

مقایسه رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری روانی زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیرفرهنگی و زنان خانه‌دار شهر بوشهر

کبری رحمانی^{۱*}، بهمن توفیقی^۲، محمدرضا بحرانی^۳

۱. گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بوشهر، بوشهر، ایران (نویسنده مسئول)
۲. گروه روانشناسی بالینی، پردیس علوم تحقیقات بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.
۳. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره دوم، شماره یازدهم، شهریورماه ۱۳۹۶، صفحات ۵۴-۳۸

چکیده

پژوهش حاضر با عنوان مقایسه رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری روانی زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیرفرهنگی و زنان خانه‌دار شهر بوشهر انجام‌گرفته است. روش پژوهش علی-مقایسه‌ای از نوع پس‌رویدادی است. در این پژوهش جامعه آماری کلیه زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیرفرهنگی و زنان خانه‌دار شهر بوشهر بودند را تشکیل داد که تعداد ۱۹۰۰ نفر زنان شاغل فرهنگی، ۷۲۶۹ نفر زنان شاغل غیرفرهنگی و ۳۸۵۰۴ نفر زنان خانه‌دار بودند. نمونه آماری بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای شامل تعداد ۶۰ نفر از زنان شاغل فرهنگی و ۶۰ نفر زنان شاغل غیرفرهنگی و همچنین ۶۰ نفر زنان خانه‌دار را تشکیل می‌دهد. ابزارهای مورداستفاده پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد. نتایج پژوهش نشان دادند که زنان خانه‌دار نسبت به سایر گروه‌ها از رضایت زناشویی بیشتری برخوردار بودند. زنان شاغل فرهنگی نسبت به سایر گروه‌ها از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. زنان شاغل فرهنگی نسبت به سایر گروه‌ها از بهزیستی روان‌شناختی بیشتری برخوردار بودند. زنان شاغل فرهنگی نسبت به سایر گروه‌ها از تاب‌آوری بالاتری برخوردار بودند.

کلیدواژه‌ها: رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری روانی

مقدمه

در دهه‌های اخیر زنان با خروج از گستره‌ی خصوصی و ورود به گستره‌ی عمومی و عرصه‌هایی از کار که پیش‌ازین در سلطه مردان بود، سهم زیادی از نیروی کار جوامع را به خود اختصاص داده‌اند و تقریباً در همه جای دنیا اشتغال زنان خارج از خانه روبه فزونی است. از سوی دیگر زنان هنوز هم اکثریت اعظم کارهای بی‌مزد درون خانه یا اجتماع را انجام می‌دهند مانند مراقبت از کودکان و سالمندان، تهیه غذای خانواده، حفظ محیط‌زیست و مساعدت داوطلبانه به گروه‌های آسیب‌پذیر و نا برخوردار (افضلی، ۱۳۹۰).

به‌طورکلی در خصوص حقوق انسانی زنان در زمینه اشتغال و حقوق اقتصادی آنان، گفتنی‌ها بسیار است اما آنچه هدف اصلی نگارنده است پاسخ به این پرسش اساسی است که آیا به‌موازات این روند و تغییرات پیش‌آمده در نقش‌های زنان در جامعه، تغییری نیز در نقش‌های سنتی و مسئولیت‌های خانوادگی آنان صورت پذیرفته است؟ شرایط حاکم بر زندگی زنان شاغل در اکثر نقاط دنیا حاکی از آن است که نه تنها از مسئولیت‌های دیگر زنان کاسته نشده است بلکه اشتغال آنان بار مضاعفی را بر دوششان افزوده است. شاید در نگاه اول بتوان بخشی از مشکل را به نقش مهم زنان در تولید و باروری و زادوولد ربط داد که مبنای تقسیم جنسیتی کار به نقش‌های تولیدی و زادآوری شده است و مشارکت کامل زنان را در زندگی جمعی محدود ساخته است. به نظر می‌رسد که نباید مشکل را به این خصیصه‌ی «تغییرناپذیر زیست‌شناختی» نسبت داد و باید آن را در جای دیگری جست‌وجو کرد. واقعیت آن است که تغییرات نقش‌های زنان بیش‌تر و بسیار پرشتاب‌تر از تغییرات نقش‌های مردان بوده است و «این‌که دنیای قدیم بر گسست میان دو عرصه خصوصی و عمومی و در نتیجه دو نقش متفاوت بوده که یکی را بر عهده‌ی زن و دیگری را بر عهده‌ی مرد می‌گذاشت ولی با ورود مدرنیته، این نظم سابق به هم خود و موجب اختلال در وظیفه زنان شد اما وظیفه مرد همان جوری که بود دست‌نخورده باقی‌مانده است. به‌رحال زنان نمی‌توانند دو نقش را باهم به سامان برسانند. اسطوره‌هایی که برخی از زنان می‌سازند که هم خانه‌داری می‌کردند و هم بچه‌داری و هم کار سیاسی و هم انقلاب اجتماعی، خرافه‌هایی بیش نیست و در عمل چنین امری هرگز امکان ندارد و با مشکلات جدی مواجه است (مهرانگیز، ۱۳۸۹). در دنیای مدرن امروز راه‌حل عملی برای تعادل در جامعه آن است که با تأمین کافی خانواده‌ها، اشتغال بیرون از خانه برای زنان بخش عمده‌ی وقت آنان را در برنگیرد و سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان جامعه شرایطی را فراهم سازند که زنان بتوانند از شرایط مطلوب اشتغال استفاده کرده و حتی در مواقع لزوم بدون از دست دادن شغل خویش از مرخصی‌های طولانی برای حضور در کنار فرزندان خردسال (حداقل تا دو یا سه‌سالگی) استفاده کنند. البته طبیعی است زنانی که فرزند نداشته یا فرزندان آنان مستقل شده‌اند یا زنان مجرد می‌توانند در اشتغال تمام‌وقت و فعال نیز حاضر باشند هرچند نباید فراموش کرد که شرایط فیزیکی و روانی زنان ایجاب می‌کند که آنان عمدتاً در مشاغل متناسب با خویش حضور یابند تا دچار مشکلات ناشی از فشارهای کار نامتناسب نگردند (مهرآبادی، ۱۳۹۲).

کاریمان و اریک برن^۱ (۲۰۰۶) در مورد این مسئله که چرا افراد مجرد و متأهل از روابط معنادار و شادی‌بخش بهره‌مند نیستند، تحقیق کردند. آن‌ها در مورد این موضوع اتفاق نظر داشتند که بسیاری از زوجها نمی‌توانند راجع به مشکلات خود با یکدیگر صحبت کنند. آن‌ها نمی‌توانند خواسته‌های خود را در قالب جملاتی صریح و روشن بیان نمایند. کاریمان معتقد است آن‌ها باید بیاموزند که احساسات درونی خود را پیدا کنند و بدانند که واقعاً چه چیزی می‌خواهند و بعد از آن خواسته‌ها را ابراز نمایند، بدین ترتیب بسیاری از مشکلات آن‌ها حل خواهد شد. بسیاری از زوجها جوان به دلیل عدم آشنایی و در پاره‌ای موارد نبود آگاهی کافی درباره‌ی نحوه برخورد با روابط زناشویی و عاطفی بین همسران، با مشکلاتی مواجه هستند که متأسفانه این مشکلات در برخی از موارد تبدیل به بحران‌های خانوادگی می‌گردد که آثار آن در معضلاتی همچون افزایش آمار طلاق در جامعه، تنوع‌طلبی جنسی و ... قابل مشاهده هست (باباپور و همکاران، ۱۳۹۰). همه‌ی زوجها، در جریان روابطشان با مسائل و مشکلاتی روبرو می‌شوند این مسائل می‌تواند شدید یا خفیف، کوتاه‌مدت یا درازمدت باشد و از علل مختلفی سرچشمه بگیرد. زوجها لازم است که توانایی برطرف کردن موانع را داشته باشند و عدم توافق‌ها را حل کنند و تفاوت‌های خود را بپذیرند. زوجها نابسامان به‌طور کلی تعامل‌های مثبت کمتری دارند و در برابر رفتار منفی شریک زندگی‌شان بیشتر با رفتارهای منفی پاسخ می‌دهند. همه‌ی زوجها در طول زندگی خود زمانی دچار مسائل و مشکلاتی می‌شوند، تعارض و کشمکش بین زوجها به نظر می‌رسد که طبیعی و اجتناب‌ناپذیر است و ضرورتاً منشاء آشفتگی‌ها و نابسامانی‌های دیر پا نیست. بسیاری از زوجها خیلی زود در طی روابطشان متوجه می‌شوند که نه‌تنها می‌توانند تفاوت‌هایی را که با شریک زندگی خود دارند، تحمل کنند؛ بلکه اغلب این تفاوت‌ها برایشان شوق‌انگیز می‌شود و به دلیل وجود این تفاوت‌ها بیشتر جذب شریک زندگی‌شان می‌شوند و کشش بیشتری به او پیدا می‌کنند. زوجین به‌مرور زمان تحمل خود را نسبت به تفاوت‌هایشان از دست می‌دهند. زوجینی که در روابط با همسرشان دچار تعارض هستند باید با جنبه‌هایی از خود و شریک زندگی‌شان که از حیطة آگاهی آن‌ها دور شده است مواجهه شوند (پاک‌گهر، ۱۳۸۷).

تفاوت‌ها می‌تواند منشاء برانگیختگی عاطفی و هیجانی جدی شود و هریک از طرفین سعی می‌کنند دیگری را تغییر دهد و چون عواطف و هیجان‌ات شدیدی را تجربه می‌کنند معمولاً به راهبردهای منفی و سرکوب‌گرایانه‌ای چون نق زدن، انتقاد کردن و کناره‌گیری توأم با عصبانیت متوسل می‌شوند تا شریک زندگی خود را تغییر دهند و هر قدر که تلاش‌هایشان برای تغییر دادن دیگری جدی‌تر می‌شود هریک از آن‌ها احساس می‌کند که رفتارشان موجه‌تر است و موضع خودش را بیشتر حفظ می‌کند. صرفاً وجود تفاوت‌ها میان زوجین نیست که باعث نابسامانی در روابط می‌شود، بلکه شیوه‌ی واکنش زوجها نسبت به این تفاوت‌ها است که موجب نارضایتی از روابط است. وقتی زوجها نسبت به این تفاوت‌ها پذیرش بیشتری پیدا می‌کنند، این تفاوت‌ها را بهتر درک می‌کنند و تعارض‌های واکنشی بین آن‌ها کاهش می‌یابد. الگوهای پاسخ منفی متقابل مثل انتقاد، نیازمندی که با کناره‌گیری، دفاع همراه می‌شود عواطف منفی را برمی‌انگیزد و همچنین عواطف منفی را پایدار نگه می‌دارد به طوری که ارتباط عاطفی امن و مطمئن مشکل‌تر و مشکل‌تر

می‌شود، پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که وقوع تعارض‌ها و کشمکش‌ها نیست که ازدواج‌های نابسامان را به طلاق می‌کشاند، بلکه کاهش بیان احساسات عاطفی، ارتباط عاطفی مثبت و حساس بودن، زوجها نسبت به هم است که فروپاشی رابطه را پیش‌بینی می‌کند (امان الهی و همکاران، ۱۳۹۱).

مفهوم کیفیت زندگی ابعاد گوناگون و بسیار وسیعی دارد؛ اما مهم این است که ما این مفهوم را از دیدگاه خود یعنی با توجه به نیازها و شرایط اجتماعی، فرهنگی، ملی و اقلیمی خویش بررسی کنیم و از این طریق بکوشیم جامعه خود را از مبتلا شدن به مصیبت‌ها و مشکلات بزرگی که امروزه جامعه صنعتی غرب با آن‌ها دست به گریبان‌اند، مصون بداریم. کیفیت زندگی به دلیل گسترش روند صنعتی شدن و پیشرفت فناوری که توجه به بعد کمی زندگی انسان را مدنظر قرار می‌دهد و همچنین به دنبال غفلت از جنبه‌های کیفی زندگی انسان، طی چند دهه گذشته در کشورهای غربی مورد توجه اندیشمندان و متفکران علوم انسانی قرار گرفته است. توسعه بیش‌ازپیش زندگی مدرن که خود را با تولید انبوه کالاها و خدمات متنوع در بعد کمی نشان می‌دهد، مشکلات زیادی برای بشر امروزی به ارمغان آورده است. به همین دلیل توجه بسیاری از دانشمندان و صاحب‌نظران به مفهوم کیفیت زندگی معطوف گشته تا از این طریق، تلاش‌هایی در راستای ارتقای شرایط زندگی و بهبود بخشیدن به بعد کیفی زندگی بشر صورت دهند (ربانی خوراسگانی و همکاران، ۱۳۸۶).

جامعه ما در حال حاضر در مرحله‌ای است که با سرعت در مسیر افزایش کمیت‌ها پیش می‌رود. ولی کیفیت را هرگز نباید از کمیت جدا کرد. کیفیت بعد تازه‌ای نیست که بتوان در آینده آن را به کمیت اضافه کرد. اگر ما از آغاز، فلسفه و نگرشی روشن نسبت به مفهوم کیفیت زندگی داشته باشیم، در جستجوی کمیت‌ها نیز موفق‌تر خواهیم بود. کیفیت زندگی در حقیقت حاصلی است از مجموع ذوقیات، احساسات، عواطف و ارزش‌های معنوی که عالم درونی ما را می‌سازند. کیفیت زندگی ماحصل همه‌چیزهایی است که از ماست و مربوط به ماست و از خصوصیات ماست. در سال‌های اخیر اندازه‌گیری کیفیت زندگی به‌عنوان یک بحث علمی توجه افراد زیادی را به خود معطوف نموده است. این واقعیت، همواره به‌عنوان یک پیامد نهایی در مطالعات بالینی، مداخلات و مراقبت‌های بهداشتی مدنظر بوده است. یکی از مباحث اصلی و همیشگی در زندگی بشر، مقوله سلامت می‌باشد و کارکردهای فردی و اجتماعی جامعه، مشروط به سلامت همه‌جانبه اعضای آن است. پیچیدگی دنیای امروزی و گسترش روزافزون مشکلات باعث شده است که سلامت و بهداشت روان افراد، بیش‌ازپیش مورد تهدید قرار گیرد. از طرف دیگر علم روان‌شناسی می‌کوشد تا با رویکردهای پژوهشی و کاربردی خود، سلامت افراد جامعه را ارتقاء بخشد (توکل و همکاران، ۱۳۹۰). در میان عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، نقش خانواده و نحوه ارتباطات اعضای آن با یکدیگر به‌ویژه زن و شوهر، اساسی به نظر می‌رسد. کیفیت زندگی مناسب و داشتن روابط زناشویی موفق نه تنها تأثیر بسزایی بر خوشبختی و سعادت افراد دارد بلکه فواید بی‌شماری نیز برای جامعه دارد. زیرا اگر همسرانی که در یک جامعه زندگی می‌کنند از روابط زناشویی گرم و صمیمی برخوردار باشند، نه تنها فرزندان آن‌ها روابط صحیح را می‌آموزند و در فضایی آکنده از مهر و محبت زندگی می‌کنند بلکه جامعه نیز سلامت و سعادت خود را به دست خواهد آورد بنابراین حیات

و سلامت و سعادت خانواده به مهم‌ترین بخش آن یعنی کیفیت زندگی و کیفیت رابطه زناشویی بستگی داشته و استحکام و پویایی جامعه به ثبات و تعادل خانواده بستگی دارد (داداش زاده، ۱۳۸۸). از طرفی، روانشناسی مثبت نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روانشناختی مفهوم‌سازی کرده است؛ از این منظر بهزیستی روانشناختی به معنی کارکرد روانشناختی بهینه است. به بیانی دیگر، بهزیستی روانشناختی را می‌توان واکنش‌های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی‌ها و توانمندسازی‌های شخصی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت در طول زمان تعریف کرد. این حال می‌تواند مؤلفه‌هایی مانند رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت را نیز در برگیرد (میکائیلی، ۱۳۹۱).

از جمله عوامل اثرگذار و ضروری دیگر تاب‌آوری است و یکی از عواملی است که بر خوش‌بینی تأثیرگذار است. گارمزی^۱ و ماستن (۱۹۹۱). تاب‌آوری را یک فرآیند توانایی با پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده می‌دانند. تاب‌آوری صرفاً پایداری در برابر آسیب‌ها با شرایط تهدیدآمیز نیست. بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است و می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد، در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک می‌باشد (کانر و دیوید سون^۲، ۲۰۰۳). فردی که در تاب‌آوری است چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده مطابق تغییرات محیط خود را وفق می‌دهد و بعد از برطرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود بازمی‌گردد. افرادی که در انتهای سطح پایین تاب‌آوری هستند به مقدار ناچیزی خودشان را با موقعیت‌های جدید وفق می‌دهند. این‌ها به کندی از موقعیت‌های فشارزا به حالت طبیعی بهبود می‌یابند.

یکی از عواملی که می‌تواند کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار را بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی، جسمانی و روانشناختی را افزایش دهد تاب‌آوری^۳ می‌باشد. گارمزی و ماستن^۴ (۱۹۹۱) تاب‌آوری را یک فرآیند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف نموده‌اند. والر^۵ (۲۰۰۱) تاب‌آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار (آسیب‌ها و تهدیدات) می‌داند. البته تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک است. افزون بر این اکثر پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی می‌باشد (ماتسن، ۲۰۰۱). کاپلان (۱۹۶۸) معتقد است اشخاص تاب آور از رفتارهای ارتقای سلامتی مشارکت بیشتری دارند و از درگیری در فعالیت‌های روزانه استقبال می‌کنند. از چالش‌ها لذت می‌برند و تغییر را به جای ثبات ترجیح می‌دهند (مؤمنی و شهبازی راد، ۱۳۹۱).

1-Garmezy & Masten

2-Conner & Davidson

3- Resilience

4- Garmezy & Masten

5- Waller

مسئله این پژوهش مطالعه این متغیرها در سه گروه از زنان می‌باشد. فعالیت‌های شغلی در مشاغل فرهنگی و غیرفرهنگی و خانه‌داری سه وضعیت نسبتاً رایج در بین زنان متأهل در شهر بوشهر می‌باشد و بدون تردید این سه نوع فعالیت متفاوت می‌تواند در شاخص‌های اصلی زندگی کارکردها و تأثیرات متفاوتی داشته باشد در این پژوهش تفاوت بین رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری روانی در زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیرفرهنگی و زنان خانه‌دار شهر بوشهر مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در پی این سوال است که تفاوتی بین رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری روانی در زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیرفرهنگی و زنان خانه‌دار وجود دارد.

روش پژوهش

روش انتخابی این نوع پژوهش توصیفی از نوع پس رویدادی است. در این پژوهش جامعه آماری کلیه زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیرفرهنگی و زنان خانه‌دار شهر بوشهر بودند را شامل می‌شود که تعداد ۱۹۰۰ نفر زنان شاغل فرهنگی، ۷۲۶۹ نفر زنان شاغل غیرفرهنگی و ۳۸۵۰۴ نفر زنان خانه‌دار بودند. نمونه آماری نیز بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تعداد ۶۰ نفر از زنان شاغل فرهنگی و ۶۰ نفر زنان شاغل غیرفرهنگی و همچنین ۶۰ نفر زنان خانه‌دار را تشکیل می‌دهد. معیار ورود آزمودنی‌ها زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله شهر بوشهر بودند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه رضایت زناشویی: برای بررسی میزان رضایت زناشویی از این پرسشنامه استفاده شد که دارای ۳۵ سؤال و چهار زیر مقیاس است. اولسون (۱۹۸۹) از این پرسشنامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده نمود و معتقد است که هر یک از موضوعات این پرسشنامه در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم است. ارزیابی این زمینه‌ها در درون یک رابطه زناشویی می‌تواند مشکلات بالقوه زوج‌ها را بیان کند، یا می‌تواند زمینه نیرومندی و تقویت آن‌ها را مشخص کند. اولسون و دیگران اعتبار این پرسشنامه را با روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. فرم اصلی با توجه به زیاد بودن سؤالات پرسشنامه موجب خستگی بیش‌ازاندازه آزمودنی‌ها می‌شود؛ بنابراین سلیمانیان (۱۳۷۳) در پژوهشی تحت عنوان "بررسی تفکرات غیرمنطقی بر نارضایتی زناشویی فرم کوتاهی از این پرسشنامه تهیه کرد که دارای ۳۵ سؤال است. سؤالات این پرسشنامه به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف و کاملاً مخالف) هستند. به هر گزینه آن از یک تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. حداقل نمره ۳۵ و حداکثر نمره ۱۷۵ است. پرسشنامه حاوی توضیحاتی برای آزمودنی‌هاست که در ابتدای برگه در مورد محرمانه بودن اطلاعات و نحوه پاسخ‌دهی به سؤالات آمده است. نمره‌های محاسبه شده برای فرم از نوع مقیاس t است که در آن میانگین برابر ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ می‌باشد. در این پژوهش از فرم کوتاه این پرسشنامه استفاده شده است. سلیمانیان (۱۳۷۳) پایایی پرسشنامه فرم کوتاه را از طریق محاسبه ضریب آلفا ۰/۹۵ گزارش کرده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه: مقیاس (پرسشنامه) فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دارای ۲۶ سؤال است و ۴ بعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی را سنجش می‌کند که به عنوان یک مقیاس

جامع مورد استفاده قرار می‌گیرد و در مجموع شامل کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی می‌باشد. سؤالات پرسشنامه ۵ گزینه‌ای هستند که خیلی کم برابر با ۱ و خیلی زیاد برابر با ۵ نمره گذاری می‌شود. لازم به ذکر است که سؤالات ۳ و ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ می‌باشد. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰,۷۳ تا ۰,۸۹ برای خرده مقیاس‌های ۴ گانه و کل مقیاس گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۵) و در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی بافاصله سه‌هفته‌ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر ۰,۸۷-۰,۸۴ بود. همچنین پایایی مقیاس کیفیت زندگی را رحیمی (۱۳۸۶) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰,۸۸ برای سلامت جسمی ۰,۷۰ برای سلامت روانی ۰,۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰,۶۵ برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰,۷۷ گزارش کرده است.

مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف: این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۵ طراحی نمود و دارای ۸۴ پرسش بود. مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، رشد شخصی و تسلط بر محیط می‌باشد. دایرندوک^۱ (۲۰۰۵) همسانی درونی خرده آزمون‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آن‌ها را بین ۷۷ تا ۹۰ بدست آورد. چمت^۲ و ریف (۱۹۹۷) همسانی درونی مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی را بین ۰,۸۲ تا ۰,۹۰ گزارش دادند. در ایران این مقیاس توسط بیانی و همکاران (۱۳۸۷) بر روی ۱۴۵ دانشجوی انجام شد و ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰,۸۲ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰,۷۱، ۰,۷۷، ۰,۷۸، ۰,۷۰ و ۰,۷۸ به دست آمد. در مطالعه که جایروند و همکاران (۱۳۹۲) بر روی نمونه ۱۰۰ نفری از افراد با خودکشی ناموفق انجام شد پایایی کل آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰,۷۸ و برای خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰,۷۴، ۰,۷۳، ۰,۷۰، ۰,۷۷ و ۰,۷۲ به دست آمد. پرسشنامه تاب‌آوری روانی: برای سنجش میزان تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۳ استفاده گردید. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که کانر و دیویدسون آن را با بازبینی منبع پژوهشی ۱۹۹۱ - ۱۹۷۹ در زمینه تاب‌آوری تهیه نمودند. این پرسشنامه در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از کاملاً نادرست تا همیشه درست ساخته شده است. به نحوی که کاملاً نادرست نمره یک، به ندرت درست نمره دو، گاهی درست نمره سه، اغلب درست نمره چهار و همیشه درست نمره پنج را به خود اختصاص می‌دهند. دامنه نمره‌گذاری این مقیاس بین ۱۲۵-۲۵ است. کانرو و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰,۸۹ گزارش کرده‌اند همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰,۸۷ بوده است. نمرات مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون با نمرات

¹ -Dierendonck

² -Schumtee

³ - Connor and Davidson

مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند؛ که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. این مقیاس در ایران توسط محمدی در سال ۱۳۸۴ هنجاریابی شده است. برای سنجش روایی این مقیاس ابتدا همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه شده و همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳ ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد و سپس از روش تحلیل عاملی استفاده شده است، قبل از سنجش تحلیل عاملی، دو شاخه KMO و آزمون کرویت بارتلت هم محاسبه شد و مقدار KMO برای ۰/۸۷ و مقدار تی دو در آزمون بارتلت ۲۸/۵۵۵۶ به دست آمد که هر دو این موارد نشان دهنده شرایط مناسب برای انجام تحلیل عاملی است. برای پایایی این مقیاس هم از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است؛ و میزان آن هم ۰/۸۹ گزارش شده است (محمدی، ۱۳۸۴). در پژوهش دیگری که توسط سامانی و همکاران (۱۳۸۶) برای بررسی پایایی این مقیاس در دانشجویان صورت گرفت، پایایی این مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کردند. میزان شاخص KMO هم برابر ۰/۹۱ و ضریب کرویت بارتلت برای ۲/۴۷ گزارش شده است. (کانر و دیویدسون ۲۰۰۳، نقل از بشارت، صالحی، شاه‌محمدی، نادعلی و زبردست، ۱۳۸۷).

یافته ها

جدول شماره ۱. آمار توصیفی سه گروه (زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیرفهرنگی و زنان خانه‌دار) در متغیرهای رضایت زناشویی، کیفیت زندگی،

بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری روانی

| متغیر مورد بررسی | تعداد پاسخگو | میانگین | انحراف معیار |
|---------------------|---------------------|---------|--------------|
| رضایت زناشویی | زنان شاغل غیرفهرنگی | ۶۰ | ۷۵/۰۶ |
| | زنان خانه‌دار | ۶۰ | ۸۴/۷۶ |
| | زنان شاغل فرهنگی | ۶۰ | ۷۷/۹۰ |
| | کل | ۱۸۰ | ۷۹/۲۴ |
| کیفیت زندگی | زنان شاغل غیرفهرنگی | ۶۰ | ۴۸/۴۰ |
| | زنان خانه‌دار | ۶۰ | ۵۰/۲۰ |
| | زنان شاغل فرهنگی | ۶۰ | ۵۹/۸۳ |
| | کل | ۱۸۰ | ۵۲/۸۱ |
| زنان شاغل غیرفهرنگی | ۶۰ | ۱۳۴/۴۰ | ۲۳/۶۲ |
| | ۶۰ | ۱۳۵/۸۳ | ۲۴/۸۵ |

| | | | | |
|-------|--------|-----|----------------------|------------|
| ۲۸/۴۱ | ۱۴۱/۲۰ | ۶۰ | زنان شاغل فرهنگی | بهزیستی |
| ۲۶/۴۵ | ۱۳۷/۶۳ | ۱۸۰ | کل | روانشناختی |
| ۱۱/۲۳ | ۵۶/۸۳ | ۶۰ | زنان شاغل غیر فرهنگی | تاب آوری |
| ۱۰/۶۱ | ۵۷/۰۶ | ۶۰ | زنان خانه‌دار | |
| ۹/۸۳ | ۶۶/۸۶ | ۶۰ | زنان شاغل فرهنگی | |
| ۱۱/۴۶ | ۶۰/۲۵ | ۱۸۰ | کل | |

جدول شماره ۲. نتایج تحلیل واریانس سه گروه (زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیر فرهنگی و زنان خانه‌دار) در متغیرهای رضایت زناشویی، کیفیت

زندگی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری روانی

| متغیرها | شاخص های آماری | مجموع مجذورات | میانگین مجذورات | درجه آزادی | مقدار F | سطح معناداری |
|--------------------|----------------|---------------|-----------------|------------|---------|--------------|
| رضایت زناشویی | بین گروهی | ۱۴۹۲/۶۸ | ۷۴۶/۳۴ | ۲ | ۵/۷۳ | ۰/۰۰ |
| | درون گروهی | ۱۱۳۳۱/۹۳ | ۱۳۰/۲۵ | ۱۷۷ | | |
| | کل | ۱۲۸۲۴/۶۲ | ۱۷۹ | | | |
| کیفیت زندگی | بین گروهی | ۲۲۶۷/۶۲ | ۱۱۳۳/۸۱ | ۲ | ۱۵/۵۵ | ۰/۰۰ |
| | درون گروهی | ۶۳۴۲/۱۶ | ۷۲/۸۹ | ۱۷۷ | | |
| | کل | ۸۶۰۹/۷۸ | ۱۷۹ | | | |
| بهزیستی روانشناختی | بین گروهی | ۶۵۳۲/۶۲ | ۳۴۶۲/۸۱ | ۲ | ۱۹/۴۲ | ۰/۰۰۰ |
| | درون گروهی | ۴۳۲۱/۱۶ | ۲۱۳/۸۹ | ۱۷۷ | | |
| | کل | ۱۲۵۳۲/۶۳ | ۱۷۹ | | | |
| تاب آوری | بین گروهی | ۱۹۶۷/۶۲ | ۹۸۳/۸۱ | ۲ | ۸/۷۹ | ۰/۰۰ |
| | درون گروهی | ۹۷۳۵/۵۰ | ۱۱۱/۹۰ | ۱۷۷ | | |
| | کل | ۱۱۷۰۳/۱۲ | ۱۷۹ | | | |

با توجه به آزمون فوق چون مقدار sig (سطح معناداری) برابر با (۰/۰۰) می‌باشد و این مقدار از (۰/۰۱) کوچکتر است، پس فرضیه فوق تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که بین رضایت زناشویی در زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیر فرهنگی و زنان خانه‌دار تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین از جدول توصیفی بالا می‌توان چنین نتیجه گرفت که زنان خانه‌دار نسبت به سایر گروه‌ها میانگین بیشتری را در متغیر رضایت زناشویی به خود اختصاص داده‌اند. با توجه به آزمون فوق چون مقدار sig (سطح معناداری) برابر با (۰/۰۰) می‌باشد و این مقدار از (۰/۰۱) کوچکتر است، پس فرضیه فوق تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که بین کیفیت زندگی در زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیر فرهنگی و زنان خانه‌دار تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین از جدول توصیفی بالا می‌توان چنین نتیجه گرفت که گروه زنان شاغل فرهنگی نسبت به سایر گروه‌ها میانگین بیشتری را در متغیر کیفیت زندگی به خود اختصاص داده‌اند. با توجه به آزمون فوق چون مقدار sig (سطح معناداری) برابر با (۰/۰۰) می‌باشد و این مقدار از (۰/۰۱) کوچکتر است، پس فرضیه فوق تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که بین بهزیستی روانشناختی در زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیر فرهنگی و زنان خانه‌دار تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین از جدول توصیفی بالا می‌توان چنین نتیجه گرفت که گروه زنان شاغل فرهنگی نسبت به سایر گروه‌ها میانگین بیشتری را در متغیر بهزیستی روانشناختی به خود اختصاص داده‌اند. همچنین با توجه به آزمون فوق چون مقدار sig (سطح معناداری) برابر با (۰/۰۰) می‌باشد و این مقدار از (۰/۰۱) کوچکتر است، پس فرضیه فوق تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که: بین تاب‌آوری در زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیر فرهنگی و زنان خانه‌دار تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین از جدول توصیفی بالا می‌توان چنین نتیجه گرفت که گروه زنان شاغل فرهنگی نسبت به سایر گروه‌ها میانگین بیشتری را در متغیر تاب‌آوری به خود اختصاص داده‌اند.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش نتیجه گرفته شد که بین رضایت زناشویی در زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیر فرهنگی و زنان خانه‌دار تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین از جدول توصیفی بالا می‌توان چنین نتیجه گرفت که زنان خانه‌دار نسبت به سایر گروه‌ها میانگین بیشتری را در متغیر رضایت زناشویی به خود اختصاص داده‌اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱)، کریستینا ام، فیلیپ‌ها وانگ، برژیتاویکبرگ (۲۰۱۲)، مارکمن (۲۰۱۲)، کاستن (۲۰۱۱)، هاکینز و بوث (۲۰۱۱) همسو و هماهنگ می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که رضایت زناشویی به شادی و لذت از روابط میان زوج‌ها مرتبط است و به معنای داشتن احساس مطلوب از ازدواج می‌باشد که می‌توان آن را یک موقعیت روان‌شناختی در نظر گرفت که خود به خود به وجود نمی‌آید بلکه مستلزم تلاش هر زوج است. در روابط زناشویی عوامل متعددی باعث رضایت همسران از یکدیگر می‌شود که یکی از آنها الگوهای ارتباطی است. ارتباط زناشویی فرآیندی است که طی آن زوجین به صورت کلامی و غیر کلامی به تبادل احساسات و افکار می‌پردازند. در صورت توجه به عوامل رضامندی زناشویی می‌توان انتظار داشت که با افزایش سطح رضایتمندی و بهداشت روانی بسیاری از مشکلات روانی، عاطفی و اجتماعی کاهش یابد. «با ارتقاء سطح رضامندی زناشویی و رضایت از زندگی، افراد جامعه با آرامش

خاطر بیشتر به رشد و تعالی و خدمات اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و ... خواهند پرداخت و خانواده‌ها نیز از این پیشرفت سود خواهند برد؛ بنابراین رضایت افراد از ازدواجشان زمینه‌ساز و هسته اصلی رضایت از خانواده و زندگی به‌طور کلی است. در واقع می‌توان گفت سلامت جامعه و خانواده در گرو رضایت افراد از ازدواجشان می‌باشد. بیش از یک‌صد تحقیق منتشر شده وجود دارد که تداوم رضایت و استحکام روابط زوجین را ارزیابی کرده‌اند. در سالهای اخیر تمرکز بر روی روابط زوجین و ازدواج به دلیل آمار نگران‌کننده طلاق افزایش یافته است و هر تحقیقی که در این زمینه صورت بگیرد می‌تواند یافته‌های کاربردی و معتبری داشته باشد تا ما بتوانیم آثار مخرب آن را کم کنیم (بازغی، ۱۳۹۲). احساس رضایت از همدیگر یکی از نشانه‌های زندگی خوب و خوشبختی و شادکامی زوجین می‌باشد. این احساس رضایت می‌تواند شامل رضایت زناشویی، رضایت از اخلاق و رفتار، رضایت از شیوه برخورد و نوع زندگی و رضایت ظاهری از طرف مقابل باشد در واقع اگر کسی در زندگی خودش به این تفکر برسد که انتخاب خوبی را داشته است، می‌توان گفت که وی خوشبخت بوده و زندگی خوبی را دارا می‌باشد. بسیاری از افراد احساس رضایت از ظاهر طرف مقابل را فراموش می‌کنند و سعی می‌کنند تا فقط از نحوه برخوردی فرد مقابل خود را تحت تأثیر قرار بدهند، اما نباید فراموش کرد در هر سنی از زندگی خود هستیم حتی در میانسالی باید خود را برای هنر خود خوب و جذاب جلوه دهیم. بسیاری از خیانت‌هایی که در سنین بالا انجام می‌شود به همین دلیل می‌باشد که فرد موردنظر از لحاظ ظاهری از همسر خود راضی نبوده و همسر وی در واقع به خود نمی‌رسد. با توجه به نتایج نتیجه گرفته شد که بین کیفیت زندگی در زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیرفرهنگی و زنان خانه‌دار تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین از جدول توصیفی بالا می‌توان چنین نتیجه گرفت که گروه زنان شاغل فرهنگی نسبت به سایر گروه‌ها میانگین بیشتری را در متغیر کیفیت زندگی به خود اختصاص داده‌اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های سلطانی و همکاران (۱۳۹۲)، خانجانی و دیگران (۱۳۹۱)، پرنده و همکاران (۱۳۹۱)، زارع (۱۳۹۱)، سیمونز و همکاران، (۲۰۱۰) همسو و هماهنگ می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که در سالهای اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روان‌شناسی مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح کیفیت زندگی مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است. امروزه دیدگاه جدیدی در علوم وابسته به سلامت به‌طور اعم و در روانشناسی به‌طور اخص در حال شکل‌گیری و گسترش است. در این دیدگاه و رویکرد علمی تمرکز بر روی سلامتی و بهزیستی از جنبه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روانشناختی کیفیت زندگی است (شارکی^۱، ۲۰۰۸) کیفیت زندگی را فرایندی برای رسیدن به سلامتی و تندرستی معرفی کرده و از نظر او کیفیت زندگی رویکردی آگاهانه به منظور دستیابی به سلامت روحی، روانی و بدنی است. به عبارتی، ارزیابی مثبت یا منفی فرد از مشخصه‌ها

^۱- Sharkey

و خصوصیات زندگی وی با محیط، کیفیت زندگی او را نشان می‌دهد. به طور کلی، می‌توان گفت کیفیت زندگی فقط از نظر فرد مشخص می‌شود. اگرچه کیفیت زندگی را می‌توان به طور کلی با عبارت شادی یا رضایت تعریف کرد، اما این دریافت کلی به وسیله جنبه‌های مختلف زندگی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد. رضایت از زندگی، به وسیله درک هر فرد از شرایط کنونی‌اش، در مقایسه با انتظارات، آرزوها و شرایط دلخواه و ایده آل او تعیین می‌گردد. احساس کیفیت زندگی هم دارای مؤلفه‌های عاطفی و هم دارای مؤلفه‌های شناختی است. افراد با احساس و دارای کیفیت زندگی بالا، هیجانات مثبت را به صورت عمده تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس کیفیت زندگی پایین، حوادث و موقعیت زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند. با توجه به نتایج نتیجه گرفته شد که بین بهزیستی روانشناختی در زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیرفهرنگی و زنان خانه‌دار تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین از جدول توصیفی بالا می‌توان چنین نتیجه گرفت که گروه زنان شاغل فرهنگی نسبت به سایر گروه‌ها میانگین بیشتری را در متغیر بهزیستی روانشناختی به خود اختصاص داده‌اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های سلطانی و همکاران (۱۳۹۲)، خانجانی و دیگران (۱۳۹۱)، پرنده و همکاران (۱۳۹۱)، زارع (۱۳۹۱)، سیمونز و همکاران، (۲۰۱۰) همسو و هماهنگ می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که بهزیستی روانشناختی یک ارزشیابی ذهنی است و افراد خود، بهترین قضاوت کنندگان راجع به کیفیت زندگی خود هستند؛ اما گاهی شرایطی وجود دارد که این قضاوت را برای بیمار مشکل می‌سازد که در این موارد خاص، افراد مراقبت‌کننده قادر خواهد بود این ارزیابی را انجام دهد. بهزیستی روانشناختی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه یک ماهیت ایستا؛ به این معنی که یک فرآیند وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرون در آن دخیل هستند. بهزیستی روانشناختی یک مفهوم چند بعدی است و باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود که این ابعاد اجزای مرکزی چارچوب پنداشتی تحقیقات بهزیستی روانشناختی را تشکیل می‌دهند (احمدوند، ۱۳۸۷). برخورداری از بهزیستی روانشناختی پایین می‌تواند بر روی ارتباطات خانوادگی نیز اثر گذارد، کیف بهزیستی روانشناختی ضعیف می‌تواند موجب بکارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. بسیاری از محققین رابطه بین بهزیستی روانشناختی و صفات فردی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده‌اند، این عوامل شامل میزان شناخت از خود؛ تنش‌های متحمل شده؛ دست‌یابی به اهداف زندگی؛ روش‌های مقابله و میزان سازگاری می‌باشند. به لحاظ اهمیت و دامنه‌ی فراگیر بهزیستی روانشناختی، عوامل مؤثر بر آن همواره بررسی شده است. در این میان، نقش خانواده‌ها به ویژه زنان شاغل و نحوه‌ی ارتباطات اعضای آن با یکدیگر در شکل‌گیری بهزیستی روانشناختی بسیار اساسی به نظر می‌رسد، با توجه به نتایج نتیجه گرفته شد که بین تاب‌آوری در زنان شاغل فرهنگی، شاغل غیرفهرنگی و زنان خانه‌دار تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین از جدول توصیفی بالا می‌توان چنین نتیجه گرفت که گروه زنان شاغل فرهنگی نسبت به سایر گروه‌ها میانگین بیشتری را در متغیر تاب‌آوری به خود اختصاص داده‌اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های سلطانی و همکاران

(۱۳۹۲)، مؤمنی، کرمی و شهبازی راد (۱۳۹۱)، میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱)، جعفری و همکاران (۱۳۸۹)، کردمیرزا (۱۳۸۸)، آر. پارک و تریگر و همکاران (۲۰۱۳)، سود آ و پراساد ک و همکاران (۲۰۱۱)، میلانت و همکاران (۲۰۱۰)، میدل میس (۲۰۱۰)، مارک تی، براورمن (۲۰۰۹)، ارک و همکارانش (۲۰۰۸)، سارچیپاین (۲۰۰۷)، فرایبرگ و همکاران (۲۰۰۶)، ولف (۲۰۰۶) همسو و هماهنگ می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که تاب‌آوری یک فرآیند توانایی با پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است و صرفاً پایداری در برابر آسیب‌ها با شرایط تهدیدآمیز نیست. بلکه شرکت فعال و سازنده‌ی فرد در محیط است و می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد، در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک می‌باشد. فردی که در تاب‌آوری است چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده مطابق تغییرات محیط خود را وفق می‌دهد و بعد از برطرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود بازمی‌گردد. افرادی که در انتهای سطح پایین تاب‌آوری هستند به مقدار ناچیزی خودشان را با موقعیت‌های جدید وفق می‌دهند. این‌ها به کندی از موقعیت‌های فشارزا به حالت طبیعی بهبود می‌یابند. در واقع افراد دارای تاب‌آوری بالا نسبت به افراد فاقد تاب‌آوری رویدادهای منفی را به صورت انعطاف‌پذیرتر و واقع‌بینانه‌تر در نظر می‌گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می‌دانند و از شیوه‌های مقابله‌ای مفیدتر نیز سود می‌جویند.

اشخاص تاب آور رفتارهای ارتقای سلامتی مشارکت بیشتری دارند و از درگیری در فعالیتهای روزانه استقبال می‌کنند. از چالش‌ها لذت می‌برند و تغییر را به جای ثبات ترجیح می‌دهند. این اشخاص از راهبردهای مقابله‌ای مفیدتر بیشتر استفاده می‌کنند. افراد تحت درمان استرس زیادی را تجربه می‌کنند. از ویژگی‌های شخصیتی که در شرایط بروز تنش و آسیب بر فرد مؤثر است و به نظر می‌رسد نقش میانجی در درک شدت تنش و سازش با آن را ایفا می‌کند (پرتو، ۱۳۸۹).

قدرت سازگاری اشخاص در مقابل فشارها و مشکلات زندگی و اجتماع برابر نیست. در یک محیط مشابه اجتماعی بعضی از اشخاص توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های چالش‌انگیز را خیلی زود از دست می‌دهند و در دام انزوا، افسردگی، رفتارهای ضد یا غیراجتماعی و به ویژه وابستگی دارویی گرفتار می‌شوند. در حالی که عده‌ای دیگر به راحتی قادرند از پس این موقعیت‌ها برآیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف نمایند و یا آن را پشت سر بگذارند. این تفاوت در واکنش‌های مقابله‌ای و دفاعی افراد به تفاوت در ظرفیت روان‌شناختی آن‌ها نسبت داده می‌شود. ظرفیت روان‌شناختی یک فرد عبارت است از توانایی شخص در مواجهه با انتظارات و سختی‌های زندگی روزمره. هر قدر این ظرفیت روان‌شناختی بالاتر و بیشتر باشد به همان اندازه شخص قادر خواهد بود سلامت روانی - رفتاری خود را در سطح بهتری نگه دارد و به شیوه‌ای مثبت سازگارانه و کارآمد به حل و فصل مشکلات بپردازد. ظرفیت روان‌شناختی افراد در ارتقای بهداشت روان و هر سه جنبه جسمانی، روانی و اجتماعی از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. به ویژه زمانی که مشکلات شکل روانی - اجتماعی به خود بگیرد: یعنی زمانی که شخص در مواجهه با فشارهای روانی - اجتماعی و چالش‌های زندگی به الگوهایی از رفتار (غیر انطباقی) روی می‌آورد که حاصل آن فراهم کردن مشکلات برای خود شخص از یک طرف و جامعه از طرف دیگر می‌باشد.

منابع

- احمدوند، محمدعلی، (۱۳۸۷)، بهداشت روانی، انتشارات پیام نور
- افضلی گروه، صولت (۱۳۹۰). مقایسه و بررسی رابطه کیفیت زندگی و خشنودی شغلی بر روی ۵۰ نفر از معلمان مرد شهر قم و همسرانشان با کنترل سن و طول مدت ازدواج. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز
- امان الهی، عباس، اصلانی، خاد، تشکر، هاجر، غوابش، سعاد، نکوئی، سمیه. (۱۳۹۱). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی عاشقانه و عشق با رضایت زناشویی، فصلنامه مطالعات روانشناختی اجتماعی زنان، دوره ۱۰، شماره ۳، صفحات ۶۷-۸۵
- امینی، رضا (۱۳۸۹). بررسی تأثیر استرس شغلی بر رضایت شغلی و کیفیت زندگی در گروهی از در شرکت ملی نفت ایران - اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- باباپور، جلیل، نظری، محمدعلی، رشیدزاده، لیلا. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین جانباز شیمیایی، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، سال ششم، شماره ۲۴.
- پاک گهر، مینو (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره بر رضایت جنسی زنان نابارور. مجله حیات، دوره ۱۴، شماره ۱، ۳۰-۲۱.
- توکل، زینب؛ میرمولایی، سیده طاهره؛ مؤمنی موحد، زهره؛ منصوری، آسیه (۱۳۹۰). بررسی ارتباط عملکرد جنسی با رضایت جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب شهر تهران. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، دوره نوزدهم، شماره ۲.
- داداش زاده، شیوا (۱۳۸۸) بررسی رابطه سبک زندگی و میزان تاب‌آوری والدین دارای فرزند ۱۴ تا ۱۸ سال با و بدون اختلال سلوک شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.
- ربانی خوراسگانی، علی. کیانپور، مسعود (۱۳۸۶). مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی. مطالعه موردی شهر اصفهان، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، سال ۱۵، شماره ۵۸ و ۵۹.
- سامانی، سیامک و جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶) تاب‌آوری، سلامت روان و رضایتمندی از زندگی مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره ۳، ۲۹۵-۲۹۰.
- سلطانی، زهرا (۱۳۹۲). نقش شوخ‌طبعی و تجارب معنوی در تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه زنجان، پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی، منتشر نشده.
- کاوه، منیژه (۱۳۸۸)، تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن در مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف، پایان‌نامه دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

- مهرآبادی، احمد (۱۳۹۲). بررسی تأثیر خانواده‌درمانی استراتژیک بر رضایت زناشویی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- میکائیلی، نیلوفر؛ گنجی، مسعود؛ طالبی جویباری، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری و سلامت روان و رضایت زناشویی در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی در شهر اردبیل، مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، دوره‌ی ۲، شماره‌ی ۱۳۷(۱).
- مؤمنی، خدا مراد؛ کریمی، جهانگیر؛ شهبازی راد، افسانه (۱۳۹۱). رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با بهزیستی روانشناختی دانشجویان. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. سال ۱۶، شماره ۸.
 - Ahmadi, K. Nabipoor, S. M., Kimiaee, S.A., & Afzali. M. H. (2010). Effect of family problem Soving on marital Satisfaction. *Journal of Applied Science*, 1.(8): 682-687.
 - Cobb, R.J., Davila, J. & Bradbury, T.N. (2001). Attachment Security and marital Satisfaction: the role of positive perception and Social Support. *Personality and Social Psychology*, 27, 1131-1143.
 - Connor, K. M., Davidson, J. R. T. Lce, L. L. (2003). Spirituality , resilience,and anger in survivors of violent trauma;A community survey.*Journal of Traumatic Stress*,16(5),487-494
 - Divon, K.L. (1991). Psychological individualism and romantic love, *Journal of Social Begavior and Personality*, 6. 11-33.
 - Eckert, R. M. (2009).Intimacy, libido, depressive symptoms and marital satisfaction in postpartum couples.Doctoral Nursing Practice Dissertation, Drexel university.
 - Edalati, A., & Redzuann, M. (2010). Perception of Women towards Family values and Their Marital Satis Faction. *Journal of American Science*, 6(4): 132-137.
 - Fisher, H.E. (2006). The drive to love. In R, Stembery & k. weis (Eds.), *The new Psychology of love* (pp 87-115) New Haven: Yale university press.
 - Garmzy. (2001) resilience and rulner ability to adverse development outcome associate with poverty. *American Behavioral scientitic*, 34:412-43.
 - Hashmi H, khurshid M, Hassan I. (2011). Marital adjustment, stress and depression among working and non working married woman, *Journal of family psychology*. 25(8): 138-148.
 - Hendrick, S. S., & Hendrick, C. (1992). *Romantic love*, New bury park, CA: Sage.
 - Huber, C.H., Navarro, R. L., Womble, M. W., and Mumme, f.l. (2010). family Resilience and midlife Marital satisfaction. *The family journal: Counseling and Therapy for Coplex and falimilies*, 33 vol: 347-456 1-1.
 - Johson, w., and Krueger, R.F. (2006), How money buys happiness: Genetic and envir mental processes linking finances and life satisfaction. *Journal of personality and Social psychology*, 9. (4): 680-691.

- Kristiina, M., C. Philip Hwang ; Birgitta., W. (2012). Romantic attachment , parenthood and marital. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* . 24, 3 , 233-240 .
- Mark T, Braverman. (2009). Applying resilience theory to the prevention of adolescent substance abuse. The University of California, Davis, center for Youth development. , 10, 214-219.
- Markman, H., Stanley, S., & Blumberg, S. L. (2012). Fighting for your marriage. San Francisco, CA: Jossey- Bass, Inc.
- Mirgain, S.A., and Cordova, J.V. (2012). Emotion skills and marital health :The association between observed and self reported emotion skills ,intimacy and marital satisfaction. *Journal Of Social And Clinical Psychology* ,26(9):983_1009.
- Papalia, D.E. (2002). A child's world: infancy through adolescence. New York: MCG raw-Hill.
- Pines, M.A. (2005). Falling in love (why we choose the loves we choose). New York and hove: Rutledge.
- Sacco W. (2012). Attributional, perceptual and affective responses to depressed and nondepressed marital partners, *Journal of psychology*. 46 (14): 14- 24.
- Watson, D., Clark, L.A.R. tellegren A. (1988). Development and Validation of Brief measures of positive and negative affect: the panas Scales. *Journal of personality & Social psychology*, 54. 1063-1169.

Comparison of Marital Satisfaction, Quality of Life, Psychological Well-being and Psychological Resilience of Education Sector and Non-education Sector Employed Women and Unemployed Housewives in Bushehr City

Kobra Rahmani ¹, Bahman Tofghi ², Mohammad Reza Bahrrani ³

1. Department of General Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran
2. Department of Clinical Psychology, Bushehr Science Research Campus, Islamic Azad University, Bushehr, Iran
3. Department of Psychology, Payame Noor University, Iran

Abstract

The present study was carried out to compare marital satisfaction, quality of life, psychological well-being and psychological resilience of education sector and non-education sector employed women and housewives of Bushehr. The research method is a comparative-scientific, post-event type. In this research, the statistical society constituted of all education sector employed women, non-education sector employed women and housewives of Bushehr city which consisted 1900 education sector employed women, 7269 non-education sector employed women and 38504 housewives. The statistical sample is based on a cluster sampling method consisting of 60 education sector employed women and 60 non- education sector employed women as well as 60 housewives. The tools used were ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire, Conner & Davidson Resilience Scale, Quality of Life of the World Health Organization and psychological well-being. The results showed that housewives had more marital satisfaction than other groups. Education sector employed women had higher quality of life than other groups. Education sector employed women had more psychological well-being than other groups. Education sector employed women had higher resilience than other groups.

Keywords: Marital satisfaction, Quality of life, Psychological well-being, Psychological resilience