

پیش‌بینی سلامت روان زنان متأهل بر اساس مؤلفه‌های فردی و خانوادگی
Predicting the mental health of married women based on
individual and family components

تاریخ پذیرش مقاله ۱۳۹۹/۰۴/۰۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۱۲

M. Shafeai, N. Sohrabishegofti

Abstract

Aim: This study aimed to determine the predictive contribution of individual and family components to the mental health of married women. **Method:** The present study is a descriptive and correlational study and the statistical population of the study was all married women in Shiraz in 1398. From the statistical population, 400 married women were selected and studied by one-stage cluster sampling. To collect data from Goldberg (1982) General Health Questionnaire, Cooper-Smith Self-Esteem Questionnaire (1967), Scherer et al. (1981) Self-Efficacy (LSQ), Neo Personality Traits, Process and Content of Samani Family (2008), And communication patterns of Fitzpatrick and Ritchie (1994) family were used. After collecting and extracting data, participants' scores were analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis. **Results:** The results showed that there is a significant relationship between individual

مریم شفیع^۱، نادره سهرابی شگفتی^{۲*}

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین سهم پیش‌بینی‌کنندگی مؤلفه‌های فردی و خانوادگی بر سلامت روان زنان متأهل بود. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی و جامعه آماری پژوهش کلیه زنان متأهل شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین جامعه آماری ۴۰۰ نفر از زنان متأهل به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۸۲)، عزت‌نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷)، خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۱)، سبک‌های زندگی (LSQ)، ویژگی‌های شخصیتی نئو، فرآیند و محتوای خانواده سامانی (۱۳۸۷) و الگوهای ارتباطی خانواده فیتزپاتریک و ریچی (۱۹۹۴) استفاده شد. بعد از جمع‌آوری و استخراج داده‌ها، نمرات شرکت‌کنندگان با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های فردی و خانوادگی با سلامت

مقاله حاضر اقتباس از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران
۲. * نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

and family components with mental health in married women. The results also showed that the dimensions of individual components (self-esteem, self-efficacy, lifestyles) and dimensions of family components (family process and content, spouse personality, and family communication patterns) significantly have the power to predict mental health in married women. **Conclusion:** Self-esteem, self-efficacy, and lifestyles can predict mental health and by improving the process and content of the family and communication patterns in families, we can see an increase in mental health in family members.

Keywords: *Mental health, Individual components, Family components*

روان در زنان متأهل رابطه معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که ابعاد مؤلفه‌های فردی (عزت‌نفس، خودکارآمدی، سبک‌های زندگی) و ابعاد مؤلفه‌های خانوادگی (فرآیند و محتوای خانواده، شخصیت همسر و الگوهای ارتباطی خانواده) به صورت معناداری قدرت پیش‌بینی سلامت روان در زنان متأهل را دارند. نتیجه گیری: عزت‌نفس، خودکارآمدی و سبک‌های زندگی توان پیش‌بینی سلامت روانی را دارند و با ارتقاء فرآیند و محتوای خانواده و الگوهای ارتباطی در خانواده‌ها می‌توان شاهد افزایش سلامت روانی در اعضای خانواده بود. کلیدواژه‌ها: سلامت روان، مؤلفه‌های فردی، مؤلفه‌های خانوادگی

مقدمه

خانواده نخستین نهاد زندگی اجتماعی هر فردی است که در شکل‌گیری عادت‌ها و اندیشه‌های اجتماعی نقش بسیار مهمی دارد. وجود یک جامعه سالم، وابسته به تشکیل خانواده‌های پایدار، پویا و با نشاط است (سعادت، یوسفی و گل پرور، ۱۳۹۹). یکی از شرایط محیط ایمنی‌بخش، وجود یک خانواده مستحکم، گرم، صمیمی و دارای احترام متقابل است به گونه‌ای که راحتی و آسایش همسران و اعضای خانواده را در پی داشته باشد؛ از طرفی دیگر، استواری و استحکام خانواده به ازدواج^۱ و رابطه زناشویی^۲ پایدار و بنیادین بستگی دارد؛ یعنی، هرگونه تزلزل و سستی در سلامت زندگی زناشویی و کیفیت روابط جنسی و یا وجود یک ازدواج ناموفق علاوه بر آن که آرامش روانی زوجها را مختل می‌کند، بقاء و دوام خانواده را نیز در معرض تهدید قرار می‌دهد (شمس و حائری، ۱۳۹۸).

یکی از عواملی که احتمالاً می‌تواند در یک خانواده مستحکم و پایدار نقش مؤثری داشته باشد، سلامت روان است. مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خوداتکاء به خود، ظرفیت رقابت و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و غیره است

1. marriage

2. marriage relation

(خاقانی و نادى، ۲۰۱۰). سلامت روان یک احساس خوب و خوش بودن از طریق شناخت صحیح نسبت به مسائل، شکل می‌گیرد (ولز، ۲۰۰۸). علاوه بر عوامل عمده‌ای همچون عوامل اقتصادی، اجتماعی و شخصیتی عوامل دیگری همچون صمیمیت زوجین، وجود مرزهای زناشویی، الگوهای تعاملی خانواده و سبک‌های دلبستگی زوجین نیز بر کیفیت روابط و تعهد زناشویی تأثیر می‌گذارند (خدامرادی و اسماعیلی، ۱۳۹۸). در این میان می‌توان از سبک زندگی^۲ به عنوان عامل مهمی یاد کرد که تعهد زناشویی زنان متأهل را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد در همه فرهنگ‌ها واجد مجموعه‌ای از عواطف و احساسات هستند و اگرچه این عواطف و احساسات خاص انسان‌ها است، اما انسان‌ها به عنوان موجودات فرهنگی محصور در الگوی فرهنگی خویش، در نحوه بروز این خصوصیت مشترک به شیوه خاص خود عمل می‌کنند که سبک زندگی آن‌ها نامیده می‌شود. سبک زندگی الگوی زندگی یک فرد است که در فعالیت‌ها، دلبستگی‌ها و افکار شخصی بروز می‌کند؛ در واقع سبک زندگی چیزی بیش از شخصیت یا طبقه اجتماعی شخص است به طور کلی سبک زندگی شامل الگوی کامل کنش و واکنش فرد در جهان است (مقدم و نامور، ۱۳۹۹).

یکی از عوامل مؤثر در کیفیت روابط زناشویی عزت‌نفس فردی و خانوادگی است؛ عزت‌نفس شامل رشد احساسات خود ارزشی توسط احساس جذابیت و صلاحیت است (اورسان و جاست، ۲۰۰۷) و دارای دو بخش احساس خودکارآمدی و خود ارزشمندی است. خودکارآمدی شامل احساس شایستگی و مؤثر بودن فرد در مواجهه با محیط فیزیکی و اجتماعی است و خودارزشمندی به معنای احساس و ارزیابی است که فرد از خود دارد (کرنیس، ۲۰۰۶)؛ در بررسی پیشینه تحقیقاتی مطالعات زیادی به بررسی رابطه عزت‌نفس و شاخص‌های بهزیستی انسان هم چون سلامت روانی و شادکامی پرداخته‌اند؛ از جمله نتایج پژوهش لیمبروسکی، تاچ و دیماتو^۵ (۲۰۰۶) نشانگر آن است که تجارب شادی افراد بستگی به احساسات آن‌ها در مورد خودشان دارد. احساس فرد نسبت به ارزشمندی و تأیید خودش در جنبه‌های خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ فردی که از محبت والدین و سایر اعضای خانواده (برادران و خواهران) برخوردار باشد و آنان برای او ارزش قائل باشند، از خود برداشتی مثبت در رابطه با خانواده خواهد داشت.

از جمله مؤلفه‌هایی که می‌تواند نقش مهمی در کسب موفقیت و سازش یافتگی در مواجهه با مسائل مختلف ایفا کند، باورهای خودکارآمدی فرد هستند؛ خودکارآمدی، به عنوان باورهای فرد در مورد

1. Wells
2. life style
3. Ourerson & Jost
4. Kernis
5. Lymbmirsky, Tkch & Dimatteo

توانایی‌هایش در سازمان‌دهی و انجام برخی از اعمال برای رسیدن به اهداف مطلوب در شرایط و حوزه‌های خاص، تعریف شده است (بندورا، ۱۹۹۷؛ نقل از مهدوی‌نیا، نوحی و جان‌بزرگی، ۱۴۰۰). خودکارآمدی به احساس عزت‌نفس و ارزش خود، احساس کفایت و کارایی در برخورد با زندگی اطلاق می‌شود؛ همچنین بندورا خودکارآمدی را به عنوان یک میانجی مهم در راه اندازی کسب و نگهداری ابراز یک توانایی توصیف کرده است (بندورا، ۲۰۰۷، به نقل از آبوت، ۲۰۱۰). افراد دارای خودکارآمدی بالا معمولاً در چهار حوزه عملکرد یعنی انتخاب اهداف، تلاش و پشتکار، میزان بازبینی یادگیری و عملکرد، واکنش در مقابل شکست و ناکامی عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهند (پاجارس، ۲۰۰۶).

رشد و نمو خودکارآمدی فرآیندی است که به وسیله محیط شکل می‌گیرد؛ پژوهشگران باور دارند که خانواده، همسالان و مدرسه به عنوان محیط‌های مؤثر در شکل‌گیری باورهای خودکارآمدی دارای نقش زیادی هستند (کیم و مایر، ۲۰۱۰؛ شانک و میسی، ۲۰۱۶). اولین محیط طبیعی که بر خودکارآمدی تأثیر می‌گذارد، خانواده است؛ زیرا خانواده نخستین واحد اجتماعی است که نیازهای کودکان در آن تأمین می‌شود. خانواده با پرورش کودک به شیوه‌های مختلف نقش معناداری را در به دست آوردن مهارت‌ها در رویارویی با چالش‌های زندگی ایفا می‌کند (میشرا و شتوال، ۲۰۱۴). کیم و مایر (۲۰۱۰) معتقدند که اگرچه ممکن است از تأثیرات والدین در طول دوره نوجوانی کاسته شود، اما والدین هنوز مهم‌ترین منبع به شمار می‌آیند. در همین راستا کارکرد خانواده جنبه مهم محیط خانواده است که سلامت بدنی، اجتماعی و هیجانی افراد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع کارکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد (کرمی، زکی‌بی و علیخانی، ۱۳۹۱). سلامت روانی پدر و مادر و شیوه فرزند پروری آنان در راستای پرورش و شکل‌دهی شخصیت فرزندان نقش تعیین‌کننده و بنیادی دارد. انتظار می‌رود که پدر و مادر سالم کودکان سالم‌تری را پرورش دهند به شرطی که شیوه تربیتی سالم و مثبتی را در پیش بگیرند (امیری‌نژاد، قریشی‌راد و جوانمرد، ۱۳۹۰)؛ و به طور کلی همواره خانواده همچون جالب‌ترین و مهم‌ترین سامانه انسانی مورد توجه بوده است. در میان مدل‌های متنوعی که به سیستم خانواده پرداخته‌اند، مدل محتوا و فرایند خانواده به سه بعد خانواده توجه می‌کند؛ مطابق این مدل می‌توان خانواده‌ها را بر پایه دو مؤلفه فرایندهای خانواده و

1. Bandura
2. Abbott
3. Pajares
4. Kim & Mayer
5. Schunk & Meece
6. Mishra & Shanwal

محتوای خانواده به چهار گونه خانواده دسته‌بندی نمود. گونه‌های ناهمسان خانواده در این مدل عبارت‌اند از: خانواده سالم (کارآمد)، خانواده غیرسالم (ناکارآمد) و دو نوع خانواده مشکل‌دار (مشکل‌دار فرایند و مشکل‌دار محتوایی) (مهدوی‌نیا و همکاران، ۱۴۰۰). منظور از فرایندهای خانواده در مدل فرایند و محتوا، کنش‌هایی است که به اعضای خانواده در انطباق با نیازها و شرایط نوین یاری می‌کنند. از جمله این کنش‌ها، مهارت مقابله، انعطاف‌پذیری، مهارت حل مسئله، تصمیم‌گیری، مهارت ارتباطی و جهت‌گیری مذهبی است. منظور از محتوای خانواده نیز داشت‌ها و پتانسیل‌های خانواده اعم از درآمد، تحصیلات، شغل و سلامت جسمی و روانی است (سامانی بهبهانی، ۱۳۹۰). در همین راستا و به منظور تصریح نیمرخ روان‌شناختی گونه‌های خانواده، تحقیقات متعددی صورت گرفته است؛ در پژوهش سامانی (۲۰۱۰) در مطالعاتی که انجام داد، بیان کرد در خانواده‌های سالم و مشکل‌دار محتوایی نمره بالا برای مقابله، کارکرد، انگیزش خارجی و انسجام اجتماعی وجود دارد. همچنین نمره بالایی برای جهت‌گیری گفت و شنود در خانواده سالم نسبت به خانواده‌های غیرسالم و مشکل‌دار فرایندی مشاهده شد؛ همچنین ترابی (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود نشان داد که در خانواده‌های سالم میزان بالاتری شادکامی و تمام ابعاد آن (سلامتی و کارآمدی، رضایت از زندگی، خلق مثبت) وجود دارد. مطالعات نشان می‌دهد بین ویژگی‌های شخصیتی با پیامدهای فردی، خانوادگی و ازدواج همبستگی معنی‌داری وجود دارد؛ شخصیت زوجین به صورت مستقیم و به عنوان عاملی تأثیرگذار بر فرآیند ارتباطی و تعاملات زناشویی آن‌ها اثر دارد و شخصیت هر فرد انواع معین و متفاوتی از واکنش‌ها را از طرف متقابل فرامی‌خواند و بالطبع رفتارهای زناشویی افراد و میزان سازگاری آن‌ها را متأثر می‌سازد. مطالعات انجام شده بیانگر این است که ویژگی‌های شخصیتی با تمام عملکردها و ارتباط‌های انسان ارتباط دارد و علاوه بر نظام ارزش‌ها، شخصیت، برداشت‌ها، ایده‌ها و رفتارهای بین افراد نیز تحت تأثیر فرآیند یادگیری و محیط پیرامون و آموزه‌های آن‌ها قرار می‌گیرد. تفاوت‌های شخصیتی افراد عاملی تأثیرگذار بر ویژگی‌هایی نظیر ریسک‌پذیری، توفیق طلبی، خلاقیت و عزم و اراده در آن‌ها است (عبدالله‌زاده، ۱۳۸۸).

تحقیقات در زمینه الگوهای ارتباطی نشان داده است که یکی از مهم‌ترین عوامل مشکل‌ساز بین زن و شوهر، اختلال در ارتباط است. مشکلات ارتباطی، رایج‌ترین مشکل زوجین است و بیش از ۹۰٪ زوج‌های آشفته، این مشکلات را به عنوان مشکل اصلی در روابط خود بیان می‌کنند. (اسلامی، فرحبخش و سلیمی بجزستانی، ۱۳۹۹). الگوهای ارتباطی معیوب، درک صحیح زوجین را از یکدیگر کاهش داده، باعث می‌شود همسران نتوانند از یکدیگر حمایت کنند و برای ارضای نیازهای یکدیگر تلاش کنند و در مورد مسائل تعارض برانگیز، دیدگاه یکدیگر را درک کنند و سرانجام باعث می‌شوند که مشکلات زناشویی و ناسازگاری ایجاد شود؛ در مقابل الگوهای ارتباطی سالم و سازنده یکی از

مهم‌ترین عوامل سازگاری زناشویی به شمار می‌آید (گاتمن و گاتمن، ۲۰۱۵)؛ بنابراین با توجه به مطالب گفته شده سؤال پژوهش حاضر این چنین خواهد بود که «آیا مؤلفه‌های فردی (خودکارآمدی، عزت‌نفس و سبک زندگی فردی) و مؤلفه‌های خانوادگی (گونه‌های خانواده، شخصیت همسر و الگوهای ارتباطی) قادر به پیش‌بینی سلامت روان زنان متأهل هستند.»؟

روش پژوهش

روش این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است و جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان متأهل شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه‌گیری در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای صورت گرفت. بدین منظور از بین مناطق چهارگانه شهر شیراز به تصادف دو ناحیه انتخاب و در هر ناحیه ۴ مدرسه دخترانه و ۴ مدرسه پسرانه انتخاب و از هر مدرسه شش کلاس انتخاب شد که در نهایت ۴۰۰ نفر از مادران آن دانش‌آموزان به پرسشنامه‌های سلامت روان، مؤلفه‌های فردی و مؤلفه‌های خانوادگی پاسخ دادند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی توسط گلدبرگ (۱۹۷۹) ساخته شده که از چهار خرده‌مقیاس سلامت جسمانی سؤالات ۱ تا ۷؛ خرده‌مقیاس اختلالات اضطرابی و خواب سؤالات ۸ تا ۱۴؛ خرده‌مقیاس علائم افسردگی سؤالات ۱۵ تا ۲۱ و خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی سؤالات ۲۲ تا ۲۸ را می‌سنجد. نمره دهی بر اساس طیف لیکرت چهار گزینه‌ای به ترتیب از ۱ تا ۴ برای گزینه‌های الف تا د است. ویلیامز و گلدبرگ ۱۹۸۹ حساسیت پرسشنامه را برابر با ۰/۸۴ (بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۹) و متوسط ویژگی آن برابر ۰/۸۲ (بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵) گزارش کردند (رحیمیان بوگر و اصغر نژاد فرید، ۱۳۸۷). ضریب اعتبار نسخه فارسی این پرسشنامه با روش باز آزمایی با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی گروه ۸۰ نفره به میزان ۰/۹۱ برآورد شده که در سطح خطای یک هزارم معنادار است (کردلو، ۱۳۹۶). میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای خرده‌مقیاس‌های علائم جسمی ۰/۸۵، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۷۸، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی و خیم ۰/۹۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۵ گزارش شد (کردلو، ۱۳۹۶). ضریب آلفای کرونباخ پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۱ و برای مقیاس‌های علائم جسمانی ۰/۸۹، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۸۹، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۸۳ و افسردگی ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت^۱: کوپر اسمیت در سال ۱۹۶۷ سیاهه حرمت خود را تهیه و تدوین نمود؛ این سیاهه از چهار خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس عمومی (کلی) با سؤال‌های ۱، ۲، ۸، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۱، ۲۴، ۲۹، ۳۱، ۳۶، ۴۳، ۵۰، ۵۲ و ۵۷؛ خرده مقیاس اجتماعی (همسالان) با سؤال‌های ۳، ۴، ۱۱، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۳۲، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۴، ۴۸، ۵۲، ۵۷؛ خرده مقیاس خانوادگی (والدین) با سؤال‌های ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳، ۲۶، ۴۰، ۴۷، ۵۴ و خرده مقیاس آموزشی (تحصیلی) با سؤال‌های ۷، ۱۴، ۲۸، ۳۵، ۴۲، ۴۹ و ۵۶ سنجیده می‌شود. سیاهه حرمت خود شامل ۵۸ ماده است که احساس‌ها، عقاید یا واکنش‌های فرد را توصیف می‌کند و آزمودنی باید به این مواد با علامت‌گذاری در خانه «بلی» یا «خیر» پاسخ دهد. حداکثر نمره در مقیاس عمومی مساوی ۲۶ و در هر یک از سه مقیاس دیگر مساوی ۸ است. حداکثر نمره کل حرمت خود مساوی ۵۰ است؛ ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه هنگامی که نمره‌های خرده مقیاس دروغ‌سنجی را در برمی‌گیرد برابر ۰/۸۵ است. در پژوهش میرزاجانی (۱۳۹۳) ضریب همبستگی سیاهه حرمت خود کوپر اسمیت برابر ۰/۸۳ گزارش شد. در تحقیق فقیهی و کجباف (۱۳۹۵) برای تعیین پایایی سیاهه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که برای نمره کل سیاهه به ترتیب برابر با ۰/۶۳ و ۰/۷۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ نمره کل برابر ۰/۹۳ و نمرات آلفای کرونباخ در خرده مقیاس‌های عمومی، اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۹۰ و ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه سبک زندگی^۲: این پرسشنامه دارای ۷۰ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف سبک‌های زندگی (سلامت جسمانی ۱ تا ۸)، ورزش و تندرستی (۹-۱۵)، (کنترل وزن و تغذیه، ۱۶-۲۲)، (پیشگیری از بیماری‌ها ۲۳-۲۹)، (سلامت روان‌شناختی، ۳۰-۳۶)، (سلامت معنوی ۳۷-۴۲)، (سلامت اجتماعی ۴۳-۴۹)، (اجتناب از داروها و مواد مخدر ۵۰-۵۵)، (پیشگیری از حوادث ۵۶-۶۳) و (سلامت محیطی ۶۴-۷۰) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده است. طیف پاسخگویی این پرسشنامه از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه به این شکل است (هرگز = ۰ نمره، گاهی اوقات = ۱ نمره، معمولاً = ۲ نمره، همیشه = ۳ نمره). امتیازات خود را از ۷۰ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۲۱۰ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۷۰: سبک زندگی سالم ضعیف است. نمره بین ۷۰ تا ۱۰۵: سبک زندگی سالم متوسط است. نمره بالاتر از ۱۰۵: سبک زندگی سالم قوی است (علی، عابدی و کجباف، ۱۳۹۱).

1. Beck Depression Inventory

2 - Michel Gauquelin

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: به منظور سنجش باورهای خودکارآمدی مادران، از پرسشنامه باورهای خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۱) استفاده شد. این مقیاس که برای خودکارآمدی عمومی در نظر گرفته شده، دارای ۱۷ ماده است. نمرات بالاتر بیانگر خودکارآمدی قوی‌تر و نمرات پایین‌تر بیانگر خودکارآمدی ضعیف‌تری است. این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند؛ بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. این مقیاس توسط براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتباریابی شده است. بختیاری براتی (۱۳۷۶) برای سنجش روایی سازه‌ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات به دست آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران^۱ و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ^۲) همبسته کرد که همبستگی پیش‌بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه‌های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱) و در سطح ۰/۰۵ (معنادار) و در جهت تأیید سازه مورد نظر بود (به نقل از کرامتی و شهرآرای، ۱۳۸۳). همچنین ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن^۳ برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است. نجفی (۱۳۸۰) نیز ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها را به صورت تصادفی جدا کرد و آزمون خودکارآمدی را برای آن‌ها اجرا نمود و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ به دست آمد و از طریق روش اسپیرمن- براون نیز ۸۳٪ به دست آمد.

پرسشنامه خودگزارش فرایندهای خانواده: مقیاس خود گزارشی فرایند خانواده توسط سامانی (۱۳۸۶، ۲۰۰۸) تهیه و طراحی شده است. این مقیاس شامل ۴۳ سؤال مدرج پنج نمره‌ای (لیکرت) از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) است. پنج خرده مقیاس این پرسشنامه عبارت‌اند از- تصمیم‌گیری و حل مسئله (ماده‌های ۲۷-۳۷)، مهارت مقابله (ماده‌های ۱۶-۲۶)، انسجام و احترام متقابل (ماده‌های ۹-۱۵)، مهارت‌های ارتباطی (ماده‌های ۱ و ۳ و ۵-۸)، باورهای مذهبی (ماده‌های ۳۸-۴۳). نمره‌گذاری پرسشنامه فرایندهای خانواده بر اساس پنج نمره‌ای (لیکرت) از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) است. ماده‌های ۱-۵-۷-۲۰-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۳۷ و ۴۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب پایایی به شیوه آزمون و بازآزمایی با فاصله زمانی دو

1. Marlowe & Krun

2. Rosenberg

3. Guttman

هفته و ضریب آلفا برای این آزمون به ترتیب ۰/۰۸ و ۰/۸۵ گزارش شده است؛ روایی سازه این مقیاس توسط سامانی (۱۳۸۷) به شیوه تحلیل عامل مورد بررسی قرار گرفته است.

پرسشنامه خودگزارشی محتوای خانواده: مقیاس خود گزارشی محتوای خانواده توسط سامانی (۲۰۰۸) و مبتنی بر مدل فرانید و محتوای خانواده تهیه و طراحی شده است. این مقیاس شامل ۳۸ سؤال مدرج پنج نمره‌ای از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) است. این پرسشنامه دارای زیرمقیاس‌های شغل و تحصیلات (ماده‌های ۲۸ و ۲۰-۲۴)، زمان برای با هم بودن (ماده‌های ۶-۱۲)، منابع مالی (ماده‌های ۱-۵)، ظاهر بدنی و منزلت اجتماعی (ماده‌های ۱۳-۱۹)، سلامت جسمانی و روانی (ماده‌های ۳۴-۳۸)، فضای زندگی (ماده‌های ۳۱-۳۳)، تسهیلات تحصیلی (۲۵-۲۷) است. نمره‌گذاری پرسشنامه محتوای خانواده بر اساس پنج نمره‌ای (لیکرت) از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) است. ماده‌های ۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۸-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۲-۳۳-۳۷ و ۳۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب پایایی به شیوه آزمون و بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته و ضریب آلفا برای این آزمون به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۹ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس توسط سامانی و صادق زاده (۲۰۱۰) مورد ارزیابی قرار گرفته است.

پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو: پرسشنامه شخصیتی NEOPI-R جانشین آزمون NEO است که در سال ۱۹۸۵ توسط مک کری و کاستا تهیه شده بود؛ این پرسشنامه ۵ عامل اصلی شخصیت و ۶ خصوصیت در هر عامل یا به عبارتی ۳۰ خصوصیت را اندازه می‌گیرد و بر این اساس ارزیابی جامعی از شخصیت را ارائه می‌دهد؛ این پرسشنامه دارای دو فرم یکی (S) برای گزارش‌های شخصی است و شامل ۶۰ سؤال پنج‌درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است که توسط خود آزمودنی درجه‌بندی می‌شود و متناسب مردان و زنان در تمام سنین و برای ارزیابی ۵ عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود (گروسی فرشی، ۱۳۸۰). پاسخنامه این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرتی (کاملاً مخالفم، مخالفم، بی تفاوت، موافقم و کاملاً موافقم) تنظیم شده است. نمره‌گذاری فرم کوتاه این پرسشنامه یعنی NEO-FFI در تمام مواد یکسان نیست. به این معنی که در نمره‌گذاری برخی از مواد فرم کوتاه پرسشنامه، به کاملاً مخالفم نمره ۴، مخالفم نمره ۳، بی تفاوت نمره ۲، موافقم نمره ۱ و کاملاً موافقم نمره ۰ تعلق می‌گیرد. در حالی که برخی دیگر از مواد این فرم کوتاه به صورت عکس حالت گفته شده نمره‌گذاری می‌شوند؛ در حال حاضر آزمون ۵ عاملی NEO کاربردی جهانی دارد و به منظور تحقیق به زبان‌های چکوسلواکی، عربی، هلندی، فرانسوی، آلمانی، ژاپنی، نروژی، لهستانی و سوئدی ترجمه شده است. پرسشنامه شخصیتی NEO-FFI توسط مک کری و کاستا روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان آمریکایی به فاصله سه ماه اجرا گردید که ضرایب اعتبار آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ به

دست آمده است. اعتبار درازمدت این پرسشنامه نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است. یک مطالعه طولانی ۶ ساله روی مقیاس‌های روان آزدگی خویی، برون‌گرایی و باز بودن نسبت به تجربه، ضریب‌های اعتبار ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ را در گزارش‌های شخصی و نیز در گزارش‌های زوجها نشان داده است. ضریب اعتبار دو عامل سازگاری و باوجدانی به فاصله دو سال به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۳ بوده است (مک کری و کاستا، ۱۹۸۳ به نقل از گروسی فرشی، ۱۳۸۰)

در هنجاریابی آزمون NEO که توسط گروسی فرشی (۱۳۸۰) روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از بین دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی این دو شهر صورت گرفت ضریب همبستگی ۵ بعد اصلی را بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ در هر یک از عوامل اصلی روان آزدگی خویی، برون‌گرایی، باز بودن، سازگاری و باوجدانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد. جهت بررسی اعتبار محتوایی این آزمون از همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی (S) و فرم ارزیابی مشاهده‌گر (R)، استفاده شد، که حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ در عامل برون‌گرایی و حداقل آن به میزان ۰/۴۵ در عامل سازگاری بود. (گروسی فرشی، ۱۳۸۰). در پژوهش آتش روز (۱۳۸۶) با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ۵ صفت: روان آزدگی خویی، برون‌گرایی، گشودگی، سازگاری و وجدانی بودن به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۵۵، ۰/۲۷، ۰/۳۸ و ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه الگوهای ارتباطی: این ابزار یک مقیاس خودسنجی است که توسط فیتزپاتریک و ریچی (۱۹۹۴) طراحی شده و بدین وسیله درجه موافقت یا عدم موافقت پاسخ دهنده را در دامنه‌ای پنج‌درجه‌ای (۵= کاملاً موافقم، ۱= کاملاً مخالفم) درباره ۲۶ گویه که در زمینه ارتباطات خانوادگی او هستند، خواهد سنجید. این ابزار ابعاد گفت و شنود و همنوایی را می‌سنجد، بدین صورت که ۱۱ گویه اول مربوط به بعد همنوایی و ۱۵ گویه بعد مربوط به بعد گفت و شنود است. نمره‌گذاری در این پرسشنامه به این صورت است که نمره ۴ معادل «کاملاً موافقم و نمره ۰ کاملاً مخالفم است». برای به دست آوردن نمره کل باید نمرات هر دو مقیاس با هم جمع شوند. کوثرنر و فیتزپاتریک (۲۰۰۲) روایی محتوایی، ملاکی و سازه و پایایی (آلفای کرونباخ و بازآزمایی) این مقیاس را مطلوب گزارش کرده‌اند. در ایران نیز کوروش نیا (۱۳۸۵) پایایی این ابزار را به روش ضریب آلفای کرونباخ برای بعد گفت و شنود ۰/۸۷ و برای بعد همنوایی ۰/۸۱ به دست آورده است. در تحقیق رحیمی و خیر (۱۳۸۶) جهت تعیین روایی این پرسشنامه از ضریب همبستگی هر گویه با نمره بعد مربوط به خود استفاده گردید. تمام ضرایب معنادار بودند. جهت تعیین پایایی نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب ۰/۸۸ جهت بعد گفت و شنود و ۰/۸۵ جهت بعد همنوایی به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن مادران شرکت‌کننده در پژوهش ۳۸/۷۸ (۴/۵۴) بود. ۶۸ نفر (۱۷ درصد) از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۸۹ نفر (۲۲ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۱۰۸ نفر (۲۷ درصد) دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، ۹۱ نفر (۲۳ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و ۴۴ نفر (۱۱ درصد) دارای تحصیلات فوق‌لیسانس بودند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی، برای متغیرهای ویژگی‌های فردی و خانوادگی (n=۴۰۰)

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کشیدگی	چولگی	ضریب تحمل	تورم واریانس	دوربین واتسون
خودکارآمدی	۳۰/۲۷	۵/۵۲	-۰/۵۴	-۰/۰۱	-۰/۸۲	۱/۲۱	۱/۶۸
عزت‌نفس	۳۷/۰۵	۷/۱۹	۱/۰۲	-۰/۰۹	-۰/۹۱	۱/۰۹	۱/۷۷
سبک زندگی	۱۱۴/۲۲	۸/۲۲	۰/۸۹	-۰/۲۱	-۰/۸۹	۱/۱۱	۱/۷۹
فرایند خانواده	۵۷/۳۴	۶/۴۶	-۰/۱۱	-۰/۲۵	-۰/۹۲	۱/۰۸	۱/۸۳
محتوای خانواده	۴۰/۷۷	۴/۵۷	۰/۴۵	-۰/۲۸	-	-	-
الگوهای ارتباطی خانواده	۳۹/۰۶	۳/۶۲	-	-	-	-	-
ویژگی شخصیتی برونگرایی	۱۶/۲۳	۲/۳۱	-	-	-	-	-
ویژگی شخصیتی روان رنجوری	۱۶/۲۹	۳/۳۲	-	-	-	-	-
ویژگی‌های شخصیتی وظیفه‌شناسی	۲۰/۶۷	۲/۱۵	-	-	-	-	-
ویژگی شخصیتی سازگاری	۲۲/۰۷	۲/۶۲	-	-	-	-	-
ویژگی شخصیتی باز بودن نسبت به تجربه	۱۳/۷۲	۲/۳۶	-	-	-	-	-
سلامت روانی	۱۵/۳۵	۲/۰۷	-	-	-	-	-

جدول ۱ نشان می‌دهد که چولگی و کشیدگی بین ± 2 قرار دارند؛ بنابراین توزیع داده‌های متغیرهای پژوهش طبیعی است. مقدار دوربین واتسون در فاصله مجاز ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد؛ بنابراین مفروضه

عدم وجود همبستگی بین خطاها تأیید می‌شود و می‌توان از رگرسیون استفاده کرد. مقادیر ضریب تحمل و تورم واریانس نیز نشان داد از نبود همپوشی بین متغیرهای پیش‌بین دارد. برای بررسی این فرضیه که به چه میزان مؤلفه‌های فردی و خانوادگی با سلامت روانی رابطه معنادار دارد و به چه میزان می‌تواند نقش مؤثری در پیش‌بینی سلامت روانی ایفا کند از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید. بدین ترتیب پس از تأیید پیش‌فرض‌های رگرسیون، از این روش برای پاسخ به این فرضیه استفاده گردید.

جدول ۲. ضریب همبستگی پیرسون بین مؤلفه‌های فردی و خانوادگی با سلامت روانی

سلامت روانی		متغیر
ضریب همبستگی	سطح معناداری	
-.۰/۱۶۴**	۰/۰۰۳	خودکارآمدی
-.۰/۱۸۷**	۰/۰۰۲	عزت‌نفس
-.۰/۱۶۹**	۰/۰۰۶	سبک زندگی
-.۰/۱۹۳**	۰/۰۰۱	فرایند خانواده
-.۰/۱۵۱**	۰/۰۰۹	محتوای خانواده
-.۰/۱۴۸**	۰/۰۰۴	الگوهای ارتباطی خانواده
-.۰/۱۴۱**	۰/۰۰۶	ویژگی شخصیتی برون‌گرایی
۰/۳۱۰**	۰/۰۰۱	ویژگی شخصیتی روان رنجوری
-.۰/۲۱۳**	۰/۰۰۱	ویژگی‌های شخصیتی وظیفه‌شناسی
-.۰/۱۳۸*	۰/۰۱۳	ویژگی شخصیتی سازگاری
-.۰/۲۱۵**	۰/۰۰۱	ویژگی شخصیتی باز بودن نسبت به تجربه

*p<0/05 ** p<0/01

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین مؤلفه‌های فردی (خودکارآمدی، عزت‌نفس و سبک زندگی) با سلامت روانی رابطه معکوس دارد چرا که هر چقدر نمره سلامت روان کمتر باشد نشان دهنده وضعیت سلامت روانی بهتر و برعکس هر چقدر نمره بیشتر باشد نشان دهنده وخامت وضع سلامت روانی است بنابراین بین خودکارآمدی، عزت‌نفس و سبک زندگی با سلامت روانی رابطه منفی و معکوس برقرار است. همچنین بین مؤلفه‌های خانوادگی یعنی فرایند خانواده، محتوای خانواده، الگوهای ارتباطی و ویژگی‌های شخصیتی برونگرایی، وظیفه‌شناسی، سازگاری و باز بودن نسبت به تجربه با سلامت روانی رابطه معکوس و با روان رنجوری رابطه مثبت معناداری دارد. با توجه به معنادار بودن ضریب همبستگی به دست آمد بین مؤلفه‌های فردی و خانوادگی با سلامت روانی در ادامه به بررسی میزان پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس مؤلفه‌های فردی و خانوادگی از رگرسیون استفاده می‌شود.

جدول ۳. نتایج رگرسیون پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس مؤلفه‌های فردی و خانوادگی

Sig	T	Beta	F	R ²	R	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۱	۵/۸۴	-					مقدار ثابت
۰/۴۸	۰/۷۰	-۰/۰۴					خودکارآمدی
۰/۰۱۳	۲/۵۰	-۰/۱۴					عزت‌نفس
۰/۰۴۸	۱/۲۴	-۰/۰۷					سبک زندگی
۰/۲۱	۰/۲۳	-۰/۰۴					فرایند خانواده
۰/۵۲	۰/۶۴	-۰/۱۸					محتوای خانواده
۰/۰۰۳	۳/۰۰	-۰/۳۶	۸/۱۹۶	۰/۱۸۹	۰/۴۳۴	سلامت روانی	الگوهای ارتباطی خانواده
۰/۰۳۱	۱/۶۳	-۰/۱۰					ویژگی شخصیتی برونگرایی
۰/۰۳۳	۱/۶۱	۰/۱۰					ویژگی شخصیتی روان رنجوری
۰/۰۲۲	۱/۹۴	-۰/۲۱					ویژگی‌های شخصیتی وظیفه‌شناسی
۰/۴۵	۰/۲۳	۰/۰۱					ویژگی شخصیتی سازگاری
۰/۰۱۹	۲/۰۵	۰/۱۶					ویژگی شخصیتی باز بودن نسبت به تجربه

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مقدار sig کمتر از $0/01$ شده است و نشان از معنی‌دار بودن مدل رگرسیون است، یعنی حداقل یکی از متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک تأثیر معنادار دارد. شاخص R^2 (ضریب تعیین چندگانه): این شاخص مشخص می‌کند که چند درصد از تغییرات متغیر ملاک توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شوند به عبارت دیگر متغیرهای پیش‌بین چند درصد توانایی برازش متغیر وابسته را دارند. در این پژوهش مقدار مؤلفه‌های فردی و خانوادگی R^2 برابر $0/189$ شده است به این معنا که مؤلفه‌های فردی (خودکارآمدی، عزت‌نفس و سبک زندگی) و مؤلفه‌های خانوادگی (الگوهای ارتباطی، محتوای خانواده، فرایند خانواده و ویژگی‌های شخصیتی) 18 درصد توانایی پیش‌بینی سلامت روانی را دارند. همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد مؤلفه‌های فردی و خانوادگی توانستند سلامت روانی را پیش‌بینی کنند. این پیش‌بینی به ترتیب از بیشترین ضریب بتا عبارت بود از الگوهای ارتباط خانوادگی با ضریب بتای $0/36$ ، ویژگی شخصیتی وظیفه‌شناسی با ضریب بتای $0/21$ ، محتوای خانواده با ضریب بتای $0/18$ ، ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه با ضریب بتای $0/16$ ، عزت‌نفس با ضریب بتای $0/14$ ، ویژگی شخصیتی برونگرایی و روان رنجوری با ضریب بتای $0/10$ ، عزت‌نفس با ضریب بتای $0/07$ به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین سهم پیش‌بینی‌کنندگی مؤلفه‌های فردی و خانوادگی بر سلامت روان زنان متأهل انجام گرفت. به منظور آزمایش فرضیه‌های مرتبط با این هدف، به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای تعداد ۴۰۰ نفر از زنان متأهل شهرستان شیراز انتخاب و بر روی آنها پرسشنامه‌های عزت‌نفس، خودکارآمدی، سبک‌های زندگی، ویژگی‌های شخصیتی، فرایند و محتوای خانواده و الگوهای ارتباطی خانواده اجرا شد. بعد از جمع‌آوری و استخراج داده‌ها، نمرات شرکت‌کنندگان با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که ابعاد مؤلفه‌های فردی و خانوادگی به صورت معناداری قدرت پیش‌بینی سلامت روان در زنان متأهل را دارند. در ادامه نتایج حاصل را به صورت مبسوط‌تر مورد بحث قرار می‌دهیم؛ این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های به‌رنگ و همکاران (۱۳۹۶)، روحانی و معنوی پور (۱۳۸۷)، بسچلو و همکاران (۲۰۱۴)، مونیکا (۲۰۱۴) همسو است.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت عزت‌نفس از عوامل مهم سلامت روان است و حتی به عنوان یک حفاظ اجتماعی در مقابل استرس‌ها و اضطراب‌ها در بین تحقیقات معرفی شده است. شیرمحمدی (۱۳۹۱) نیز در نتایج همسو با این پژوهش به نقل از متخصصان زیادی بیان نموده است که: افرادی که در زندگی خود رضایت بیشتری دارند، رویکرد مثبتی به زندگی داشته و دارای

عزت نفس بالاتری هستند و احساس کفایت تحصیلی بالایی برخوردارند و این افراد معمولاً از سلامت جسمی و روحی خوبی برخوردارند. در سال‌های اخیر روانشناسان به سازه امید به عنوان نقطه قوت روان‌شناختی نگریده‌ها که هم به بالا رفتن عزت نفس افراد کمک می‌کند و هم در پرورش و ایجاد سلامت روانی مؤثر است. فردی که احساس می‌کند عضو ارزشمند خانواده است و به احترامی که از اعضاء خانواده می‌گیرد مطمئن است، عزت نفس بالایی خواهد داشت. در همین رابطه یک پژوهش نشان داده که بین نوع همبستگی اعضا خانواده و میزان عزت نفس فرد با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. در تبیین نتایج به دست آمده باید گفت که خودکارآمدی به داشتن مهارت یا مهارت‌ها مربوط نمی‌شود، بلکه داشتن باور به توانایی انجام کار در موقعیت‌های مختلف تحصیلی و شغلی اشاره دارد. باور کارآمدی عاملی مهم در نظام سازنده شایستگی انسان است. انجام وظایف توسط افراد مختلف با مهارت‌های مشابه در موقعیت‌های متفاوت به صورت ضعیف، متوسط و یا قوی و یا توسط یک فرد در شرایط متفاوت به تغییرات باورهای کارآمدی آنان وابسته است. مهارت‌ها می‌توانند به آسانی تحت تأثیر خوددستی یا خود تردیدی قرار گیرند، در نتیجه حتی افراد خیلی مستعد در شرایطی که باور ضعیفی نسبت به خود داشته باشند، از توانایی‌های خود استفاده کمتری می‌کنند. به همین دلیل، احساس خودکارآمدی، زنان متأهل را قادر می‌سازد تا با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع، کارهای فوق‌العاده‌ای انجام دهند. بنابراین، خودکارآمدی درک شده عاملی مهم برای انجام موفقیت‌آمیز عملکرد و مهارت‌های اساسی لازم برای انجام آن است و سلامت روان زنان متأهل را افزایش خواهد داد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۱).

در تبیین این نتایج می‌توان استنباط کرد که تحقیقات گسترده در ایران و جهان در حوزه خانواده نشان می‌دهد که مهم‌ترین عامل در توفیق زندگی زناشویی و خانوادگی ارتباط، همان گفت‌وگو بین زن و شوهر و دیگر اعضای خانواده است. ارتباط و گفت‌وگو، دنیای مشترک اعضای خانواده را تشکیل می‌دهد؛ لحن کلام و واژگانی که استفاده می‌شود خواه محبت‌آمیز و با احترام یا خشم‌آلود و رنج‌آور باشد، نگرش اعضای خانواده و زوجین را به یکدیگر نشان می‌دهد. در جهت‌گیری گفت و شنود، همه اعضای خانواده تشویق به شرکت آزادانه و راحت در تعامل، بحث و تبادل نظر درباره طیف وسیعی از موضوعات می‌شوند و در جهت‌گیری همنوایی بر روی همسان بودن نگرش‌ها، ارزش‌ها و عقاید تأکید می‌شود لذا در صورتی که الگوهای ارتباطی زوجین در خانواده‌ها درست شکل گیرد، عملکرد خانواده و زوجین افزایش می‌یابد و در نتیجه استفاده مناسب از الگوی ارتباطی جهت حل کردن تعارض‌ها، سلامت روان افزایش می‌یابد؛ بنابراین ارتقاء سطح گفت و شنود خانواده ضامن بهبودی کیفیت زندگی اعضا است. همواره ارتباطات موجود در بین اعضای خانواده به عنوان یکی از مهم‌ترین جنبه‌های روابط

بین فردی و کلیدی برای فهم مکانیسم‌های تحت تأثیر روابط خانوادگی (به عنوان مثال گرایش و عدم گرایش به خیانت زناشویی) قلمداد می‌شوند (اسلامی و همکاران، ۱۳۹۹).

در تبیین نتایج به دست آمده باید گفت که سبک زندگی، شیوه زندگی خاص یک فرد، گروه یا جامعه است. مجموعه‌ای از طرز تلقی‌ها، ارزش‌ها، شیوه‌های رفتاری، حالت‌ها و سلیقه‌ها، یعنی تمام چیزهایی که اشتراک در آن‌ها باعث به وجود آمدن تماس بیشتر می‌گردد و تماس بیشتر شباهت درک شده بیشتر را در پی خواهد داشت زیرا هر چه دو فرد چیزهای مشترک بیشتری داشته باشند یکدیگر را بیشتر مشابه خواهند دید. شباهت درک شده همراه با امکان ایجاد ارتباط، منجر به موقعیت‌های بین فردی می‌شود که ثمربخش است. هم‌پوشی شبکه ارتباطی و تعامل‌های بسیار، منجر به بسیاری ویژگی‌های هم‌شکل می‌شود. تماس بیشتر همچنین باعث به وجود آمدن تصورات یکسان می‌گردد با توجه به اینکه تصورات زوجین در اعمال عینیت پیدا می‌کند؛ لذا زوجین معمولاً از فعالیت‌ها و دل‌مشغولی‌های نسبتاً مشابهی برخوردار می‌شوند که این عامل مهم نزدیک‌تر شدن زن و مرد را فراهم می‌کند. تصورات مشترک درک بهتر تفکرات و عقاید مشابه زن و مرد را که از طرفی به رفتار و مشغولیات نزدیک به هم ختم می‌شود و از طرف دیگر به کیفیت روابط زناشویی مشترک آنان و سلامت روان می‌انجامد. در واقع، خانواده‌های سالم (محتوا و فرایند خانوادگی خوب) از عملکرد مناسبی در زمینه والدگری برخوردار هستند و بیشتر از دیگر گونه‌های خانواده از رفتارهای مثبت والدگری همانند تشویق به موقع، توضیح اشتباه فرزندان برای آن‌ها، ایجاد اطلاعات مشترک میان اعضای خانواده، توضیح پیامدهای رفتاری مختلف و همکاری والدین (پدر و مادر) در امور فرزندان استفاده می‌کنند. این موضوع احتمالاً به دلیل مناسب بودن سطح مهارت‌های ارتباطی در میان اعضای خانواده و همچنین توانایی مقابله با مشکلات تربیتی فرزندان در خانواده‌های سالم است. این دو مهارت به خانواده کمک می‌کند تا افراد خانواده احساس و افکار خود را به راحتی بیان نمایند و به درکی متقابل در خصوص رفتار یکدیگر دست یابند. این درک متقابل باعث می‌گردد تا والدین مناسب‌ترین اقدام را در ارتباط با فرزندان خود به کار گیرند تا فرزندان از خودکارآمدی و سلامت روان بالاتر برخوردار باشند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد.

سپاسگزاری

پژوهشگران بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از زنان شرکت‌کننده در پژوهش و تمامی همراهان ابراز می‌دارد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اسلامی، فریدون؛ فرحبخش، کیومرث؛ و سلیمی بجستانی، حسین. (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه پیشگیری و بهبود رابطه بر باورهای روابط زناشویی زنان. *خانواده درمانی کاربردی*، ۱(۱): ۱۷-۳۴.
- امیری نژاد، علی؛ قریشی راد، فخرالسادات؛ و جوانمرد، غلامحسین (۱۳۹۰). مقایسه سبک‌های فرزند پروری و سلامت روان والدین افراد اقدام‌کننده به خودکشی با والدین افراد عادی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۳): ۳۳۰-۳۱۵.
- بهرنگ، خسرو؛ گرداب، پروانه؛ نعمتی، زهره؛ صائمی، عباس؛ و پوراکیهان، الهه. (۱۳۹۶). بررسی رابطه‌ی سبک زندگی و تعهد زوجین با رضایت زناشویی در زنان، *ویژه‌نامه سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی*، ۱۹(۳): ۲۰۴-۲۱۲.
- ترابی، عطا (۱۳۸۹). *بررسی شادکامی در گونه‌های مختلف خانواده بر پایه مدل فرایند و محتوای خانواده*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد مرودشت.
- خدامرادی، محبوبه؛ و اسماعیلی، علی. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی بر کاهش ترس از صمیمیت و بهبود عملکرد جنسی. *سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی*، ۱(۲): ۸۵-۱۰۳.
- سامانی، سیامک؛ و بهبهانی، مینا. (۱۳۹۰). تحت عنوان الگوهای ارتباطی در گونه‌های مختلف خانواده در مدل بافت‌نگر فرایند و محتوای خانواده. *فصلنامه کاربردی*، ۱(۲): ۱۱۹-۱۳.
- سعادت، نادره؛ یوسفی، زهرا؛ و گل پرور، محسن. (۱۳۹۹). ارائه مدل تربیتی از تجربه زیسته مردان موفق: مطالعه کیفی مبتنی بر نظریه داده بنیاد. *خانواده درمانی کاربردی*، ۱(۱): ۹۹-۶۹.
- شمس، نرگس؛ و حائری، یسری. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر تعارضات و دلزدگی زناشویی در زوجین. *سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی*، ۱(۲): ۵۵-۷۰.

رحیمیان بوگر، اسحاق؛ و اصغرزاد فرید، علی اصغر. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازممانده زلزله شهرستان بم. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۴(۱): ۷۰-۶۲.

فقیهی، محمد صالح؛ و کجیاف، محمدباقر. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادران بر حرمت خود کودکان دچار شکاف لب و کام: پژوهش مورد منفرد. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۰(۴): ۴۷۶-۵۵۳.

عبدالله زاده، نازنین (۱۳۸۸). بررسی نیمرخ هیجانی فرزندان در گونه‌های مختلف خانواده بر پایه مدل فرایند و محتوای خانواده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور تهران.
کردلو، اعظم. (۱۳۹۶). *رابطه مهارت‌های اجتماعی و تفکر انتقادی با سلامت روان در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی اسلامشهر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوئین زهرا.

کرمی، جهانگیر؛ زکی‌بی، علی؛ و علیخانی، مصطفی (۱۳۹۱). رابطه کارکرد خانواده با اختلالات شخصیت بر پایه الگوی مک مستر. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۴): ۵۵۳-۵۳۷.

علی، محسن؛ عابدی، احمد؛ کجیاف، محمدباقر. (۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سبک زندگی (LSQ). *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۵(۱): ۸۰-۶۴.

مقدم، فرانک؛ و نامور هومن. (۱۳۹۹). نقش سبک زندگی و آشفتگی روان‌شناختی در ناتوانی کارکردی بیماران مبتلا به سرطان سینه. *سجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی*، ۲(۱): ۱۹-۳۴.

میرزاجانی، صدرا. (۱۳۹۳). *رابطه ساختاری حرمت خود و سلامت عمومی با بروز رفتار پرخاشگرانه در دختران فراری*. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۸(۲، ۳): ۱۰۷-۱۲۷.

مهدوی نیا، زهرا؛ نوحی، شهناز؛ و جان بزرگی، مسعود. (۱۴۰۰). اعتبارسنجی مقیاس خودکارآمدی پدر بین پدران دارای دختر دبستانی. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۱): ۱۶۰-۱۴۳.

References

- Abbott, D. H. (2010). *Constructing a creative self-efficacy inventory: A mixed methods Inquiry*. Open Access Theses and Dissertations from the College of Education and Human Sciences. University of Nebraska – Lincoln.
- Gottman, J. M., & Gottman, J. S. (2015). *10 Principles for Doing Effective Couples Therapy* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton. pp: 32-70
- Kim, U., & Mayer, B. (2010). *The inter-eeltt iiiiii imnn Grrma llll sseett '' self-efficacy, perception of home and school environment, and health*. Poster at the 15th International congress of the International Association for Association for Cross-Cultural Psychology (IACCP), Pultusk, Poland.
- Mishra, S., & Shanwal, V. K. (2014). Role of family environment in developing self-efficacy of adolescent. *Integrated Journal of Social Sciences*, 1(1), 28-30.

- Samani, S., & Sadeghzadeh, M. (2010). Family types in the family process and content model. *Psychological Reports*, 106, 539-547.
- Samani, S. (2010). Family types in the family process and content model. *Procedia of Social and Behavioral Sciences*, 5, 727-732.
- Schunk, D. H., & Meece, J. L. (2016). *Self-efficacy development in adolescence*. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Greenwich, CT: Information Age.
- Pajares, F. (2006). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 66, 543-578.

