیز، ۱۹۹۵). ریف مقیاس سلامت روانی خود را در ابتدا با تعاریف و توضیحاتی برای هر یک از شش بعد بر مبنای خصوصیات دو قطبی (امتیازهای بالا و پایین) شکل داد.

ریف و کیز با استفاده از یک نمونه معرف بزرگ، اقدام به ارزیابی مدل چندبعدی خود درباره سلامت روانی کردند و جنسیت و تفاوت‌های سنتی را در ابعاد پیشنهاد شده بررسی نمودند و رابطه ابعاد پیشنهادی را با سرخوردگی، رضایت از زندگی و سعادت سنجیدند. از یک از ۱۸ آیت‌م سلامت اجتماعی (سه آیت‌م برای هر مقیاس زیر مجموعه) تا حد زیادی با آخرین متغیری که در قالب فرضیه ارائه شده بود مرتبط بودند. همبستگی درونی شش مقیاس ذکر شده در حد متوسط بود. ریف و کیز (۱۹۹۵) معتقد بودند در حالیکه ضریب‌های آلفا بین حد پایین تا متوسط بودند، آنچه باعث این امر شده بود استفاده از سه آیت‌م برای بازنمایی هر مقیاس بود در حالیکه تاکید بر بازنمایی مناسب «گستره» هر ساختار به جای «به حداکثر رساندن ثبات درونی» آنها بود (ریف و کیز، ۱۹۹۵: ۷۲۱).

یک مدل فاکتوری ویژه در این میان پیدا شد که به بهترین شکل با مجموعه داده‌ها تناسب داشت و هر یک از شش مقیاس به آخرین ساختار سلامت اجتماعی روانی مرتبط می‌شود. اگر چه دریافتیم که همبستگی میان پذیرش خود و تسلط بر محیط بالا بوده است اما آنچه نشان می‌دهد که مناسب بودن یک مدل ۵ فاکتوری با این دو مقیاس ترکیب شده است و این حقیقت که این عوامل به عنوان کارکرد سن تفاوت می‌کنند، می‌تواند اثبات درستی مفهوم سازی ۶ فاکتور باشد. در میان دامنه‌ای از تحقیقات این موضوع اثبات شد که ابعاد هدفمند بودن زندگی و رشد فردی با افزایش سن کاهش می‌یابند در حالی که ابعاد استقلال و تسلط بر محیط با افزایش سن افزایش پیدا خواهند کرد (ریف، ۲۰۰۴).

بعد پذیرش خود در میان گروه‌های سنی مختلف تفاوت بارزی نمی‌کرد. نتایج حاصل از مطالعات گذشته برای رابطه میان بعد «برقراری روابط مثبت با دیگران» و سن با هم متفاوت بودند به طوری که برخی از مطالعات هیچ تفاوتی را نشان نمی‌دادند و برخی دیگر نشانگر افزایش برقراری روابط مثبت همپای افزایش سن بودند. از آنجا که این تحقیقات پیشین، ماهیتی فرابخش داشتند این موضوع روشن نشد که آیا

تفاوت‌های سنی در الگوهای مربوط به یافته‌ها می‌تواند انعکاسی از گروه باشد یا خیر؟ (ریف و کییز، ۱۹۹۵).

مفهوم سازی سلامت روانی از نظرگاهی مثبت، اخیراً در نمونه‌ای بزرگ (شامل حدود ۷۰۰۰ نفر) مربوط به تحقیق **Mildlife** در ایالات متحده مورد تایید قرار گرفت (بریم، ریف و کییز، ۲۰۰۴).

سلامت جسمانی (نشاط ذهنی): ماسلو (۱۹۶۸) خصوصیات انسانی که نشانگر پیشرفت هستند را معطوف به خودشکوفایی می‌داند که عبارت است از «احساس شادی در زندگی، احساس خوشبختی، آرامش، لذت، مسئولیت‌پذیری، اطمینان به خود برای کنترل استرس‌ها، هیجان‌ها و پشت سر گذاشتن مشکلات» (همان: ۱۵۷). نشاط ذهنی یک خصوصیت مهم است که مرتبط با رسیدن به مرحله خودشکوفایی می‌باشد. و بازتابی از سلامت جسمانی مثبت است و «رایان» و «فردریک» آن را این‌گونه تعریف کرده‌اند: «تجربه آگاهانه مبنی بر پر انرژی بودن و احساس سرزندگی» (رایان و فریدریک، ۵۳۰). نظریه خودمختاری اشاره به این دارد که نشاط ذهنی، پیامد میزان برآورده شدن نیاز فرد به استقلال، ارائه قابلیت‌ها و ایجاد پیوند است (دسی و رایان، ۱۹۹۱). نشاط ذهنی جزئی از سلامت اجتماعی کارکرد گرایانه می‌باشد و نقشی مهم در کارایی بهینه فرد دارد (رایان و دسی، ۲۰۰۱).

نشاط ذهنی شامل احساس سرزندگی و پر انرژی بودن می‌شود. رایان و فردریک (۱۹۹۷) یک مقیاس نشاط ذهنی ارائه کردند (که تفاوت‌های فردی را لحاظ می‌کرد) و از هفت آیتم تشکیل شده بود. گروه کاری مسائل روانی- اجتماعی که زیر نظر «جان دی و کترین مک آرتور» و شبکه پژوهش آنها درباره موقعیت اجتماعی- اقتصادی و سلامت فعالیت می‌کرد (گامپ و پویج، ۱۹۹۹) اذعان داشتند که این مقیاس از ثبات و اعتبار درونی مناسبی بهره‌مند است. اعتبار تحقیق در یک دوره زمانی ۸ هفته‌ای قابل قبول گزارش شد (همان). نشاط ذهنی که در سطح تفاوت‌های فردی سنجیده شد، طبق این تحقیق رابطه مثبتی با اعتماد به نفس، خود اثبات‌گری (دانشگاه روچستر، ۲۰۰۴)، سلامت اجتماعی ذهنی، خود انگیزش و تأثیر مثبت داشت (گامپ و پویج، ۱۹۹۹) و روابط منفی آن با اضطراب و افسردگی، کنترل بیرونی و فشار روانی هم‌تایید شد. به طور کلی منظور از نشاط و پر انرژی بودن، حالت یکسانی است که در آن شور و انرژی عناصر حاضر هستند و در عوض نگرانی، خستگی، اضطراب و شکنندگی حضوری ندارند (همان، ۱۹۹۹). اهمیت نشاط ذهنی برای سلامت اجتماعی موضوعی است که در گذشته محققین تا حد زیادی آن را نادیده گرفته‌اند. این انتظار می‌رود که افزودن این جزء به ساختار سلامت اجتماعی بتواند ما را قادر کند بررسی جامع‌تری از سلامت اجتماعی کارکرد گرایانه و عوامل تأثیرگذار بر آن داشته باشیم.

- میرز و دینر^۱ (۱۹۹۵) 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 آفرد^۲ (۱۹۹۶) در پژوهش خود نشان دادند بین سلامت روان و رضایتمندی زناشویی زنان همبستگی معنادار وجود ندارد.

- ویشمن^۳ (۲۰۰۱) 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.

- چامبلس، فورباخ، فلویید، ویلسون، رمن و رنبرگ^۴ (۲۰۰۲) در پژوهش خود به مطالعه رضایت زناشویی زنان پرداختند. نتایج نشان داد بین آسیب شناختی روانی و رضایت زناشویی رابطه منفی و معنادار وجود دارد.

- باتز، لرسون، مارکیس، بوون (۲۰۰۲) در پژوهشی نشان دادند که بهزیستی معنوی و تکالیف معنوی، سلامت روانی افراد را در حوزه هایی 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 می شود

- مالتبای^۵ و همکاران (۲۰۰۴) دریافتند افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند، عواطف و احساسات مثبت عمیق تری را تجربه می کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. و عدم رضایت از زندگی زناشویی با وضعیت سلامتی ضعیفتر، علایم افسردگی، مشکلات شخصیتی همبسته است.

- یافته های مورد اک و گور^۶ (۲۰۰۴)، نشان می دهد که افراد با مشکلات تمایز یافتگی از رضایت زناشویی پایین تری برخوردار هستند و دچار نقص در مهارت های ارتباطی و حل تعارض می باشند.

در پژوهشی کوردوا، کابی، وارن^۶ (۲۰۰۵) با عنوان « توانایی تشخیص و ابراز هیجان ها، صمیمیت و رضایت زناشویی » دریافتند: توانایی تشخیص و توانایی ابراز هیجان ها با سازگاری زناشویی خود و همسر مرتبط می باشد، بعلاوه رابطه میان مهارت های هیجانی و رضایت زناشویی توسط صمیمیت تعدیل شد

- کورنلیوس و آلسی (۲۰۱۰) در تحقیقی نیمه آزمایشی با موضوع اثربخشی آموزش خانواده بر بهبود رضایت زناشویی نشان داد آموزش خانواده ها موجب بهبود در رضایت زناشویی شده می گردد آن ها نتایج آزمایش خود را بر روی ۳۰ نفر گروه آزمایش و گواه بدست آوردند که این آموزش ها علاوه بر رضایت زناشویی باعث معناداری در ارتباطات بین فردی شده است.

1 -Mayers & Diener

2 - Goering, Lin, Campbell, Boyle, Offord

3 - Whisman

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

5 -Maltby

6- Cordova, Gae & Warren

- در تحقیقی که ویلت^۱ و همکاران ما (۲۰۱۰) 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 کیز را پیش‌بینی می‌کند.

-هورنای، ویلیامز، فورمان، ویمر (۲۰۱۲) در پژوهشی رابطه بین معنویت و سلامت روان را در میان نمونه‌ای بزرگ از پرسنل نظام وظیفه ارتش سنجیدند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین معنویت و سلامت روان خصوصاً میان پرسنل 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 (۱۳۷۶) 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.

-ثنایی و باقرنژاد (۱۳۸۰) 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 برناجی (۱۳۸۱) در پژوهشی تحت عنوان تعیین میزان سلامت روان، کفایت شخصی و رضایت زناشویی در بانوان متأهل نابارور شهر کرمانشاه نتیجه گرفت که ۴۴/۶۲٪ از افراد از نظر سلامت روان ناسالم بودند و افزایش اختلال روانی با افزایش تحصیلات زن و همسر وی و خانه دار بودن و افزایش مدت ازدواج و مدت ناباروری و کاهش در آمد خانوار مرتبط بوده و ۱۳/۵۸ درصد از افراد نمونه خودکار آمدی پائین و ۲۳/۰۸ درصد از افراد نارضایتی زناشویی داشتند و بین سلامت روان و رضایت زناشویی ارتباط وجود داشت ولی بین خودکار آمدی و رضایت زناشویی رابطه‌ای وجود نداشت .

- غلامرضا گرمارودی و مریم سادات وحدانی‌نیا در سال ۱۳۸۲ با انجام پژوهشی تحت عنوان «سلامت اجتماعی، بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان» با توجه به اهمیت نقش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پرداخته است.

-بنیانیان، پروین و کاظمیان (۱۳۸۵) در پژوهشی به بررسی بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل پرداختند. جامعه پژوهش را زنان متأهل بروجن که در سال ۱۳۸۴ به مراکز بهداشتی درمانی شهر بروجن مراجعه کرده بودند تشکیل می‌داد که ۴۰۰ 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 معنی دار آماری مشاهده شد. 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 معنی داری مشاهده شد. بدین صورت که با افزایش سطح تحصیلات زن و مرد رضایت زناشویی و وضعیت سلامت روان زنان مناسب تر بود.

- خسروی کبیر و همکاران (۱۳۸۷) در مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان به موادمخدر و افراد عادی (۸۰ فرد معتاد و ۸۰ فرد عادی) که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، نشان دادند که میزان هوش هیجانی و سلامت روان معتادان و افراد عادی رابطه معنی دار وجود دارد.

- لطیفی و موحدی (۱۳۸۸) در بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و شاخص‌های آن بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی شهر تهران که ۲۷۰ نفر مرد و ۶۰ 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 (۱۳۸۹) 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 بیان‌گرهای سلامت اجتماعی رابطه‌ای آماری معنی داری وجود دارد.

- سام آرام (۱۳۸۸) 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 (۱۳۸۸) است. یافته هانشان داد در شاخص کیفیت زندگی در گروه آزمایش درپس آزمون به طور معناداری افزایش داشته، اما در مرحله پی گیری افزایش معنادار نبوده است. با توجه به یافته های این تحقیق می توان گفت درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش اشتیاق، بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم و نشانه های 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 زندگی نداشته است

- شاهی، غفاری و قاسمی فلاورجانی (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی رابطه سلامت روان و رضایت مندی زناشویی زوجین پرداختند. نتایج نشان داد رضایت مندی زناشویی توسط سطح سلامت روان فرد پیش بینی می شود. همچنین افسردگی و اضطراب به صورت معناداری با رضایت مندی زناشویی همبستگی داشت. سلامت روان فرد، پیش بینی کننده رضایت مندی زناشویی است.

پیرنیا (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی بهزیستی درمانی بر شادکامی، خوشبینی، امید، سلامت روان، آسیب و بهزیستی روان‌شناختی در مردان مصرف‌کننده مت‌آفتمین یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که درمان بهزیستی در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی بیماران وابسته به مت‌آفتمین موثر 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 بوجود آورد.

- معلمی و همکاران (۱۳۹۰) در مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در ۸۰ فرد معتاد و ۸۰ 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 (۱۳۹۰) در بررسی رابطه سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی ۳۰۰ 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 (۱۳۹۱) 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 ۵۹ درصد از تغییرهای واریانس سلامت اجتماعی، به وسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شوند.

علیپور، رحیمی و زارع (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی رابطه‌ی 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 ۳۲۰ نفر (۱۶۰ نفر مرد و ۱۶۰ 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 روان‌قادر به تبیین واریانس رضایت زناشویی است.

ارجمندزاده و صدیقی (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی ارتباط و وضعیت سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل شهرستانی و تهرانی پرداختند. جامعه پژوهش را زنان دانشجویان متأهل سمنانی و تهرانی که در سال ۱۳۹۲ که ۲۱۰ نفر آنها در مطالعه شرکت داده شدند با توجه به نتایج تحلیل تفاوت دو گروه دانشجویان متأهل تهرانی و سمنانی از نظر سلامت روانی معنا دار نیست. و تفاوت دو گروه دانشجویان متأهل تهرانی و سمنانی از نظر رضایت زناشویی معنا دار نیست. و از نظر سلامت روانی و رضایت زناشویی یک رابطه مستقیم وجود دارد.

مردی پیر سلطان (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی در میان کارکنان بهزیستی شهرکرج پرداخت. یافته ها نشان می دهد که میان سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی رابطه مستقیم و معنی دار وجود داشت. همچنین طبق یافته های پژوهش میان مشارکت اجتماعی و رضایت زناشویی رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد. در مورد ارتباط میان متغیرهای زمینه ای و متغیرهای اصلی تحقیق (سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی) بین سن، تعداد فرزندان و سطح تحصیلات با میزان سلامت اجتماعی ارتباط معنی داری مشاهده شد بگونه ای که با افزایش تعداد فرزندان و سن میزان سلامت اجتماعی افزایش و با افزایش سطح تحصیلات میزان سلامت اجتماعی کاهش می یابد. در بقیه موارد رابطه معنی داری یافت نشد.

- سفیری و منصوریان راوندی (۱۳۹۳) در تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی ۳۸۴ زن و مرد جوان شهر تهران که از طریق نمونه گیری 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 (۱۳۹۳) 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 مهم ترین منبع کسب حمایت اجتماعی از نظر همسران جانبازان محسوب می شود

-نوری پور لیا ولی، زاد محمدی، دسترس، سرگلزایی (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر ارتقاء عزت نفس و رضایت زناشویی معنادان در حال ترک به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های زندگی تاثیر مثبتی بر ارتقاء عزت نفس و رضایت زناشویی افراد جامعه، به ویژه معنادان خواهد داشت؛ مهارت های زندگی فرد را توانمند می کند تا دانش، نگرش ها و ارزش هایش را به فعلیت برساند و او را قادر می سازد تا انگیزه و رفتار سالم داشته باشد که این اثر مهم تاثیر زیادی بر روابط وی با همسرش خواهد داشت.

- افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۴) در بررسی رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی ۲۸۸ زن شهر یزد که به روش پیمایش و با نمونه گیری خوشه‌ای متناسب (PPS) یافتند که رابطه معنادار و مستقیمی بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد و ابعاد مختلف اعتماد اجتماعی، ۲۳ درصد واریانس سلامت اجتماعی را تبیین می کنند

-در پژوهشی تحت عنوان مقایسه عملکرد خانواده، رضایت زناشویی و سلامت روان همسران معتادین و افرادی عادی استان گلستان که توسط شیرازی (۱۳۹۴) انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش نشان داد که لحاظ عملکرد خانواده و رضایت زناشویی در دو گروه همسران معتادین و همسران عادی تفاوت معنادار وجود دارد. و با مقایسه میانگین های دو گروه می توان گفت که همسران افراد عادی در عملکرد

خانواده و رضایت زناشویی و مولفه های آن از عملکرد و رضایت بالاتری برخوردار هستند. به لحاظ سلامت روان نیز در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. و با مقایسه میانگین های دو گروه می توان گفت که همسران معتادین نسبت به همسران عادی از سلامت روان کمتری برخوردارند.

جمع بندی

در این فصل به بررسی مبانی نظری متغیرهای پژوهش پرداخته شد. رضایت زناشویی از دید اجتماعی یک حالت اکتسابی تعریف شد که معمولاً در کنش‌های متقابل اجتماعی و بروز حالات روانی افراد نسبت به یکدیگر به دست می‌آید. کیفیت مطلوب ازدواج می‌تواند سازگاری و پایداری رابطه زوجی را به حرکت در آورد و تداوم این حرکت عوامل دیگری چون توانایی تصمیم‌گیری در مسائل مشترک زناشویی، توافق در امور مالی، توافق در گذراندن اوقات فراغت و در نهایت برخورداری از ارتباط روانی مناسب و عوامل دیگر است. منظور از سلامت روان ابعاد خاصی از انسان مثل هوش، ذهن، حالت و فکر، می‌باشد. هر فرد و یا گروهی یک تصور خاص از سلامت روان دارد. در صورتی که در مورد سلامت فیزیکی و جسمی چنین وضعی وجود ندارد. در رابطه با سلامت اجتماعی، بیان شد سلامت اجتماعی مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. پس از بیان مبانی نظری به مرور پیشینه‌هایی که در رابطه با این متغیرها در داخل و خارج از کشور انجام شده است پرداخته شد. مرور پیشینه‌ها حاکی از همبستگی بین متغیرها بود ولی این ۳ متغیر به صورت همزمان در پژوهشی مطالعه نشده است.

فصل سوم

روش اجرایی پژوهش

در این فصل روش پژوهش، جامعه پژوهش، نمونه و روش نمونه گیری توضیح داده شده است. ابزار اندازه گیری پژوهش که شامل پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ، پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ نیز مورد آنالیز قرار گرفته است. در انتهای فصل روش اجرای پژوهش و روش های تجزیه و تحلیل داده ها ذکر گردیده است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، همبستگی می باشد.

جامعه پژوهش

جامعه آماری پژوهش را کلیه مردان واقع در کمپ های ترک اعتیاد شهر دهدشت که مشتمل بر ۲۰۰ مرد معتاد می باشند تشکیل میدهند.

نمونه و روش نمونه گیری

نمونه آماری در این پژوهش شامل کلیه مردان واقع در کمپ های ترک اعتیاد شهر دهدشت در سال ۱۳۹۴ می باشد. روش نمونه گیری در این پژوهش با روش سرشماری صورت می گیرد. تا با شناسایی مردان معتاد واقع در کمپ های ترک اعتیاد شهر دهدشت به پرسشنامه های سلامت روانی، سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی پاسخ بدهند. که در نهایت ۲۰۰ نفر انتخاب شدند.

ابزار اندازه گیری پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ (GHQ-28):

پرسشنامه ۲۸ عبارتی سلامت عمومی گلدنبرگ یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر خود گزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف شناسایی کسانی که داری یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می گیرد. در پرسشنامه سلامت عمومی به دو طبقه از پدیده ها توجه می شود: ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش وری سالم و بروز پدیده های جدید با ماهیت معلول کننده. در بین ابزارهای غربالگری سلامت روان، پرسشنامه سلامت عمومی یکی از ابزارهایی است که به طور وسیعی در سراسر جهان از آن استفاده می شود. به عبارت 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 ۶۰

عبارت است و فرم های کوتاه آن از ۱۲ تا ۱۸ عبارتی نیز تهیه و به ۳۸ زبان ترجمه شده و مطالعات روتن سنجی بر روی آن در ۷۰ کشور جهان به انجام رسیده است.
نمره گذاری

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 می سنجد. برای جمع بندی 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 22 به بالا بیانگر علائم مرضی است.

نمرات برش در هریک از خرده مقیاس های پرسشنامه GHQ

خرده مقیاس ها	نمرات در خرده مقیاس ها	نمرات در کل پرسشنامه
هیچ یا کمترین حد	۰-۶	۰-۲۲
خفیف	۷-۱۱	۲۳-۴۰
متوسط	۱۲-۱۶	۴۱-۶۰
شدید	۱۷-۲۱	۶۱-۸۴

ویژگی های روان سنجی آزمون:

اعتبار و روایی خارجی: در خصوص روایی پرسشنامه سلامت عمومی تاکنون مطالعات فراوانی صورت گرفته است. مطالعات روتن سنجی نسخه های مختلف سلامت عمومی نشان می دهد، نسخه ۲۸ سؤالی (GHQ-28) نسبت به سایر نسخه ها دارای بیشترین میزان اعتبار و حساسیت است. گلدنبرگ و ویلیامز (۱۹۸۹) ویژگی های روانسنجی نسخه های مختلف را در ۴۳ مطالعه در کشور های مختلف جهان بررسی نمودند و نشان دادند نسخه ۲۸ سؤالی دارای میزان اعتبار بیشتر و حساسیت مناسب تری است. این نسخه مطابق با تحلیل عوامل که توسط گلدنبرگ و هیلر (۱۹۷۹) انجام شد. ۴ عامل اساسی شامل مقیاس های علائم جسمانی؛ علائم اضطراب، اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و مقیاس افسردگی استخراج گردید. توسط گیونز، ساختار عاملی، روایی و پایایی (GHQ-28) در الساور بررسی شد. نمونه شامل ۷۳۲ نفر از دانشجویان بوده و از نمره گذاری لیکرات و تحلیل مؤلفه های اساسی و چرخش وایریماکس استفاده شده است. با روش باز آزمایی ضریب پایایی ۰/۷۴ و با در نظر گرفتن نقطه برش ۶/۷، حساسیت آزمون ۰/۸۸ و ویژگی آن ۸۴/۲ به دست آمده است.

اعتبار و روایی ایرانی: در ایران مطالعات اندکی در خصوص کیفیت روتن سنجی و ساختار عاملی GHQ انجام شده است. تقوی و ویژگی های روان سنجی GHQ-28 را با نمونه ۹۲ نفری دانشجویان دانشگاه شیراز بررسی کرد. ضرایب اعتبار، باز آزمایی تصنیفی، و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ به دست آمد. ضریب روایی همزمان با پرسشنامه میلدکس ۰/۵۵ و روایی سازه بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ محاسبه شد. همچنین

وی با تحلیل عوامل چهار عامل افسردگی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و جسمانی را استخراج نمود که ۰/۸۵ واریانس توسط این چهار عامل تبیین شد.

پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز

پرسشنامه سلامت اجتماعی در سال ۱۹۹۸ توسط کیز ساخته شد و ۵ مؤلفه دارد که شامل انسجام اجتماعی، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و همبستگی اجتماعی می باشد. پاسخ آزمودنی ها در این مقیاس به شکل لیکرات ۵ درجه ای که با گزینه های کاملاً موافقم، تا حدی موافقم، بی نظر، تا حدی مخالفم و کاملاً مخالفم سنجیده می شود.

ویژگی های روان سنجی آزمون:

پایایی و روایی: باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاسها به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۱ برای همبستگی اجتماعی، ۰/۷۰ برای شکوفایی اجتماعی، ۰/۷۷ برای انسجام اجتماعی، که نشان میدهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است.

در پایان نامه اهری (۱۳۹۲) روایی سازه و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت و همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

همچنین فارسی نژاد در سال ۱۳۸۳ پرسشنامه مذکور را هنجاریابی کرده و مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاس های سلامت اجتماعی را ۰/۷۸ 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 به عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات و کارهای بالینی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. فورز و السون (۱۹۸۹) از این پرسشنامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده کرده اند و معتقد اند که این مقیاس نسبت به تغییراتی که در خانواده به وجود می آید حساس است. هر یک از موضوعات این پرسشنامه در ارتباط با یکی از زمینه های مهم است. ارزیابی این زمینه ها در درون یک رابطه زناشویی میتواند مشکلات بلقوه زوج ها را توصیف کند. یا می تواند زمینه های نیرومندی و تقویت آن ها را مشخص نماید. این ابزار همچنین می تواند به عنوان یک ابزار تشخیصی برای زوج هایی که در جست و جوی مشاوره زناشویی و به دنبال تقویت رابطه زناشویی خود هستند استفاده شود.

این مقیاس در سال ۲۰۰۶ توسط السون تجدید نظر شد. مقیاس تجدید نظر شده شامل ۴ خرده مقیاس ۳۵ عبارتی است که می‌تواند به عنوان یک ابزار تحقیق از جمله رضایت ارتباطات و حل تعارض استفاده گردد. این مقیاس یک اندازه گیری کلی از روابط زناشویی شامل: تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی ارتباطات، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت های اوقات فراغت، رابطه جنسی فرزندان و فرزند پروری، خانواده و دوستان، همبستگی زوج ها و تغییرات زناشویی را شامل می شود.

ویژگی های روان سنجی 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 گردید. و بعد از اصلاحات صورت گرفته 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 به طور آزمایشی برای ۶ 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 مترجمین در ایران توسط دکتر السون صادر شد. پرسشنامه زوجی انریچ توسط دیوید السون و امی السون در سال ۲۰۰۰ روی ۲۵۵۰۱ زوج متأهل اجرا شد. ضریب آلفای پرسشنامه برای خرده مقیاس های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۳ بوده و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر خرده مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۹۳ بوده است و ضریب آلفای پرسشنامه در پژوهش آسوده (۱۳۸۹) با تعداد نمونه ۳۶۵ زوج به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۶۳، ۰/۷۷ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

گردآوری اطلاعات، با استفاده از دو روش کتابخانه ای 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 پرسشنامه ها اطلاعات جهت انجام پژوهش جمع آوری گردید. 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 نمایند. در آخر پس از جمع آوری پرسشنامه ها و انجام آزمون های آماری بر روی اطلاعات گردآوری شده نتایج پژوهش بیان شد.

روش تجزیه و تحلیل آماری

داده های خام پژوهش با استفاده از نرم افزار spss20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش از دو شاخص های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. از آمار توصیفی جهت محاسبه ی میانگین، انحراف استاندارد، ماکزیمم و مینیمم متغیرها استفاده شد. بررسی روابط متغیرها به وسیله ی آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش کلیه حقوق آزمودنی ها رعایت شد. افراد نمونه بدون 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 می ماند.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده‌ها

مقدمه

داده های خام بعد از جمع آوری با نرم افزار SPSS در دو سطح توصیفی و تبیینی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در سطح توصیفی به محاسبه شاخص هایی نظیر میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمرات پرداخته شد و در سطح تبیینی با استفاده از آزمون های تحلیل رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون به بررسی و آزمون فرضیات پژوهش پرداخته شد. در این فصل ابتدا مروری خواهیم داشت بر نتایج توصیفی پژوهش و سپس به بررسی فرضیه ها خواهیم پرداخت.

یافته های توصیفی پژوهش

جدول ۴-۱) آمار توصیفی متغیرهای دموگرافیک شرکت کنندگان

متغیر	گروه	تعداد	درصد
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۱۰۳	۵۲
	۳۰ تا ۴۰ سال	۶۶	۳۳
	۴۰ سال به بالا	۳۱	۱۵
سطح تحصیلات	دیپلم و پایین تر	۱۰۵	۵۲
	فوق دیپلم	۴۳	۲۲
	لیسانس	۳۷	۱۹
	بالتر از لیسانس	۱۵	۷

جدول ۴-۱) جدول فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان را به تفکیک سن و سطح تحصیلات نشان می دهد.

جدول ۴-۲) آمار توصیفی مربوط به رضایت زناشویی

رضایت زناشویی	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
رضایت زناشویی	۱۰۶/۹۱	۱۰/۰۳	۴۴	۱۲۱

با توجه به جدول فوق همان گونه که مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد رضایت زناشویی شرکت کنندگان برابر ۱۰۶/۹۱ و ۱۰/۰۳ می باشد.

جدول ۴-۳) آمار توصیفی مربوط به سلامت اجتماعی و ابعاد آن

حداکثر	حداقل	انحراف استاندارد	میانگین	
۲۰	۴	۲/۸۲	۱۴/۹۱	شکوفایی اجتماعی
۱۴	۶	۱/۷۸	۱۰/۱۱	همبستگی اجتماعی
۱۵	۷	۲/۰۱	۱۱/۵۲	انسجام اجتماعی
۲۵	۱۱	۲/۹۳	۱۶/۹۵	پذیرش اجتماعی
۲۴	۵	۳/۸۴	۱۶/۳۲	مشارکت اجتماعی

همان گونه که مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد شکوفایی اجتماعی شرکت کنندگان برابر ۱۴/۹۱ و ۲/۸۲ می باشد. میانگین و انحراف استاندارد همبستگی اجتماعی شرکت کنندگان برابر ۱۰/۱۱ و ۱/۷۸ می باشد. میانگین و انحراف استاندارد انسجام اجتماعی شرکت کنندگان برابر ۱۱/۵۲ و ۲/۰۱ می باشد. میانگین و انحراف استاندارد پذیرش اجتماعی شرکت کنندگان برابر ۱۶/۹۵ و ۲/۹۳ می باشد. میانگین و انحراف استاندارد مشارکت اجتماعی شرکت کنندگان برابر ۱۶/۳۲ و ۳/۸۴ می باشد.

جدول ۴-۴) آمار توصیفی مربوط به بهداشت روان و ابعاد آن

حداکثر	حداقل	انحراف استاندارد	میانگین	
۲۰	۲	۳/۳۴	۱۰/۸۸	اختلال جسمانی
۲۱	۰	۴/۲۴	۱۱/۰۱	اضطراب
۲۱	۵	۳/۳۸	۱۳/۶۱	اختلال اجتماعی
۲۱	۱	۴/۳۶	۱۰/۹۹	افسردگی

همان گونه که مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد اختلال جسمانی شرکت کنندگان برابر ۱۰/۸۸ و ۳/۳۴ می باشد. میانگین و انحراف استاندارد اضطراب شرکت کنندگان برابر ۱۱/۰۱ و ۴/۲۴ می باشد. میانگین و انحراف استاندارد اختلال اجتماعی شرکت کنندگان برابر ۱۳/۶۱ و ۳/۳۸ می باشد. میانگین و انحراف استاندارد افسردگی شرکت کنندگان برابر ۱۰/۹۹ و ۴/۳۶ می باشد.

بررسی فرضیات پژوهش

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

جهت بررسی رابطه بین متغیرها فوق از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که در ادامه مشاهده می-شود.

جدول ۴-۵) آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی فرضیه اصلی پژوهش

رضایت زناشویی			
-۰/۱۵۸	ضریب همبستگی	سلامت روان	
۰/۰۲۶	سطح معناداری		
۰/۳۴۲	ضریب همبستگی	سلامت اجتماعی	
۰/۰۰۱	سطح معناداری		

با توجه به جدول فوق بین سلامت روان و رضایت زناشویی رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($R=-۰/۱۵۸$, $p=۰/۰۲۶$). بین سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($R=۰/۳۴۲$, $p=۰/۰۰۱$).

بررسی فرضیه اول پژوهش: مولفه های سلامت روان پیش بینی کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می باشد.

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

جدول ۴-۶) آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان جهت پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس مولفه های سلامت روان

متغیر ملاک: رضایت زناشویی							
P	T	β	P	F	R^2	R	
۰/۰۵۱	۱/۹۶۲	-۰/۲۰۴	۰/۰۰۱	۵/۰۰۶	۰/۰۹۴	۰/۳۰۷	
۰/۴۳۱	۰/۷۹۰	-۰/۰۸۳					اختلال جسمانی
۰/۳۶۷	۰/۹۰۵	۰/۰۹۲					اضطراب
۰/۰۰۱	۳/۷۰۶	-۰/۳۹۰					اختلال اجتماعی
						افسردگی	

با توجه به جدول ۴-۶ همانگونه که مشاهده می شود میزان R برابر $۰/۳۰۷$ و میزان R^2 برابر $۰/۰۹۴$ می باشد. به عبارتی مولفه های بهداشت روان در کل ۹ درصد از واریانس نمرات رضایت زناشویی را تبیین می کند. همچنین مولفه افسردگی به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی رضایت زناشویی میباشد ($\beta = -۰/۳۹۰, p = ۰/۰۰۱$).

بررسی فرضیه دوم پژوهش: مولفه های سلامت اجتماعی پیش بینی کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می باشد.

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

جدول ۴-۷) آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان جهت پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس مولفه های سلامت اجتماعی

متغیر ملاک: رضایت زناشویی							
P	T	β	P	F	R^2	R	متغیر پیش بین
۰/۸۸۹	۰/۱۲۷	-۰/۰۱۵	۰/۰۰۱	۱۰/۹۹۷	۰/۲۳۹	۰/۴۸۹	شکوفایی اجتماعی
۰/۸۹۵	۰/۱۳۲	-۰/۰۱۰					همبستگی اجتماعی
۰/۵۵۷	۰/۵۸۸	۰/۰۶۲					انسجام اجتماعی
۰/۰۱۳	۲/۵۱۷	۰/۱۸۴					پذیرش اجتماعی
۰/۰۰۱	۵/۷۴۹	۰/۵۱۵					مشارکت اجتماعی

با توجه به جدول ۴-۷ همانگونه که مشاهده می شود میزان R برابر $۰/۴۸۹$ و میزان R^2 برابر $۰/۲۳۹$ می باشد. به عبارتی مولفه های سلامت اجتماعی در کل ۲۳ درصد از واریانس نمرات رضایت زناشویی را تبیین می کند. همچنین مولفه پذیرش اجتماعی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش بینی رضایت زناشویی میباشد ($\beta = ۰/۱۸۴, p = ۰/۰۱۳$). و مولفه مشارکت اجتماعی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش بینی رضایت زناشویی میباشد ($\beta = ۰/۵۱۵, p = ۰/۰۰۱$).

بررسی فرضیه سوم پژوهش: سلامت روان و سلامت اجتماعی پیش بینی کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می باشد.

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

جدول ۴-۸) آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان جهت پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس سلامت روان و

سلامت اجتماعی

متغیر ملاک: رضایت زناشویی							
P	T	β	P	F	R^2	R	متغیر پیش بین
۰/۰۰۵	۲/۳۶۷	-۰/۲۶۴	۰/۰۰۱	۱۱/۷۳۹	۰/۲۵۰	۰/۵۰۰	بهداشت روان
۰/۰۰۱	۳/۲۳۱	۰/۳۱۱					سلامت اجتماعی

با توجه به جدول ۴-۸ همانگونه که مشاهده می شود میزان R برابر $0/500$ و میزان R^2 برابر $0/250$ می باشد. به عبارتی سلامت روان و سلامت اجتماعی در کل ۲۵ درصد از واریانس نمرات رضایت زناشویی را تبیین می کند. همچنین سلامت روان به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی رضایت زناشویی میباشد ($\beta = -0/264$, $p = 0/005$)
میباشد ($\beta = 0/311$, $p = 0/001$).

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

خلاصه فصل

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی با رضایت زناشویی مردان معتاد شهر دهدشت می باشد. همانگونه که در فصل قبل مشاهده شد داده های خام هر سه پرسشنامه ی با نرم افزار 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 فصل به بحث در خصوص نتایج آماری حاصل از آزمون فرضیه های پژوهش خواهیم پرداخت و یافته های استنباطی را بر اساس مبانی نظری پژوهش مورد تبیین قرار خواهیم داد. همچنین به محدودیت ها و موانع پژوهش که اعتبار این پژوهش را به خطر می اندازد اشاره خواهیم کرد و در پایان با توجه به نتایج به دست آمده و محدودیت های پژوهش به پیشنهادات پژوهش می پردازیم.

تحلیل فرضیه های پژوهش

تحلیل فرضیه اول پژوهش

سلامت روان پیش بینی کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می باشد. جهت آزمون این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که مولفه افسردگی به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی رضایت زناشویی میباشد. در کل نتایج حاکی از آن است که با افزایش اختلالات روانی میزان رضایت زناشویی نیز پایین می آید. نتایج این آزمون از جهاتی با نتایج تحقیقات شیرازی (۱۳۹۴)، شایب آرانی (۱۳۹۲)، عرفانیان تقوایی و همکاران (۱۳۸۴) و فیضی برناجی (۱۳۸۱) همسو میباشد.

طبق پژوهش هایی که در حیطه ازدواج و روابط زناشویی انجام شده است متغیرهای مختلفی با روند رضایت زناشویی در طول زمان رابطه دارند. این متغیرها میتوانند پیش بینی کننده شانس حفظ رضایت رابطه زناشویی در طول زمان یا رفتن به طرف آشفستگی 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، به ویژه 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 جمعیت های با اختلالات روان شناختی گزارش شده است. برای مثال، روان رنجورخویی مهمترین پیش بین ناخوشنودی زناشویی است. علاوه بر این، آسیب پذیری خاص فردی میتواند مشکلات رابطه ای و اختلالات روانشناختی را در زوجها ظاهر کند. برای مثال، نقص در مهارتهای ارتباطی بین فردی و عاطفه

منفی، ریسک فاکتورهای پیش بینی 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 سبک های مقابله ای مؤثر و مناسب تر استفاده میکنند، عواطف و احساسات مثبت عمیقتری را تجربه میکنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. عدم رضایت از زندگی زناشویی با وضعیت سلامتی ضعیف تر، 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، افسرده تر هستند و رفتار خصمانه تر و خلقی مضطرب تر دارند. این مسأله را نیز میتوان اینگونه توجیه کرد که اختلال روانی، شانس برقراری روابط رضایت بخش 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 می یابد و کناره گیری و عدم ابراز محبت نیز پیشبینی کننده 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 همه گیرشناسی که محققان به ویژه بین اختلالات روانشناختی و رضایت مندی زناشویی انجام داده اند نشان داده است که وقتی اختلالات همزمان با اختلالات خلقی کنترل می شود، اختلالات خلقی، تنها اختلالاتی هستند که به صورت واحد، هم در زنان و هم در مردان با رضایت مندی زناشویی رابطه پیدا میکند به طور مثال رضایت مندی زناشویی در زنان، به طور واحد با افسردگی عمده در ارتباط است ولی در مردان با افسردگی دیس تایمی مرتبط است.

تحلیل فرضیه دوم

سلامت اجتماعی پیش بینی کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می باشد. جهت آزمون این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که مولفه پذیرش اجتماعی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش بینی رضایت زناشویی میباشد. و مولفه مشارکت اجتماعی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش بینی رضایت زناشویی میباشد. در کل نتایج حاکی از آن است که با افزایش سلامت اجتماعی میزان رضایت زناشویی نیز افزایش می آید. نتایج این آزمون از جهاتی با نتایج افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۴)، صالح و زاهدی اصل (۱۳۹۳)، سفیری و منصوریان راوندی (۱۳۹۳) و امینی رارانی و همکاران (۱۳۸۹) همسو میباشد

منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کییز، ۱۹۹۸) احساس تعلق می‌تواند جنبه ای محوری از سلامت باشد (ریف، ۲۰۰۳) و لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد (دورکیم، ۱۹۵۱). افراد سالم احساس می‌کنند که جزئی از جامعه‌اند لذا 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 عبارتست از گسست فرد و جامعه، طرد جامعه و یا این نگرش که جامعه نمی‌تواند انعکاسی از ارزشها و سبک‌های فرهنگی فرد باشد. انزوای اجتماعی عبارتست 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 در برگیرنده عضویت جمعی و سرنوشت جمعی است. ایفای سهم اجتماعی عبارتست 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 عبارتست از تعیین الزامات فردی برای نقش‌آفرینی در جامعه. کییز (۱۹۹۸) معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم و سودمندی فردی که با باندورا (۱۹۷۷) مطرح می‌کند همپوشانی دارد و نیز می‌تواند به عنوان 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 به ویژه وقتی که وجود خودشان برای خودشان ارزشمند نیست (الیاس و هارپر، ۱۹۷۵، کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). ایفای سهم اجتماعی تا اندازه ای مرتبط با درک فرد از موضوع است که نقش حیاتی در جامعه به او سپرده شده است (کییز، ۱۹۹۸). انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنا بودن زندگی است (سیمن، ۱۹۵۹) و شامل دیدگاههایی می‌شود در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش‌بینی است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (ریف، ۱۹۸۹). 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 آنست (کییز، ۱۹۹۸) این مقوله با قابلیت معنابخشی به وجود شخص است (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). افرادی که سالم‌ترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقمندند و می‌توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند. کییز معتقد است که انسجام

اجتماعی عبارت از درک این موضوع است که «جامعه را می توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش بینی می باشد» (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳). منظور از شکوفایی اجتماعی، «ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است» (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳). شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی اند که نوید توسعه بهینه را می دهد و هر چند این امر برای همه افراد درست نیست (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

با اینحال سلامت شامل دیدگاهی خوش بینانه از آینده احتمالی است. در حالیکه 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 دیدگاه های کییز، این مفهوم خصوصیت مشترکی با مفهوم «خودشناسی» ماسلو (۱۹۶۸) دارد و نیز بی ارتباط با تاکید 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 می باشد (کییز، ۱۹۹۸). شکوفایی اجتماعی به موازات خودمختاریف به معنای تاوان جامعه برای کنترل فرد است. تمرکز اصلی در شناسایی پتانسیل اجتماعی هم معطوف به درونمایه پتانسیل اجتماعی و توسعه آن به عنوان خودشناسی (ماسلو، ۱۹۶۸)، خوشبختی و رشد فردی (ریف ۱۹۸۹) است. کارکرد بهینه ناشی از باز بودن فرد در برابر تجربیات تازه و تلاش برای رشد دائم است. شکوفایی اجتماعی هم این ایده های مربوط به رشد و توسعه را در برمی گیرد. پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه های خوب و بد زندگی خود را توامان می پذیرند نمونه هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (ریف ۱۹۸۹). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کییز، ۱۹۹۸). پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسانها است که همگی آنها باعث می شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (کییز و شاپیرو، ۱۹۹۸). کسانی که دیگران را می پذیرند به این درک رسیده اند که افراد به طور کلی سازنده هستند (کییز، ۱۹۹۸). همانگونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می تواند به سامت اجتماعی بینجامد.

تحلیل فرضیه سوم

سلامت روان و سلامت اجتماعی پیش بینی کننده رضایت زناشویی مردان معتاد می باشد. جهت آزمون این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد بهداشت روان و سلامت اجتماعی در کل ۲۵ درصد از واریانس نمرات رضایت زناشویی را تبیین می کند. نتایج این آزمون از جهاتی با نتایج افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۴)، صالح و زاهدی اصل (۱۳۹۳)، سفیری و منصوریان راوندی (۱۳۹۳) و امینی رارانی و همکاران (۱۳۸۹) همسو میباشد

در توضیح این رابطه میتوان گفت که به طور مثال افراد دارای اختلال افسردگی ممکن است تمایل داشته باشند که دنیا را از یک چشم انداز منفی نگاه کنند. این چشم انداز 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 زیان بینی باشد، ولی دیدگاه یک فرد مضطرب مانند دیدگاه یک فرد افسرده نسبت به پدیدهها و افراد پیرامون خود منفی نیست. دلیل دیگر این که ممکن است افسردگی با نقصهای بیشتری در کارکرد زناشویی همبستگی داشته باشد، ولی در مورد اضطراب، این رابطه دچار نقصهای کمتری است. همچنین می توان گفت که افراد با روان رنجورخویی بالا در رویارویی با موقعیت های استرس زا از راهبردهای منفعلانه مانند دوری گزینی، تفکر آرزومندانه و همچنین شیوه های مبتنی بر ستیزه جویی میان فردی بهره می گیرند. رابطه ی منفی روان رنجورخویی با مساله مداری مؤید این مطلب است که افراد دارای روان رنجورخویی بالا از راهبرد مساله مدار کمتر استفاده می کنند. افراد با روان رنجورخویی بالا عموماً مستعد ناراحتی و نگرانی، پرخاشگر و تکانشی توصیف می شوند و این صفات شخصیتی با سبک مقابله ای غیر مسئله مدار سازگاری نشان می دهد و این افراد کمتر از راهبرد مقابله ای مسئله مدار استفاده می کنند. افراد با خصیصه ی روان رنجوری مقیاس های خشم، اضطراب، شرم، تکانشگری و آسیب پذیری از استرس را نشان می دهند و تکانشگری به ناتوانی در کنترل امیال، آرزوها و خواسته ها مربوط می شود و در نهایت آسیب پذیری، احساس ناتوانی در مقابله با استرس است. افراد مضطرب وقتی با موقعیتی اضطرابی مواجه می شوند، نا امید شده و دچار ترس می شوند. از این رو، افراد با نمره ی بالا در روان نژندی شیوه های مقابل های غیر مسئله مدار را پیشه می کنند (مک کری و جان، ۱۹۹۲).

مزایای زندگی اجتماعی می تواند اساس و بنیان ارائه تعریفی جهانی از سلامت اجتماعی باشد. سلامت اجتماعی عبارتست از تخمین شرایط و کارکرد یک فرد در جامعه. کیز در ادامه چالشهای اجتماعی که ابعاد سلامت اجتماعی را تشکیل می دهند، توصیف می کند. سلامت اجتماعی اینگونه تعریف شده است: «ارزشگذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه» که این بازتابی از «سلامت اجتماعی مثبت» می باشد (کیز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). این نشانگر این حقیقت است که سلامت اجتماعی بازتاب درک افراد از تجربیاتشان در محیط اجتماعی میباشد که در تضاد با ملاک های سلامت اجتماعی از حیث میان فردی قرار می گیرد یعنی ملاک هایی چون حمایت اجتماعی یا ملاک هایی که در سطح اجتماعی شکل اجرایی به خود می گیرند مثل ارزیابی های سرمایه اجتماعی، لذا سلامت و سلامت اجتماعی را باید به گونه ای مفهوم سازی کرد که شامل خود اثبات گری فرد در گروه های اجتماعی و اعتبار و تصدیق این مورد برای افراد مختلف شود (روزنفلد، ۱۹۹۷).

محدودیت

- از آنجا که طرح پژوهش از نوع همبستگی است امکان نتیجه گیری کلی امکانپذیر نیست چرا که رابطه ی بین متغیرهای این پژوهش خود تحت تأثیرهای متغیرهای زیادی هستند که خارج محدوده ی کنترل پژوهشگر می باشد.
- می توان به نوع همکاری آزمودنی ها 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 به صورت قطع و یقین وجود ندارد.
- آزمودنی ها همگی از میان کسانی انتخاب شده اند که داوطلب بوده اند و طبیعی است که برای انجام چنین آزمایشی امکان انتخاب تصادفی آزمودنی ها غیر ممکن یا بسیار پرهزینه و زمان بر است.

پیشنهادات

پیشنهادات کاربردی

- ۱- بر اساس یافته های این پژوهش، مشاوران مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد می توانند برای پیشگیری از عود اعتیاد راهکارهای لازم را برای کاهش اضطراب اجتماعی و تفکرات غیرمنطقی به معتادان و خانواده های آنها ارائه دهند.
- ۲- با توجه به تاثیر سلامت اجتماعی بر رضایت زناشویی معتادان پیشنهاد میشود در مراکز ترک اعتیاد کارگاه های آموزشی مربوط به مسائل اجتماعی و رشد اجتماعی برگزار شود.
- ۳- همانگونه که مشاهده شد افزایش سلامت روان با افزایش رضایت زناشویی معتادان رابطه داشت. برای افزایش سلامت روان در کلینیک های ترک اعتیاد باید تمهیداتی اندیشیده شود. و با برگزاری کارگاه های درمانی به بهبود اختلالات روانی معتادان کمک شود.

پیشنهاد پژوهشی

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

منابع و مأخذ

منابع فارسی

- ارجمندزاده، لیلا، صدیقی، زیبا. (۱۳۹۳). ارتباط و وضعیت سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل شهرستانی و تهرانی. اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران
- آسوده، محمد حسین (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر ازدواج موفق از دیدگاه زوجین خوشبخت. پایان نامه کارشناسی ارشد خانواده. دانشگاه تهران.
- افشارکهن، جواد (۱۳۸۲). درآمدی بر جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی، ترجمه و تالیف، تهران، انتشارات سلمان و سایه هور. ساروخانی، باقر (۱۳۸۵). مقدمه ای بر جامعه شناسی خانواده، چاپ هفتم. تهران: انتشارات سروش.
- افشانی، سید علیرضا؛ رسولی نژاد، سید پویا؛ کاویانی، محمد؛ سمیعی حمید رضا (۱۳۹۲). بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی مردم شهر یزد. فصلنامه مطالعات اسلام و روان شناسی، سال هشتم، شماره ۱۴.
- اهری، مهدی، (۱۳۹۲). بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد و پیام نور اهر. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه پیام نور. گروه علوم اجتماعی.
- باباپور خیرالدین، ج و دیگران. (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل جمعیت شناختی در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، شماره ۱۶: صفحه ۱۹.
- بناییان، شایسته، پروین، ندا، کاظمیان، افسانه. (۱۳۸۵). بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل. مجله علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، جلد ۱۴ شماره ۲ صفحات ۵۲-۶۲.
- بنی هاشمی، زهرا (۱۳۸۹). بررسی رابطه رضایتمندی جنسی با بهداشت روان زنان متأهل دانشگاه آزاد مرودشت. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- پوراسلامی محمد، ایار سمیر. واژه نامه ارتقای سلامت، دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۷۹
- پیرنیا، بیژن (۱۳۹۳). اثر بخشی بهزیستی درمانی بر شادکامی، خوشبینی، امید، سلامت روان، آسیب و بهزیستی روان شناختی در مردان مصرف کننده مت آمفتامین. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه سمنان. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.

جلالی طهرانی، محمد محسن (۱۳۷۲). **بهداشت روانی**. جزوه کلاسی (چاپ نشده). دانشگاه فردوسی مشهد. خامنه ای، سید محمد (۱۳۷۹). « زن در خانواده و اسلام » نشریه کتاب نقد، شماره ۱۷ صص ۹۴-۱۰۹ خدارحیمی، سیامک (۱۳۷۴). **مفهوم سلامت روان شناختی (چاپ اول)**. مشهد، انتشارات جاودان خرد. خیراله پور، اکبر (۱۳۸۳). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روانی با تاکید بر سرمایه اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید بهشتی. دفتر ارزیابی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱) تحقیق در ارتقای سلامت، ترجمه: محمد پور اسلامی و همکاران، تهران: انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. صص. ۸-۹۰ راجرز، کارل. **درآمدی بر انسان شدن (چاپ اول)**. ترجمه: قاسم قاضی (۱۳۶۹). تهران، مرکز انتشارات علمی دانشگاه آزاد اسلامی.

راستی جهرمی، علی اصغر (۱۳۸۵). رابطه بین باورهای مذهبی و رضایت زناشویی در کارکنان آموزش و پرورش شهرستان جهرم. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی رحیمی، محبوبه (۱۳۸۴). **رابطه رضایت زناشویی و سبک های فرزندپروری والدین با مشکلات رفتاری فرزندان در دوره ابتدایی شهر ارسنجان**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان.

سام آرام، عزت اله (۱۳۹۱). **نظریه های مددکاری اجتماعی**. تهران. دانشگاه علامه طباطبایی سجادی، حمیرا، صدرالسادات، سید جلال (۱۳۸۳). شاخص های سلامت اجتماعی، **مجله سیاسی-اقتصادی**، دوره ۱۹، شماره ۳۰۴، صص ۲۵۳-۲۴۴. شاملو، سعید (۱۳۶۳). **بهداشت روانی**، چاپ هفتم، تهران، انتشارات رشد.

شاهی، عبدالستار، غفاری، ابراهیم، قاسمی فلاورجانی، خلیل (۱۳۹۰). **رابطه سلامت روان و رضایت مندی زناشویی زوجین**. **مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)**، دوره ۱۵، شماره ۲، صص ۱۲۶-۱۱۹.

شولتس، دوان (۱۳۶۴). **روانشناسی کمال-الگوهای شخصیت سالم**. ترجمه گیتی خوشدل، تهران، انتشارات نشر نو.

شیرازی، شیمایا (۱۳۹۴). **مقایسه عملکرد خانواده، رضایت زناشویی و سلامت روان همسران معتادین و افرادی عادی استان گلستان**. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود. دانشکده علوم انسانی.

صلاح الدین، صالح؛ زاهدی اصل، محمد (۱۳۹۳). **رابطه حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان**. **نشریه طب جانباز**، سال ششم، شماره ۲۵. صفحه ۳۵-۲۷.

طهرانی، هادی، شجاعی زاده، داوود، حسینی، سید مصطفی، علیزادگان، شهرزاد. (۱۳۹۱). ارتباط سلامت روانی با تیپ شخصیتی و رویدادهای زندگی پرستاران شاغل در خدمات اورژانس تهران. **نشریه پرستاری ایران دانشگاه علوم پزشکی تهران**، دوره ۲۵، شماره ۷۵، صص ۵۹-۵۲.

عابدی، ثریا. (۱۳۹۲). برنامه والدگری مثبت. **نشریه تعلیم و تربیت استثنایی**، شماره ۱۱، صفحه ۲۷-۳۰.

علیپور، احمد، رحیمی، افسانه، زارع، حسین (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی سلامت روان و رضایت زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه پیام نور استان تهران. **ماهنامه مهر**، جلد ۲۴ شماره ۷ صفحات ۵۵۷-۵۶۵

فارسی نژاد، معصومه. (۱۳۸۳). بررسی رابطه سبک های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان های شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران.

فرانکل، ویکتور (۱۳۷۵). **انسان در جستجوی معنا**. ترجمه علی اکبر معارفی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.

فروم، اریک (۱۳۶۲). **هنر عشق ورزیدن**، چاپ نهم، ترجمه پوری سلطانی، تهران، انتشارات مروارید.

فقیرپور، فاطمه. (۱۳۸۱). نقش تمایز یافتگی در روابط زناشویی، **اندیشه‌های نوین تربیتی**، ۲ (۳ و ۴)، ۲۷-۳۷.

فیضی برناجی، لطف اله (۱۳۸۱). **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 (۱۳۹۰). **بررسی میزان سلامت و رضایتمندی از زندگی و ابعاد مختلف آن در گروه های مختلف ترک اعتیاد در طول دوره درمان**. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. دانشگاه سیستان و بلوچستان. دانشکده علوم اجتماعی.

کنگرلو، مریم (۱۳۸۷). **بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی**. پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی.

گنجی، حمزه (۱۳۷۶). **بهداشت روانی**. چاپ اول، تهران، انتشارات ارسباران.

محسنی تبریزی، ع، ر ۱۳۸۰ **بررسی مفهوم اعتماد با رویکرد روانشناختی اجتماعی**. **نمایه پژوهش**. شماره ۲۰، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.

مردی پیر سلطان، فهیمه. (۱۳۹۳). **بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی در میان کارکنان بهزیستی شهر کرج**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی - دانشکده علوم توانبخشی

مزلو، آبراهام (۱۳۷۲). **انگیزش و شخصیت**. ترجمه احمد رضوانی، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.

مولا، جمیله (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین سلامت معنوی و رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در دانشجویان زن متأهل رشته روان شناسی دانشگاه پیام نور شیراز. پایان نامه کارشناسی روان شناسی دانشگاه پیام نور شیراز.

مؤمنی، فرشته (۱۳۸۸). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

ناجی نیا، محمد علی (۱۳۸۹). رابطه خودکارآمدی، خودبستگی با سومصرف مواد در مردان معتاد ترک کرده و مردان غیر معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی. دانشگاه بین المللی امام خمینی. دانشکده علوم اجتماعی.

نصیری، خدیجه و هادیان، زینب (۱۳۸۸). بررسی رابطه تحقق انتظارات زنان متأهل از همسرانشان با رضایت زناشویی. پژوهش نامه علوم انسانی و اجتماعی، سال نهم، شماره ۳۴، صص ۷۰-۴۹.

نوری پور لیاولی، رقیه؛ زاد محمدی، علی؛ دسترس، مجید؛ سرگلزایی، مهرانه (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر ارتقاء عزت نفس و رضایت زناشویی معتادان در حال ترک. فصلنامه اعتیاد پژوهی، شماره ۲۹، صفحه ۳۷-۴۸.

هال، ورنون (۱۳۶۹). 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*.15.65-7

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 persoonel. *Depress treat*. 2012 : (9p)

Keyes , C . M & Shapiro , A . (2004) , ‘ *Social Well- being in the U.S : A Descriptive Epidemology* ’ . 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 . 121 – 14

Keyes , C . M (2002) . The Mental Health Continuum : From languishing to flourishing in life . *Journal of Health and Social Research* . 43 . 207 – 222 8

- Keyes , C . M , & Ryff , C . D (2000) . Subjective change and mental health : a self – concept theory . *Social psychology Quarterly* . 63 . 264 – 279
- Keyes, Corey Lee. M. (1998). **social well-being, social Psychology, Quarterly**. v. 61, N. 2, P.p: 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.
- Merdack & Goar,G.D . (2004). **ADictionary Of Sociology**. London and Henley.
- Mirkheshti F. (1997). [*Investigation of relationship between marital satisfaction and mental health (Persian)*]. *MAtthesis in counseling psychology*. Rodehen: Azad University 1997; 1.
- Myers DG, Diener ED.(1995). *Who is happy?* Psychological Science 1995; 6(1): 79-114.
- Patten, P. (2000) *Marital Relationships*, Children and Friends: What's the Connection? An Interview with E. Mark Cummings. Parent News [On line], 6(3). Available: [http:// n pin.org/ pnews/2000/pnews 500/ html](http://n pin.org/ pnews/2000/pnews 500/ html).
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069 -1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 716-727.
- Sanaei Zaker B, Baghernezhad R.(2001). [Investigation of marital dissatisfaction in couples who tend to divorce (Persian)]. *Danesh and Pajoohesh in psychology* 2001; 15: 61-78.
- Seeman, M. (1959). **On the meaning of alienation**. ASR, 24, 783-791.
- Skinner. B. F(1956). *Science and human behavior*. Macmillan. New York. Free press paperback.
- Whisman MA. (2001). *The association between marital dissatisfaction and depression. In: Beach SRH. Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington DC: American Psychological Association 2001; 3- 24.
- Wilcox, W. B., & Nock, S. L. (2006) *Commitment to Marriage*, Emotional Engagement Key to Wives Happiness. WWW. physorg.com.

پیوست‌ها و ضمائم

پرسشنامه ی رضایت زناشویی انریچ (ENRICH)

این پرسشنامه شامل عباراتی درباره ی جوانب مختلف زندگی شماست که ممکن است با آن موافق یا مخالف باشید هر عبارت را با دقت بخوانید و سپس میزان موافقت یا مخالفت خود را با علامت x مشخص کنید. توجه داشته باشید که جواب صحیح یا غلط وجود ندارد. ضمناً پاسخ های شما کاملاً محرمانه می باشد.

جنسیت: سن: سطح تحصیلات: مدت ازدواج: تعداد فرزند: شغل:

ردیف	جملات	کاملاً	مخالفم	نه موافقم نه	موافقم	کاملاً موافقم
۱	من از چگونگی تصمیم گیری و حل تعارضاتمان راضی هستم.					
۲	من می توانم احساسات حقیقی خود را به همسرم ابراز کنم.					
۳	برای تمام کردن یک بحث من زود تسلیم می شوم.					
۴	همسرم و من همدیگر را کاملاً درک می کنیم.					
۵	من از ارتباطمان خشنودم و احساس می کنم همسرم من را درک نمی کند.					
۶	هنگامی که ما مشکل داریم همسرم اغلب از صحبت کردن درباره آن خودداری می کند.					
۷	عقاید من و همسرم در مورد حل مخالفت هایمان بسیار متفاوت است.					
۸	همسرم من را کاملاً درک می کند و با هر خلق من همدردی می کند.					
۹	من از نحوه ی تقسیم مسئولیت در امور خانه راضی هستم.					
۱۰	همسرم بعضی اوقات با اظهار نظرهایش من را کوچک می کند.					
۱۱	موقعی که ما در مورد مشکلاتمان بحث می کنیم همسرم نظرات و عقاید مرا درک می کند.					
۱۲	هر چیز جدیدی را که در مورد همسرم کشف می کنم خوشایند من است.					
۱۳	من بخاطر بعضی ویژگی های شخصیتی یا عاداتهای فردی همسرم ناخشنودم.					
۱۴	ای کاش همسرم بیشتر مایل بود که احساساتش را با من در میان بگذارد.					
۱۵	حتی در طی اختلاف سلیقه ها من می توانم احساسات و عقاید خود را با همسرم در میان بگذارم.					
۱۶	من هرگز از رابطه با همسر خود پشیمان نشده ام.					

					۱۷	من از نحوه انجام سرگرمی و فعالیت های مشترکمان راضی هستم.
					۱۸	گاهی اوقات برای من مشکل است خواست درونی ام را از همسرم بخواهم.
					۱۹	ما بعضی اوقات نزاع جدی سر مسائل بی اهمیت داریم.
					۲۰	همسرم تمام کیفیت هایی که من همیشه می خواستم در همسرم باشد را دارد.
					۲۱	من در مورد وضعیت مالی و نحوه ی تصمیم گیری در مسائل اقتصادی ناراضی هستم.
					۲۲	گاهی اوقات باور کردن همه حرفهای همسرم مشکل است.
					۲۳	من برای جلوگیری از نزاع با همسرم از خودگذشتگی می کنم.
					۲۴	من از چگونگی ابراز احساسات و روابط جنسی مان راضی هستم.
					۲۵	همسر من شنونده خیلی خوبی است.
					۲۶	بعضی اوقات احساس می کنم برخی از تفاوت های ما هیچ وقت حل نمیشود.
					۲۷	من از چگونگی انجام مسئولیتهايمان به عنوان پدر و مادر ناراضی هستم.
					۲۸	بیشتر اوقات همسرم درک نمی کند که من چه احساسی دارم.
					۲۹	موقعی که با هم بحث می کنیم من معمولاً خودم را مقصر می کنم.
					۳۰	من از روابط مان با پدر و مادرم، پدر و مادر همسرم و دوستان همسرم راضی هستم.
					۳۱	از چگونگی حرف زدنمان با همدیگر خیلی راضی هستم.
					۳۲	هنگام جر و بحث برای جلوگیری از جریحه دار شدن احساسات همسرم سکوت می کنم.
					۳۳	بعضی اوقات همسرم اختلاف سلیقه هایمان را جدی نمی گیرد.
					۳۴	برای من سخت است که احساسات منفی خود را با همسرم در میان بگذارم.
					۳۵	من درباره اینکه هر کدام چگونه اعتقادات مذهبی و ارزشهای مذهبی مان را انجام می دهیم احساس خیلی خوبی دارم

پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز

هدف: بررسی میزان سلامت اجتماعی از ابعاد مختلف (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی)

کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم	عبارات	ردیف
					جامعه دائماً در حال تغییر است.	۱
					جامعه مکانی مفید و پربار برای افراد است.	۲
					پیشرفت اجتماعی مفهومی ندارد.	۳
					دنیا امروزه مکان بهتری برای زندگی هر فرد است.	۴
					درک اینکه در دنیا چه چیزی پیش خواهد آمد برایم دشوار است.	۵
					تشکیلات اجتماعی نظیر قانون و دولت در زندگی من بی تاثیر است.	۶
					پیش بینی آنچه در آینده اتفاق می افتد کار دشواری است.	۷
					من متعلق به مجموعه ای به نام جامعه هستم.	۸
					من بخش مهمی از اجتماعم هستم.	۹
					افراد جامعه برای من به عنوان یک شخص ارزش قائلند.	۱۰
					افراد قابل اعتماد هستند.	۱۱
					به نظر من مردم مهربانند.	۱۲
					اغلب فرهنگ ها آنقدر عجیب و بیگانه هستند که من از آنها سر در نمی آورم.	۱۳
					به نظر من مردم خودمخوَرند.	۱۴
					مردم این روزها متقلب تر شده اند.	۱۵
					من می توانم کارهای ارزشمندی به دنیا عرضه کنم.	۱۶
					فقط محققین می توانند آنچه پیرامون دنیای اطرافشان رخ می دهد را درک کنند.	۱۷
					فعالیت های روزمره من هیچ نتیجه ارزنده ای برای جامعه ندارد	۱۸
					من محصول ارزشمندی برای اشتراک در جامعه ندارم.	۱۹
					من زمان و توان لازم برای ارائه محصولی ارزنده به جامعه را ندارم.	۲۰

پرسشنامه سلامت عمومی

لطفاً سوالات زیر را بدقت مطالعه و در هر مورد گزینه ای را که فکر می کنید با وضعیت کنونی شما (از یک ماه پیش تا کنون) مطابقت دارد مشخص کنید .

۱- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که کاملاً "خوب و سالم هستید؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۲- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که به داروی تقویتی نیاز دارید؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۳- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده اید؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۴- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بیمار هستید؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۵- آیا از یکماه گذشته تا به امروز سر درد داشته اید؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۶- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته اید یا اینکه فشاری به سرتان وارد می شود؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۷- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بعضی وقتها بدنتان داغ و یا سرد می شود؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۸- آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی خوابی شده باشید؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۹- آیا از یکماه گذشته تا به امروز شبها وسط خواب بیدار می شوید؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۱۰- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که دائماً "تحت فشار هستید؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۱۱- آیا از یکماه گذشته تا به امروز عصبانی و بد خلق شده اید؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۱۲- آیا از یکماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده ای هراسان و یا وحشت زده شده اید؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۱۳- آیا از یکماه گذشته تا به امروز متوجه شده اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۱۴- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۱۵- آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانسته اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۱۶- آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف انجام کارها نمایید؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۱۷- آیا از یکماه گذشته تا به امروز بطور کلی احساس کرده اید که کارها را بخوبی انجام می دهید؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۱۸- آیا از یکماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می کنید؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۱۹- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که نقش مفیدی در انجام کارها بعهده دارید؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۲۰- آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم گیری درباره مسائل را داشته اید ؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۲۱- آیا از یکماه گذشته تا به امروز قادر بوده اید از فعالیتهای روزمره زندگی لذت ببرید ؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۲۲- آیا از یکماه گذشته تا به امروز فکر کرده اید که شخص بی ارزشی هستید ؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۲۳- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی کاملاً ناامید کننده است ؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۲۴- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد ؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۲۵- آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید ؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۲۶- آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که چون اعصابتان خراب است نمی توانید کاری انجام دهید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۲۷- آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده اید که ایکاش مرده بودید و کلاً از شر زندگی خلاص می شدید ؟

الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

۲۸- آیا از یکماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید ؟
الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

Abstract:

This study aimed to investigate the relationship between mental health and social well-being and marital satisfaction was addicted men. The study was descriptive and correlational. The study population included all men in the camps were in Kouhdasht addiction. And the sample of 200 individuals who were selected through census sampling method and by public health Prsshnamh Hay Goldenberg 1979 Keyes Social Health Questionnaire and Enrich marital –Rzayt 1998 and 1989 questionnaires were evaluated. Describes hypothesis testing and inferential statistics and test hypotheses using Pearson correlation and regression analysis was performed. The results showed a significant negative correlation between mental disorders and marital satisfaction there. Between physical disorder and social disorder and marital satisfaction and marital satisfaction and there is no significant relationship. Between anxiety disorder and depression and marital satisfaction and marital satisfaction is negative. As well as significant negative factors for depression is able to predict marital satisfaction. And a significant positive relationship between social health and marital satisfaction there. Between social prosperity, social cohesion and social participation and marital satisfaction and there is a significant positive relationship between social cohesion and social acceptance, but there is no significant relationship with marital satisfaction. As well as social acceptance and social participation component will be able to predict marital satisfaction is significantly positive.

Key words: mental health, social well-marital satisfaction



**Islamic Azad University
Marvdasht Branch
Faculty of psychology and educational sciences
Thesis For Receiving (M.A)
Degree On Department Of Rehabilitation Counseling**

Title:

The relationship between mental health and social well-being and marital satisfaction addicted men

**Thesis advisor:
S.Sahami(Ph.D)**

**by:
Asiyeh. Keshavarz**

Winter 2017