

Original Research

***The Role of Religious Orientation, Marital Intimacy
and Life Satisfaction in Predicting the General
Health of Married Women***

Zahra Kermani Mamazandi¹
Atefeh Hassanzade²

Abstract

Women's general health is of particular importance because of its great impact on the health of the family and society. The aim of this study was to investigate the role of religious orientation, couple intimacy and life satisfaction in predicting the general health of married women. This research is a descriptive correlational study. The statistical population of this study was all married women who referred to the comprehensive health service centers of District 7, District 1 of Mashhad in 2020, whose number was estimated at 1053 people, of which 278 married women were selected by available sampling method. Responded to Allport Questionnaire on Religious Orientation, Thompson & Walker Intimacy Questionnaire, Dinner et al.'s Life Satisfaction Questionnaire, and Goldberg & Hiller General Health Questionnaire. Pearson correlation and stepwise regression analysis were used to analyze the data. The results of Pearson correlation showed that there was no significant relationship between religious orientation and general health of married women. couple intimacy and life satisfaction had significant relationship with the general health of married women. In addition, the results of stepwise regression analysis showed that the couple's intimacy and life satisfaction each explained 14% and 15% of the variance of married women's general health, respectively. In general, the higher the level of life satisfaction and intimacy of couples, the higher the general health of married women. According to the

1. Assistant Professor of Psychology, Eqbal Lahoori Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.
Z.kermani@eqbal.ac.ir. (**Corresponding Author**)

2. Master of General Psychology, Eqbal Lahoori Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.
A.Hasanzade@eqbal.ac.ir.

Submit Date: 2022/1/1

Accept Date: 2021/8/28



research findings, it seems that couple intimacy and life satisfaction play a decisive role in predicting the general health of married women.

Keywords

Religious Orientation, Life Satisfaction, Married Women, General Health, Couples Intimacy.

Introduction

Larus describes general health as a mental talent for pleasant coordination, working effectively, and flexibility in difficult situations. The status of women has a significant impact on the health of children, family, society and the environment (Afshani & ShiriMohammadabad, 2016). One of the variables that can be regular in women's health is religious orientation. Allport believes that religious orientation has two dimensions: internal orientation and external orientation. A person with an inner religious orientation lives with his religion and finds his main motivation in religion. But a person who has an external orientation considers his religious tendencies as a tool to achieve personal and social goals such as power and material interests and security and does not have a heart belief in their desired effects (Karimi, Naroui, Nosrati, 2016). O'Connor, Kob and O'Connor (2003) in their research they stated that no evidence could be found to indicate the positive effect of religion on mental health. In another study, the findings of Farhadi, Javadian and Farrokhnejad Afshar (2021) showed that internal religious orientation has a positive effect on reducing death anxiety and promoting nurses' mental health. Another variable that can affect women's health is intimacy between couples. Husbands and wives are satisfied when they are intimate enough to work together and work together to solve problems that arise in their lives (Ozen, Karatas, & Polat, 2021). Research shows that lack of intimacy between couples can sometimes lead to depression and subsequent disruption in couples' relationships (Rahimi and Modiri, 2017). On the other hand, life satisfaction is one of the most important and determining indicators of health. Life satisfaction is a person's cognitive assessment of his life in which a person's criteria play an important role in his assessment of life satisfaction (Rajaei Ghaziloo, Shariatmadar and Farrokhi, 1400). Studies by Kazemi Kariani, Karami Matin, Gabro, Yahyawi Dizaj and Rezaei (2016) show that there is a strong relationship between life satisfaction, physical and mental health. Therefore, it is important to pay attention to women's health as half of



the population, which can play a constructive and effective role in the development, evolution and development of society. Given that no research with this title has been conducted so far, the present study intends to investigate the role of religious orientation, marital intimacy and life satisfaction in predicting the general health of married women.

Methodology

The present study is a descriptive correlational study. The statistical population of this study was all married women who referred to the comprehensive health service centers of District 7, District 1 of Mashhad in 1399, whose number was estimated at 1053 (Mashhad University of Medical Sciences, 1399). Statistical sample was selected using available sampling method and the volume of 278 married women according to the sample size determination table of Krejcie-Morgan. After explaining the purpose of the study, participants were asked to participate in the Allport Religious Orientation Questionnaire, Thompson & Walker Intimacy Questionnaire (MIS), Diner et al.'s Life Satisfaction Questionnaire (SWIS). And Goldberg and Hiller (GHQ) to answer, 28 questionnaires were excluded from the study due to lack of response, and as a result, the questionnaire of 250 subjects was analyzed.

Findings

Pearson correlation and stepwise regression analysis were used to analyze the data. The results of Pearson correlation showed that there was no significant relationship between religious orientation and general health of married women. Also, couple intimacy and life satisfaction had a significant relationship with the general health of married women. Stepwise regression analysis was used to investigate the role of religious orientation and intimacy of couples in predicting the general health of married women. The Watson camera index was calculated for this purpose and its value was 1.85. Given the sample size and the number of predictor variables, this amount is acceptable in the sense that the condition of independence is met. The results indicated that only the intimacy component of the couple entered the equation, which alone explained 14% of the variance in women's general health. Stepwise regression analysis was used to investigate the role of religious orientation, couple intimacy and life satisfaction. One of the



presuppositions of this analysis is the independence of variables. The Watson camera index was used for this purpose, the value of which was 1.89. Given the sample size and the number of predictor variables, this amount is acceptable in the sense that the condition of independence is met. The results showed that the components of couple intimacy and life satisfaction each explained 14% and 15% of the variance of general health of married women, respectively.

Result

Considering the importance of general health of married women, the present study was conducted to investigate the role of religious orientation, marital intimacy and life satisfaction in the general health of married women. The findings of the present study showed that there was no significant relationship between religious orientation and general health of married women. This finding is based on the results of research by Weber et al. (2014), Firoozi et al. (2013); Farhadi et al. (2021); Palmer et al. (2020); Simon (2010); Money et al. (2019) in line with the results of Niazi et al. (1398); O'Connor et al. (2003) are inconsistent. In explaining this finding, it can be said that by adopting religious beliefs, values and principles and the adherence of more and more people in the society to religion and increasing their religious obligations, the peace of mind and health of the people of the society will be provided to some extent. However, other effective factors in promoting mental health can not be ignored, because a high percentage of the health of people in the community is explained by other factors. Another finding of the present study showed that there was a significant relationship between marital intimacy and women's general health. Findings of this study with the findings of Lifikert et al. (2013); Panahi et al. (1396); Rahimi and Modiri (1396); Ozen et al. (2021); Cucklet et al. (2017) were consistent. Intimacy has always been a major concern for psychologists. Therefore, it is natural for married women who have experienced dimensions of intimacy in their marital relationships to have higher mental health. Another finding of the study showed that there is a significant positive relationship between life satisfaction and general health. The result of this research with the findings of Kalantari et al. (1398); Afshani and Shiri Mohammadabad (2016) and Kazemi Kariani et al. (2016) and Karami (2010) are in line. Explaining this finding, it can be said that life satisfaction is associated with having positive emotions such as happiness, hope, love, competence and productivity. Satisfied and happy people feel more pleasant, do not feel unable to cope with daily stresses, and are



more tolerant of failures. Therefore, the higher the life satisfaction, the higher the general health of the person.

References

- Afshani, A. & Shiri Mohammadabad, H. (2016). The study of relationship between life satisfaction and social health of Yazd city women. *Toloo Behdasht*, 15(2), 34-44. (In Persian)
- Agate, S., Zabriskie, R. & Eggett, D. (2007). Praying, playing and successful families *Marriage and Family Review*, 42(2), 51-57.
- Allport, G. W. & Ross, M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443.
- Alvarado, K. A., Templar, D. I., Bresler, C. & Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of 204 religious variables to death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 202-204.
- Azarbaeijani, M. (2010). Preparation and construction of a test of religious orientation based on Islam in Qom. *Seminary and University Research Institute*. (In Persian)
- Babapour, J., Nazari, M. & Rashidzadeh, L. (2012). The effect of cognitive-behavior therapy on marital satisfaction and intimacy of chemical patient couples. *Journal of Modern Psychological Researches*, 6(24), 1-18. (In Persian)
- Bagarozzi, D. A. (2014). Enhancing intimacy in marriage: A clinicians guide. USA: Brunner- Routledge. 6-25.
- Barnes, G. G. (1998). Family therapy in changing times: Basic texts in counselling and psychotherapy. New York, NY, USA: Palgrave Macmillan.
- Blume, T. W. (2006). *Becoming a Family Counselor: A Bridge to Family Therapy Theory and Practice*. Hoboken, NJ, USA: Wiley.
- Çikrikci, Ö. (2016). The effect of internet use on well-being: Meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 65(5), 560-566.
- Clare, G. L. & Byrne, D. (1974). A reinforcement-affect model of attraction. 143-170 in foundations of interpersonal attraction edited by *Ted L. Huston*. New York, NY, USA: Academic Press.
- Cotton, S., Larkin, E., Hoopes, A. & Rosenthal, S. L. (2005). The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 36, 520-540.



- Daghagheleh, F., Asgari, P. & Hydarie, A. R. (2012). Relationships between staffs forgiveness, intimacy and love with marital satisfaction at Islamic Azad University of Ahvaz. *Journal of Social Psychology*, 7(24), 57-69. (In Persian)
- Diener, E. & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective wellbeing: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Ebrahimi Moghaddam, H. & Mahmodi, A. (2017). The relationship between quality of life and self-efficacy among students with mental health component. *Journal Counseling of Research*, 16(63), 67-68. (In Persian)
- Ebrahimi Sirizi, P., Hasani Darmian, G. H. & Kermani, M. (2018). Investigating the relationship between religiosity and public health (Case study of Mashhad residents). *Journal of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Ferdowsi University of Mashhad*, 14(2), 231-255. (In Persian)
- Etesaminia, H., Naruei Nosrati, R. & Ahmadi, M. (2015). The relationship between religious orientation and mental health and moral development. *Ravanshenasi-va Din*, 8(1), 115-128. (In Persian)
- Farahmand, B., Fallah Yakhdani, M. H. & Vaziri Yazdi, S. (2019). Investigating the impact of intimacy education enriched by Islamic teachings on the satisfaction and intimacy of introverted couples in Yazd, Iran. *Journal of Research on Religion & Health*, 48-60. (In Persian)
- Farhadi, A., Javadian, H. & Farokhnezhad Afshar, P. (2021). Prediction of mental health by religious orientation and the mediating role of death anxiety among nurses in the Covid-19 pandemic. *Research Square*, 1(1), 1-9. (In Persian)
- Fehr, B. (1996). *Friendship Processes*. London, UK: Sage Publications.
- Firuzi, A., Amini, M., Asghari, Z. & Moghimi-Dehkordi, B. (2013). The relationship between religious belief and mental health: A study on high school students in Dargaz, Iran. *Journal of Health & Development Original Article*, 2(2), 34-51. (In Persian)
- Gottfried, A. E. (2021). Maternal employment in the family setting: Developmental and environmental issues 1. In *Employed mothers and their children*, 63-84.



- Heidemeier, H. & Göritz, A. S. (2016). The instrumental role of personality traits: Using mixture structural equation modeling to investigate individual differences in the relationships between the Big Five traits and life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 17(6), 2595-2612.
- Hossein Sharghi, A. & Mirhashemi, M. (2016). Relationship between identity styles and religious orientation with students' general health. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*, 1(10), 77-90. (In Persian)
- Hosseini, F. & Alavi Langeroodi, S. (2017). The role of attachment styles and marital satisfaction on sexual satisfaction through the mediation of love among married. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 15(3), 165-188. (In Persian)
- Kalantari, M., Baqeri, F. & Sadeqi, M. (2018). Effectiveness of educational program for enhancement of intimacy based on Iranian native culture on marital satisfaction of couples. *Journal of Applied Psychology*, 12(1), 7-24. (In Persian)
- Kalantari, A. & Hoseinizade Arani, S. S. (2015). Religion, mental health and loneliness a study of the relationship between religiosity and mental health with feeling lonely (Case study: Tehran citizens). *Applied Sociology*, 60(4), 25-44. (In Persian)
- Karami, A. (2010). The survey of the relationship between life satisfaction with general health and adjustment. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 1(4), 73-90. (In Persian)
- Karimi, A. O., Naruei Nosrati, R. & Ahmadi, M. (2016). The relationship between religious orientation and emotional intelligence and mental health. *Journal of Psychology and Religion*, 9(3), 139-153. (In Persian)
- Kazemi Karyani, A., Karami Matin, B., Gebru, A. A., Yahyavi Dizaj, J. & Rezaei, S. (2019). Life and health satisfaction and their association toward health-related quality of life, body mass index and chronic diseases in Iran. *Educational Health Promot*, 8(71), 33-49. (In Persian)
- Kiecolt-Glaser, J. & Wilson, S. (2017). Lovesick: How couples' relationships influence health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(13), 421-443.



- Leifker, F. R., White, K. H., Blandon, A. Y. & Marshal, A. D. (2015). Posttraumatic stress disorder symptoms impact the emotional experience of intimacy during couple discussions. *Journal of Anxiety Disorders*, 29(3), 119-127.
- Mahdipour Bazkiyaei, M. & Sedaghatifard, M. (2015). To investigate the relationship between marital satisfaction and adjustment spouses intimacy at home. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*, 6(22), 21-31. (In Persian)
- Mahoney, A., Pargament, K. I., Jewell, T., Swank, A. B., Scott, E., Emery, E. & Rye, M. (2010). Marriage and the spiritual realm: The role of proximal and distal religious constructs in marital functioning. *Journal of Family Psychology*, 13(3), 321-338.
- Markos, J. & Marita, M. (2003). The relationship between religion, psychological adjustment and quality of life among people with multiple sclerosis. *Journal of Religion and Health*, 42(2), 143-152.
- Matud, T. M. P., Bethencourt, J. M. & Ibanez. I. (2014). Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. *Personality and Individual Differences*, 70, 206-211.
- McCullough, M. E. & Willoughby, B. L. (2009). Religion, self-regulation and self-control: Associations and implications. *Psychological Bulletin*, 135, 69-93.
- Modiri, F. & Rahimi, A. (2017). Relationships between couples through history. *Society Culture Media*, 6(22), 139-158. (In Persian)
- Moltafet, G. & Azarbon, B. (2015). The prediction of life satisfaction based on family communication patterns mediated by religion motivation. *Psychological Methods and Models*, 6(20), 17-36. (In Persian)
- Nainian, M. & Nik-Azin, A. (2013). The relationship between intimacy and sexual satisfaction with general health and personal well-being: investigation of sex and age differences. *Journal Research Behavior Science*; 10(7), 735-45. (In Persian)
- Nam, Y., Kim, Y. H. & Tam, K. K. P. (2018). Effects of emotion suppression on life satisfaction in Americans and Chinese. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41(1), 149-160.
- Nazare, B., Fonseca, A., Gamaro, S., Canavarro, M. & Dattilio, F. (2011). Amniocentesis due to advanced maternal age: The role of marital intimacy

- in couple's decision making process. *Contemporary Family Therapy*, 33, 128-142.
- Niazi, M., Hosseinizadeh Arani, S., Yaghoubi, F., Sakhaei, A. & Amiri Dashti, S. (2019). Religion and health; meta-analysis on studies and research on religiosity and mental health in Iran (Case study: Research in the 80's and the first half of the 90's). *Quarterly Journal of Health Psychology*, 8(29), 168-193. (In Persian)
- O'Conner D. B., Cobb, J. & O'Connar, R. C. (2003). Religiosity, stress and psychological distress: No evidence for an association among undergraduate students. *Personality Individual Difference*, 34(2), 211-217.
- Özen, Ş., Karataş, T. & Polat, Ü. (2021). Perceived social support, mental health, and marital satisfaction in multiple sclerosis patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 5(2), 79-87.
- Özmen, S., Özkan, O., Özer, Ö. & Yanardağ, M. Z. (2021). Investigation of COVID-19 fear, well-being and life satisfaction in Turkish society. *Social Work in Public Health*, 36(2), 164-177.
- Palmer Kelly, E., Hyer, M., Payne, N. & Pawlik, T. M. (2020). Does spiritual and religious orientation impact the clinical practice of healthcare providers? *Journal of Interprofessional Care*, 34(4), 520-527.
- Panahi, M., Kazemi Jamarani, S., Enayatpour Shahrabaki, M. & Rostami, M. (2017). Effectiveness of integrative behavioral couple therapy on reducing marital burnout and fear in couples of intimacy. *Journal of Applied Psychology*, 11(3), 373-392. (In Persian)
- Poole, R., Cook, C. H. & Higgs, R. (2019). Psychiatrists, spirituality and religion. *Published online by Cambridge University Press*, 25(3), 324-337.
- Rajaei Ghazilo, D., Shariatmadar, A. & Farokhi, N. (2021). Life satisfaction and marital satisfaction based on lived experiences of working and housewives: A phenomenological study. *Journal of Applied Psychology*, 15(1), 95-119. (In Persian)
- Razmgar, M. & Asghari Ebrahim Abad, M. (2020). Studying the role of conflict management styles in prediction of life satisfaction with mediation of happiness in married women. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 18(1), 169-200. (In Persian)



- Reddy, P. & Frantz, J. (2017). The quality of life of HIV-infected and non-infected women post-caesarean section delivery. *Health Sa Gesondheid*, 22(4), 87-92.
- Reymo, J. M., Park, H., Xie, Y. & Yeung, W. J. J. (2015). Marriage and family in East Asia: Continuity and change. *Annual Review of Sociology*, 41(3), 471-492.
- Rios, C. X. (2010). *The Relationship between Premarital Advice, Expectations and Marital Satisfaction*. All Graduate Theses and Dissertations, 536.
- Sajjadi, H., Hosseinpour, N., Sharifian Sani, M. & Mahmoodi, Z. (2016) Association between health literacy and life style in married rural women in Izeh, Iran. *Journal of Health*, 7(4), 479-489. (In Persian)
- Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Zuberbier, O., Nightingale, L. & Gray-Grant, D. (2009). The economics of childrens mental health. *Childrens Mental Health Research Quarterly*, 3(1), 1-16.
- Simon, D. (2010). Religion, spirituality, and mental health. *Psychiatric Times*, 27(1), 123-139.
- Sirgy, M. J. (2012). The psychology of quality of life:Hedonic well-bing, life satisfaction, and eudaimonia. *Springer Science & Business Media*,50(1), 246-258.
- TenHouten, W. D. (2007). *A General Theory of Emotions and Social Life*. London, UK: Rutledge.
- Vedadhir, A., Hani Sadati, M. & Ahmadi, B. (2008). A content analysis of Iranians scientific and academic health journals. *Women in Development & Politics*, 6(2), 133-155. (In Persian)
- Veiyer, R. (2010). *Religious World*. translated by Abdolrahim Gavahi, Tehran, Islamic Culture Publishing Office. (In Persian)
- Vejdani, S., Karami, M. & Ahmadi, S. (2020). The moderating role of religious beliefs in the relationship between attachment styles and attitude towards infidelity in married women. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 18(2), 193-220. (In Persian)
- Weber, D., Samuel, R., Pargament, E. & Kenneth, I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-363.



Zarepour, M. & Asude, M. H. (2011). Couples' mental health: The role of marital intimacy dimensions and communication patterns. *The Second National Conference on Psychology-Marvdasht Family Psychology*. (In Persian)

Zonderman A. B., Ejiogu N., Norbeck, J. & Evans, M. K. (2014). The influence of health disparities on targeting cancer prevention efforts. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(3), S87-S97.



نقش جهت‌گیری مذهبی، صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی در پیش‌بینی سلامت عمومی زنان متأهل

زهرا کرمانی مامازندی^۱

عاطفه حسن‌زاده^۲

چکیده

سلامت عمومی زنان به دلیل تأثیر زیادی که بر سلامت خانواده و جامعه دارد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش جهت‌گیری مذهبی، صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی در پیش‌بینی سلامت عمومی زنان متأهل انجام شده است. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است که جامعه آماری آن شامل کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت منطقه ۷ ناحیه ۱ شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ به تعداد تقریبی ۱۰۵۳ نفر بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۲۷۸ زن متأهل به عنوان نمونه آماری انتخاب و به پرسشنامه‌های جهت‌گیری مذهبی آلپورت، صمیمیت زوجین تامپسون و والکر، رضایت از زندگی داینر و همکاران و سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر پاسخ دادند. به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد. نتایج همبستگی پیرسون نشان داد بین جهت‌گیری مذهبی با سلامت عمومی زنان متأهل رابطه معناداری وجود ندارد. اما، صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی با سلامت عمومی زنان متأهل رابطه معناداری دارند. علاوه بر این، نتایج تحلیل رگرسیون به روش گام به گام نشان داد صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی هرکدام به ترتیب ۱۴ و ۱۵ درصد از واریانس سلامت عمومی زنان متأهل را تبیین می‌کنند. به طور کلی یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی نقش تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی سلامت عمومی زنان متأهل دارند.

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی اقبال لاهوری، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول).

Z.kermani@eqbal.ac.ir

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، مؤسسه آموزش عالی اقبال لاهوری، مشهد، ایران.

A.Hasanzade@eqbal.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۰۶

واژگان کلیدی

جهت‌گیری مذهبی، رضایت از زندگی، سلامت عمومی، صمیمیت زوجین.

مقدمه و بیان مسئله

خانواده واحد اجتماعی و نظام سازمان‌یافته و بنیادی‌ترین نهاد جامعه است که در بقا و رشد نوع بشر نقش بسزایی دارد. خانواده با کارکرد مطلوب به سالم‌سازی فضای جامعه کمک می‌کند و زمینه رشد و شکوفایی اعضا خود را فراهم می‌کند؛ و اثرگذارترین نهاد در شکل‌گیری شخصیت آدمی است (گاتفید، ۲۰۲۱). خانواده جزئی از روابط انسانی و عنصری از آن است که از یک سو با عوامل وابسته به محیط خود مانند جامعه، طبیعت و تاریخ رابطه دارد و از سوی دیگر، خود شامل انواع خرده سیستم‌هایی است که روابط زن و شوهر، پدر و فرزند، مادر و فرزند، فرزندان با هم و دیگر روابط یک خانواده را در بر می‌گیرند. به عبارت دیگر، کل خانواده یک واحد ارگانیک است که مانند بدن یک فرد در نظر گرفته می‌شود که بروز یک مشکل خاص در هر یک از اعضای آن نشانه یا علامتی از اختلال در کارکرد کلی خانواده شناخته خواهد شد. هر بحران یا فاجعه منبع تحولاتی مهم در حوزه روابط اجتماعی، قواعد و انتظام اجتماعی، فرهنگ و الگوهای رفتار اجتماعی قلمداد می‌شود که از این منظر هر فاجعه در نظام و ساخت اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند و روال عادی و منظم کارکردهای سیستم (فرد، خانواده و جامعه) را مختل می‌سازد (رایمو و همکاران، ۲۰۱۵).

لاروس^۳ سلامت عمومی را استعداد روان برای هماهنگی خوشایند، مؤثر کار کردن و در موقعیت‌های دشوار، انعطاف‌پذیر بودن معرفی می‌کند. همچنین، در تعریفی دیگر کاپلان^۴ سلامت عمومی را شامل سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تضادهای درونی و الزامات محیطی در تغییر می‌داند. از سوی دیگر، سلامت عمومی با شیوه تفکر، بروز هیجان و ابراز احساسات و رفتارها و اقدامات افراد مرتبط است (ابراهیمی مقدم،

1. Gottfed
2. Reymo et al
3. Larus
4. Kaplan

محمودی، ۱۳۹۶) و محور رشد اجتماعی و عاطفی افراد محسوب می‌شود (شوارتز^۱، ۲۰۰۹). وضعیت زنان تأثیر مهمی بر سلامت کودکان، خانواده، جامعه و محیط زیست دارد و این درحالی است که زنان اولین مراقبان سلامت خانواده و جامعه بوده و حتی آموزش و فرهنگ از طریق سلامت زنان توسعه می‌یابد، زنان هم دریافت‌کننده و هم ارائه‌دهنده اصلی مراقبت در نظام سلامت هستند (افشانی و شیرینی محمدآباد، ۱۳۹۵).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در سلامت زنان مؤثر باشد، جهت‌گیری مذهبی است. انگیزه مذهبی دلیلی ابزاری و غیر ابزاری است که افراد در اعتقادات، باورها و اعمال مذهبی خود بیان می‌کنند (ملفت و آذربون، ۱۳۹۴). آلپورت معتقد است که جهت‌گیری مذهبی دو بعد درونی و بیرونی دارد. بعد درونی که مذهبی فراگیر و دارای اصول سازمان‌یافته و درونی‌شده می‌باشد، عبارت است از تعهد انگیزش فراگیر که غایت و هدف است، نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف فردی. شخصی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارد، با مذهب خود زندگی می‌کند و انگیزه اصلی خود را در مذهب می‌یابد. شخصیت چنین فردی با مذهب خود یکی می‌شود. اما شخصی که جهت‌گیری بیرونی دارد گرایش‌های مذهبی خود را به‌عنوان ابزاری برای دستیابی به هدف شخصی و اجتماعی مانند قدرت و منافع مادی و امنیت می‌داند و باور قلبی به تأثیرات مطلوب آنها ندارد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۵).

ارتباط بین دین و سلامتی، مدت‌های زیادی است که مورد علاقه متخصصان علوم اجتماعی، بهداشتی و رفتاری بوده است. با وجود قدمت باورهای دینی، صاحب‌نظران در حوزه روان‌شناسی مذهب در سطح نظری درباره اثرات اعتقادات دینی بر بهداشت روانی، دیدگاه‌های ضد و نقیضی را مطرح کرده‌اند. به‌طوری که اکاثر و همکاران^۲ (۲۰۰۳) اظهار داشته‌اند که شواهدی نمی‌توان یافت که نشان‌دهنده اثر مثبت مذهب بر سلامت روانی باشد. در مطالعه دیگری، فرهادی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که جهت‌گیری مذهبی درونی بر کاهش اضطراب مرگ و ارتقای

1. Schwartz
2. O'Conner et al



سلامت روان پرستاران تأثیر مثبت دارد. همچنین، یافته‌های پالمر کلی و همکاران^۱ (۲۰۲۰) نشان داد که معنویت و جهت‌گیری مذهبی در سلامت روانی مراقبین بهداشتی تأثیر عمده‌ای دارد. پارگمنت^۲ نقش روان‌شناختی مذهب را در کمک مردم برای درک و کنار آمدن با رخدهای زندگی توصیف نموده است: مذهب می‌تواند در ایجاد احساس امید، احساس نزدیک بودن به دیگران، آرامش هیجانی، فرصت خودشکوفایی، احساس راحتی، مهار تکانه، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکل مؤثر باشد. مک کلوف و ویلوگی^۳ (۲۰۰۹) نیز دریافتند که افراد دیندارتر دارای سازگاری بیشتری هستند. تأثیراتی که باورهای معنوی و دینی فرد بر چگونگی تعبیر و تفسیر او از رویدادها می‌گذارد، فرایند سازگاری و پذیرش رویدادها را آسان می‌کند (کاتن و همکاران^۴، ۲۰۰۵). افرادی که نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی و معنوی قوی و سطح سلامت معنوی مطلوب دارند یا در جوامع مذهبی فعالیت دارند، رضایت‌مندی بالاتری از زندگی دارند (مارکوس و ماریتا^۵، ۲۰۰۳). به‌طور کلی، افراد مذهبی و دیندار، کمتر دچار افسردگی، اضطراب و اختلالات روحی-روانی، عاطفی و خلقی شده و نه تنها کمتر درگیر مسائل نفسانی، انحرافات و جرم و جنایت و یا خودکشی می‌شوند، بلکه از سلامت اخلاق، رفتار و معنویات بیشتری برخوردارند. همچنین، سبک و شیوه زندگی سالم‌تر و متعادل‌تری دارند و از قابلیت سازگاری بالاتری در زندگی برخوردارند و در مقایسه با افرادی که از نظر اعتقادات دینی ضعیف‌ترند، احساس آرامش، امنیت و خوشبختی بیشتری می‌نمایند (فیروزی و همکاران، ۱۳۹۲). نیازی و همکاران (۱۳۹۸) نیز در پژوهشی نشان دادند که میزان دینداری افراد جامعه تا حد کمی می‌تواند سلامت روان افراد را تبیین کند. همچنین دین و معنویت می‌تواند از طریق مقابله مذهبی مثبت، اجتماع و حمایت و باورهای مثبت، سلامت روان را ارتقا دهد. ابزارهایی برای ارزیابی نیازهای معنوی بیماران مورد مطالعه قرار گرفته است و گنجاندن موضوعات معنوی در درمان تا حدی نویدبخش است (وبر و همکاران^۶، ۲۰۱۴) و نیز مسائل مذهبی در ارزیابی و درمان بیماران حائز اهمیت

-
1. Palmer Kelly et al
 2. Pargament
 3. Mccullough & Willoughby
 4. Cuotton et al
 5. Marcus & Marita
 6. Weber et al

است. از این رو پزشکان باید نسبت به تأثیر دین بر سلامت روان بیماران خود آگاه باشند (سیمون^۱، ۲۰۱۰) و دین و معنویت می‌تواند به افراد در مقابله با بیماری‌های روانی کمک کند (پول و همکاران^۲، ۲۰۱۹).

از دیگر متغیرهایی که می‌تواند سلامت زنان را تحت تأثیر قرار دهد، صمیمیت زوجین است. از نیازهای عاطفی زوجها، روابط همراه با صمیمیت است که عامل مهمی در افزایش طراوت، احساس معنا و رضایت زناشویی در زندگی محسوب می‌شود (پیلگ و همکاران^۳، ۲۰۰۵). یکی از مسائل خانواده و سلامت آن، نوع رابطه زوجها و وجود رضایت هر دو از این رابطه است برقراری ارتباط صمیمی، انتقال احساسات و افکار و بیان نیازها، راه‌حل مشکلات در روابط زناشویی است. زن و شوهر زمانی به رضایت‌مندی می‌رسند که به اندازه کافی در ارتباطشان با یکدیگر صمیمی و در حل مشکلات زندگیشان با یکدیگر همکاری کنند (اوزن و همکاران^۴، ۲۰۲۱). باگارووزی^۵ (۲۰۱۴) اعتقاد دارد که صمیمیت، نزدیکی، تشابه و رابطه شخصی دوست داشتنی با شخص دیگر است و مستلزم آگاهی، درک عمیق، پذیرش و بیان افکار و احساسات، دلسوزی و تعهد است. صمیمیت مداوم یکی از پیش‌نیازهای مهم خلق یک ازدواج ماندگار است. از این رو زمانی که صمیمیت رو به زوال می‌رود، شوق و توانایی حل مسائل، غلبه بر موانع و پافشاری برای مقابله با ترس‌ها و تردیدها به سرعت دچار فرسایش می‌گردد. همچنین، زمانی که زوجها به بازآفرینی و استمرار صمیمیت می‌پردازند، مسائل مهمی مانند تعهد، همکاری، وفاداری و مدیریت خلاقانه بر تفاوت‌های فردی به سرعت غلبه می‌کند (فرهمند و همکاران، ۱۳۹۸). صمیمیت یکی از نیازهای مهمی است که مزلو در طبقه‌بندی از نیازهای عشق و تعلق به آن اشاره کرده و آن را قبل از نیازهای عزت نفس، آگاهی و شناخت، زیبایی و خودشکوفایی و پس از نیازهای جسمانی و ایمنی قرار داده است. باگارووزی نیز عنوان کرده که کسانی که قابلیت

-
1. Simon
 2. Poole et al
 3. Pilag et al
 4. Özen et al
 5. Bagaroozi



ایجاد صمیمیت با دیگران را دارند، نسبت به کسانی که این توانایی را ندارند، روابط رضایت بخش‌تری با همسر و نزدیکان خود برقرار می‌کنند و با مشکلات عاطفی کمتری مواجه می‌شوند. اما، عدم صمیمیت بین زوجین می‌تواند به افسردگی و اختلال در روابط زوجین منجر شود (مدیری و رحیمی، ۱۳۹۶). چراکه افسردگی باعث افزایش التهاب می‌شود و التهاب شدید تعدادی از اختلالات و بیماری‌های سیستمیک از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، سندرم متابولیک، آرتریت روماتوئید، آسم، مولتیپل اسکلروزیس، درد مزمن، و پسوریازیس را به همراه دارد. علاوه بر تغییرات جسمانی، افراد افسرده به احتمال زیاد عادات بهداشتی ضعیف‌تری از جمله گرایش بیشتر به مصرف الکل و مواد مخدر، خواب ناکافی، تغذیه ناکافی و ورزش کمتر دارند که به خودی خود تأثیرات منفی بر سلامت دارند (کیکلت گلیسر و ویلسون^۱، ۲۰۱۷). همچنین، روابط خصمانه، سلامت روانی و جسمانی زوج‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ریوس^۲، ۲۰۱۰). کمبود صمیمیت همسران موجب افزایش برخوردها، کاهش رضایت زناشویی و بروز مشکلات عاطفی و روانی می‌شود (لیفکرت و همکاران^۳، ۲۰۱۳). بنابراین، صمیمیت هم رضایت فردی و هم رضایت ارتباطی ایجاد نموده و عامل اصلی ایجاد سلامت در زوجین است (پناهی و همکاران، ۱۳۹۶).

از طرف دیگر، رضایت از زندگی یکی از شاخص‌های مهم و تعیین‌کننده سلامت است. رضایت از زندگی، ارزیابی شناختی فرد از زندگی خویش است که در آن ملاک‌های فرد نقش مهمی در ارزیابی وی از رضایت از زندگی ایفا می‌کند (رجایی قاضیلو و همکاران، ۱۴۰۰). چراکه هرچه از عمر خانواده‌های گسترده می‌گذرد و تبلور خانواده هسته‌ای در جامعه بیشتر می‌شود، اهمیت روابط بین اعضای خانواده -به‌خصوص زن و شوهر- به‌عنوان ارکان اصلی خانواده واضح‌تر می‌شود. در این میان، رضایت از زندگی یکی از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر عملکرد خانواده است (حسینی و علوی لنگرودی، ۱۳۹۶). رضایت از زندگی زناشویی به‌منزله رضایت وی از خانواده محسوب می‌شود و رضایت از خانواده به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه موجب رشد و تعالی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه خواهد شد (رزم‌گر و اصغری

1. Kiecolt-Glaser & Wilson

2. Rios

3. Likert et al

ابراهیم آباد، ۱۳۹۹). رضایت از زندگی به معنی احساس فرد در مورد عملکرد و شرایط زندگی اش و یا به عبارت دیگر، ارزیابی سلامت و بهزیستی اش است. رضایت از زندگی یک فرایند داوری است که افراد، کیفیت زندگی خود را بر اساس ملاک‌های منحصر به فرد خود ارزیابی می‌کنند. رضایت از زندگی، یک صفت عینی و پایدار نیست. بلکه به تغییرات موقعیتی حساس بوده و بر اساس برداشت و دیدگاه افراد می‌تواند متفاوت باشد. اما در هر صورت، رضایت از زندگی لازمه یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی است (نام و همکاران، ۲۰۱۸). کاظمی کاریانی و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان دادند که بین رضایت از زندگی و سلامت جسمی و روانی ارتباط قوی وجود دارد و با کاهش سطح رضایت از زندگی، شیوع اختلالات جسمی و روانی مانند ناتوانی، سلامت ضعیف، اضطراب، افسردگی و درد افزایش می‌یابد. همچنین، ارتباط مثبتی بین رضایت از زندگی، سلامتی و طول عمر وجود دارد.

کرمی (۱۳۸۹) نیز دریافت بین رضایت از زندگی با کل سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های آن رابطه مثبت معناداری وجود دارد. رضایت از زندگی یکی از قدرتمندی‌ها و دربرگیرنده سرفصل روان‌شناسی مثبت است که به سلامت شخصیت و سلامت روابط منجر می‌شود. افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۵) در مطالعه دیگری نشان دادند بین رضایت از زندگی و ابعاد سلامت اجتماعی زنان (روانی، فردی و اجتماعی) رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، کلاتری و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند رضایت از زندگی بر عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامتی تأثیر دارد.

بنابراین، اهمیت سلامتی زنان به عنوان نیمی از جامعه بشری که در روند پیشرفت، تکامل و توسعه جوامع نقش سازنده دارند در کنار نبود مطالعه‌ای با موضوع بررسی تأثیر متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی بر سلامتی زنان، انجام این پژوهش را ضروری نمود و سعی دارد پاسخگویی این پرسش باشد که جهت‌گیری مذهبی، صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی در پیش‌بینی سلامت عمومی زنان متأهل چه نقشی دارد؟.



پیشینه تجربی

اکانر و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه دین و پریشانی روانی در میان ۱۷۷ دانشجوی مقطع کارشناسی پرداخته‌اند که رابطه‌ای بین دین و پریشانی روانی مشاهده نشد.

فرهادی و همکاران (۱۴۰۰) به بررسی پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس جهت‌گیری مذهبی و نقش میانجی اضطراب مرگ در میان پرستاران در دوران پاندمی کووید ۱۹ پرداخته‌اند که نتایج نشان داد جهت‌گیری مذهبی درونی بر کاهش اضطراب مرگ و ارتقای سلامت روان پرستاران تأثیر مثبت دارد.

نیازی و همکاران (۱۳۹۸) با روش فراتحلیل به مطالعه پژوهش‌های دین‌داری و سلامت روان در ایران پرداخته‌اند. نتایج نشان داد که ضریب تأثیر دینداری بر سلامت روان معادل ۰/۱۱ است که برحسب نظام تفسیری کوهن، در حد اندکی ارزیابی می‌شود. همچنین، این ضریب در مردان (۰/۱۴) بالاتر از زنان (۰/۰۷) ارزیابی شد. نتیجه آن‌که میزان دینداری افراد جامعه در حد کمی می‌تواند سطح سلامت روان آنها را تبیین کند.

حسینی‌زاده آرانی و کلانتری (۱۳۹۴) به بررسی ارتباط میان دینداری و سلامت روان با تجربه احساس تنهایی بر حسب رویکرد دورکهایم و وبر در کلان‌شهر تهران پرداخته‌اند. یافته‌های آنان نشان داد میان میزان دینداری (۰/۱۷۳-) و سلامت روان (۰/۴۵۲-) با احساس تنهایی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد و دینداری و اعتقادات مذهبی افراد تأثیر مثبتی بر سطح سلامت روان آنان برجای می‌گذارد (۰/۱۱۷).

ابراهیمی سیریزی و همکاران (۱۳۹۶) به بررسی رابطه دینداری با سطح سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد پرداخته‌اند که نتایج نشان داد میزان همبستگی بین دینداری و سلامت شهروندان برابر با ۰/۴۳۴ است و این رابطه مثبت بین دینداری و سلامت روان را نشان می‌دهد.

حسین شرقی و میرهاشمی (۱۳۹۵) به بررسی ارتباط سبک‌های هویت و جهت‌گیری مذهبی با سلامت عمومی دانشجویان پرداخته‌اند که نتایج نشان داد مذهب و هویت به‌عنوان دو مؤلفه

مهم زندگی شخصی و اجتماعی می‌توانند برخی جنبه‌های زندگی جسمانی و روان‌شناختی افراد را تحت تأثیر قرار داده و سلامت روانی و جسمانی را پیش‌بینی کنند.

نائینیان و نیک آذین (۱۳۹۱) به بررسی رابطه صمیمیت و رضایت جنسی با سلامت عمومی پرداخته‌اند که نتایج نشان داد صمیمیت جنسی پیش‌بینی‌کننده معنادار سلامت عمومی زنان و بهزیستی شخصی هر دو جنس است. اما رضایت جنسی پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی نیست.

زارع‌پور و آسوده (۱۳۹۰) نقش پیش‌بینی‌کنندگی ابعاد صمیمیت زناشویی و الگوهای ارتباطی در سلامت روان زوجین شهر شیراز را بررسی نموده‌اند که نتایج نشان داد صمیمیت عاطفی، جنسی و الگوی ارتباطی سازنده متقابل، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان زوجین هستند.

کرمی (۱۳۸۹) به بررسی رابطه رضایت از زندگی با سلامت عمومی و سازگاری پرداخت که نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد علائم جسمانی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده سازگاری اجتماعی و عاطفی است و این سه متغیر روی هم رفته ۸۵ درصد رضایت از زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. لذا، هرچه میزان سلامت جسمانی، سازگاری اجتماعی و عاطفی بیشتر باشد رضایت از زندگی بیشتر خواهد بود.

چارچوب نظری

سلامت عمومی عبارت است رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی فرد، به طوری که بین این سه جنبه تأثیر متقابل و پویا وجود داشته باشد. علی‌رغم، تفاوت در تعریف سلامت عمومی، سلامت روانی را به‌عنوان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی تعریف می‌کنند. فردی از سلامت عمومی برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور است و می‌تواند با دیگران ارتباط سازنده برقرار سازد و قادر به مقابله با فشارهای زندگی



است (زندرمین و همکاران^۱، ۲۰۱۴). امروزه، برخلاف چند دهه قبل که انسان را موجودی سه بعدی متشکل از زیست، روان و اجتماع می‌دانستند، بعد چهارمی هم بدان اضافه نموده‌اند و آن بعد روحی و یا معنوی است. در واقع، ترکیب انسان، رفتار انسان، سلامت انسان، بیماری انسان و سایر افعال و حالاتی که بر انسان حادث می‌گردد، ناشی از یک بعد خاص نیست. بلکه همه ابعاد چهارگانه با ترکیب و تأثیر متقابل بر هم، حالاتی را بر انسان حکم‌فرما می‌نماید (اعتصامی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۴). آلن معتقد است: در بالا بودن سطح سلامت افراد، لازم است تمامی سطوح و ابعاد آن با یکدیگر هماهنگ و یکپارچه باشند. چاهن^۲، سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روان‌شناختی تعبیر می‌کند که عبارت است از حداکثر اثربخشی و رضایت به‌دست آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می‌شود. او ۱. حس مسئولیت‌پذیری؛ ۲. حس اعتماد به خود؛ ۳. هدفمندی؛ ۴. ارزش‌های شخصی (فلسفه‌ای خاص مبتنی بر اعتقادات، باورها و اهدافی که به سعادت و شادکامی خود یا اطرافیان می‌انجامد و خواهان افزایش مشارکت اجتماعی است) و ۵. فردیت و یگانگی را به‌عنوان پنج الگوی رفتاری درباره سلامت روان معرفی می‌کند (آلواردو و همکاران^۳، ۱۹۹۵).

یکی از عواملی که به‌طور روزافزون بر نقش آن در بهداشت روان و ارتقای سلامت روان تأکید می‌شود، جهت‌گیری مذهبی است (آذربایجانی، ۱۳۸۹). آلپورت به نوع جهت‌گیری مذهبی اشاره می‌کند از نظر او مذهب طیفی است که از یک سو برای افراد معنایی ابزاری دارد و از سوی دیگر، نوعی معنایی است که خود انگیزه اصلی زندگی است و ارزش درونی دارد (آلپورت، ۱۹۶۸؛ به نقل از حسین شرقی و میرهاشمی، ۱۳۹۵). یونگ معتقد است: تمامی مذاهب و حتی انواع بدوی آن، با آیین‌ها و مراسم خود، نوعی روان‌درمانی هستند که رنج‌های روانی و جسمی انسان را بهبود می‌بخشند (آذربایجانی، ۱۳۸۹). قدرت محافظتی مذهب که ابتدا توسط دورکهایم مطرح شد، بعدها توسط راف، جیمز، یونگ، فرانکل و فروم مورد تأیید قرار گرفت. دو سازوکار موجود در رفتارهای مذهبی، یعنی «تخلیه هیجانی» و «آرام‌سازی» نیز از عوامل اصلی تأثیرگذار بر بهداشت روانی هستند. احتمالاً تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روانی، به دلایل زیر

1. Zonderman et al
2. Chahen
3. Alvarado et al

می‌باشد: ۱. مذهب به مرگ و زندگی انسان معنا می‌بخشد؛ ۲. مذهب موجب امیدواری شده و خوش‌بینی افراد را افزایش می‌دهد؛ ۳. مذهب به افراد مذهبی نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد که ریشه‌خداایی دارد و می‌تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند؛ ۴. مذهب نوعی سبک زندگی سالم‌تر برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامتی و بهداشت روانی تأثیر مثبت دارد (ویرا^۱، ۲۰۱۰). پژوهش‌های صورت گرفته از جمله آلواردو و همکاران (۱۹۹۵)، فرهادی و همکاران (۱۴۰۰) و نیازی و همکاران (۱۳۹۸) حاکی از همبستگی مثبت بین ارزش‌های مذهبی و سلامت در افراد است.

یکی از عواملی که می‌تواند با سلامت عمومی زنان متأهل رابطه داشته باشد، صمیمیت زوجین است. صمیمیت به صورت الگوی رفتاری بسیار مهمی مفهوم‌سازی شده، که دارای ابعاد مهم عاطفی-هیجانی و اجتماعی نیرومند است و بر پایه پذیرش (تجربه مثبت، هم‌سویی و برابری)، رضایت خاطر (تجربه مثبت مشارکت) و عشق شکل می‌گیرد (تن هاتن^۲، ۲۰۰۷). روان‌شناسان صمیمیت را توانایی برقراری ارتباط (بدون کنترل با دیگری) و بیان عواطف (بدون بازداری) تعریف می‌کنند و آن را حق مسلم و از حالات طبیعی انسان می‌دانند (بلوم^۳، ۲۰۰۶). استرن برگ (۱۹۸۶) در مدل سه وجهی خود از عشق، صمیمیت را احساس نزدیکی با دیگری می‌داند و معتقد است که مشارکت عادلانه در زندگی خانوادگی، صمیمیت را به دنبال خواهد داشت. رابطه صمیمانه به‌عنوان جنبه‌ای مهم از زندگی زناشویی، دارای تاریخی طولانی است که تلاش برای طبقه‌بندی آن به زمان ارسطو باز می‌گردد و امروزه بخشی از دانش موجود مشاهدات وی در این زمینه را تأیید می‌کند (بارنز^۴، ۱۹۹۸). اما آغاز مطالعه علمی درباره آن به دهه ۱۹۹۰ برمی‌گردد. صمیمیت با ایجاد بعد خاص و مثبت در زندگی زناشویی و تأمین بهداشت روانی اعضای خانواده عاملی محافظ نیرومند در برابر مشکلات فردی و اجتماعی است و تأکید بر روابط صمیمی بین زن و شوهر در خانواده، در مقایسه با تأکید بر دیدگاه‌های فردی، به درک و

-
1. Vier
 2. TenHouten
 3. Blume
 4. Barnes



شناخت بهتر رفتارهای مسئله‌ساز و تغییر آنها کمک می‌کند. نظریه‌های روان‌شناسی صمیمیت در پی آن است تا چگونگی برقراری این نوع روابط را تبیین کنند. به‌عنوان مثال، براساس نظریه‌های تقویت که از سنت رفتارگرایی در روان‌شناسی سرچشمه گرفته‌اند، افراد با کسانی صمیمی می‌شوند که برای آنها تقویت به همراه دارند. کاربرد اصول تقویت در مطالعه روابط صمیمانه به‌وسیله کلور و بایرن^۱ (۱۹۷۴) گسترش یافته است. کلور و بایرن تقویت را محرکی غیرشرطی می‌دانند که پاسخ شرطی یعنی احساسات مثبت را برمی‌انگیزد؛ پس هر فردی که با محرک غیرشرطی همراه است، پاسخ غیرشرطی را ایجاد می‌کند و بدین ترتیب زوجین هرچه بیشتر در حضور هم تقویت دریافت کنند، صمیمیت‌شان افزایش می‌یابد.

نظریه‌های وابستگی متقابل و تبادل اجتماعی مانند نظریه‌های تقویت بر نقش تقویت‌کننده‌ها در ارتباط صمیمانه تأکید دارند. اما این دو نظریه به نوعی، از الگوهای تقویت فراتر رفته‌اند. برای مثال؛ نظریه تبادل اجتماعی، به‌جای این که صرفاً بر کشش‌های اولیه میان زوج‌ها تأکید کند، رفتار صمیمانه را در طی روابط پیش‌رونده مورد بررسی قرار می‌دهد و غیر از تقویت‌کننده‌ها به ساختارهایی چون تعهد و رضایتمندی از رابطه نیز توجه دارد. نظریه وابستگی متقابل نیز به دلیل تأثیر زیادی که از نظریه تبادل اجتماعی پذیرفته است، فرض بر آن دارد که افراد در رابطه‌ای صمیمی می‌شوند که تقویت‌کننده‌های دریافتی‌شان، بیش از هزینه‌هایی باشد که صرف کرده‌اند. برای مثال زوجین بازده حاصل از ارتباطشان را با بازده روابط گذشته و بازده‌ای که بالقوه از روابط دیگر به‌دست می‌آورند، مقایسه نموده و میزان صمیمیت آنها به چگونگی این مقایسه بستگی دارد (فهر^۲، ۱۹۹۶). نائینیان و نیک آذین (۱۳۹۱)، زارع پور و آسوده (۱۳۹۰) و اوزن و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان دادند که صمیمیت زوجین با سلامت عمومی ارتباط مثبت دارد.

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند با سلامت عمومی رابطه داشته باشد، رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی احساس رضایتی است که فرد نسبت به کل زندگی خویش دارد (داینر و داینر، ۱۹۹۶) و به‌طور کلی به این بستگی دارد که شخص کیفیت زندگی خود را چگونه

1. Clore & Byrne
2. Fehr

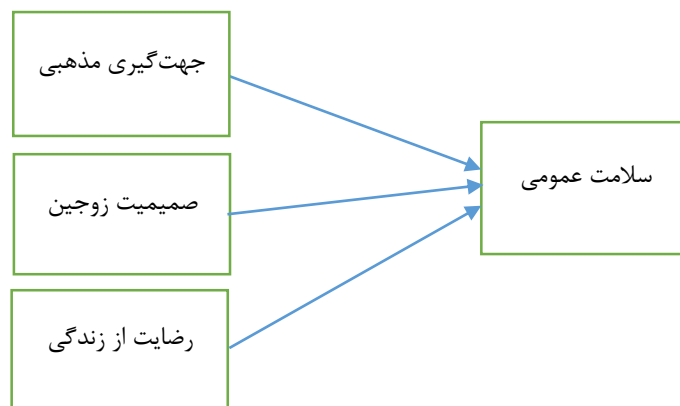
ارزیابی می‌کند (اوزمن و همکاران، ۲۰۲۱). به نظر چیکریکسی^۱ (۲۰۱۶) رضایت از زندگی حاصل ارزیابی شناختی افراد از تفاوت بین آنچه می‌خواهند به آن دست یابند، و پیشرفت‌ها و امتیازات لذت‌بخش و رضایت‌بخشی است که در آن لحظه دارند. میزان رضایت از زندگی یکی از شاخص‌های سلامت و بهداشت روانی است و پژوهش‌های انجام شده پیرامون آن به‌طور کلی با دو رویکرد پایین-بالا و بالا-پایین انجام شده است (داینر و همکاران، ۱۹۹۹). نظریه‌های پایین-بالا رضایت کلی از زندگی را تابع عوامل موقعیتی و محیطی رضایت در حوزه‌های مختلف مانند تحصیلات، وضعیت ازدواج، فرزندآوری، شغل و موارد مرتبط با آن، وضعیت سلامتی، درآمد، مسکن، اوقات فراغت، و خانواده در نظر می‌گیرند (هایدرمایر و گوریتز^۲، ۲۰۱۶). مروری بر پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که رضایت از زندگی رابطه مثبتی با سلامت عمومی دارد (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۹؛ کلاتری و همکاران، ۱۳۹۷ و کرمی، ۱۳۸۹).

مدل مفهومی پژوهش

مدل مفهومی پژوهش با توجه به پیشینه مرور شده و چارچوب نظری بیان شده، به صورت شکل ۱ ترسیم شده است. بر اساس این مدل، سؤال پژوهشی زیر مطرح می‌شود:

آیا جهت‌گیری مذهبی، صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی می‌توانند سلامت عمومی را در زنان متأهل پیش‌بینی کنند؟

-
1. Çikrikci
 2. Heidemeier & Görizt



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

فرضیه‌های پژوهش

۱. جهت‌گیری مذهبی پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی زنان متأهل است.
۲. صمیمیت زوجین پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی زنان متأهل است.
۳. رضایت از زندگی پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی زنان متأهل است.

روش پژوهش

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری آن شامل کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت منطقه ۷، ناحیه ۱ شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ به تعداد برآوردی ۱۰۵۳ نفر بود (درگاه معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۹۹) که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه آماری به تعداد ۲۷۸ زن متأهل بر حسب جدول تعیین حجم نمونه کرجسی - مورگان انتخاب شد. پس از تشریح هدف پژوهش برای مشارکت‌کنندگان و جلب رضایت آنان، از آنها خواسته شد تا به پرسشنامه‌های جهت‌گیری

مذهبی، صمیمیت زوجین، رضایت از زندگی و سلامت عمومی پاسخ دهند. در پایان، ۲۸ پرسشنامه به دلیل نقص در پاسخگویی کنار گذاشته شد و پرسشنامه ۲۵۰ آزمودنی مورد تحلیل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها ۱. برخورداری از سابقه تأهل ۲. طول عمر بین ۳۰ تا ۳۵ سال ۳. گذشت حداقل ۱ سال از ازدواج آنها ۴. عدم ابتلا به بیماری روانی بود.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی^۱: این پرسشنامه توسط آلپورت^۲ در سال ۱۹۵۰ ساخته شده و دارای ۲۱ ماده است که ۱۲ ماده آن مربوط به جهت‌گیری مذهبی بیرونی (گویه‌های ۱ تا ۱۲) و ۹ ماده آن مربوط به جهت‌گیری مذهبی درونی (گویه‌های ۱۳ تا ۲۱) است. در این پرسشنامه نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت^۳ برای سؤالات مقیاس جهت‌گیری مذهبی بیرونی به صورت است؛ کاملاً مخالفم ۱، تقریباً مخالفم ۲، تقریباً موافقم ۳، کاملاً موافقم ۴ و برای سؤالات مقیاس جهت‌گیری مذهبی درونی به صورت کاملاً موافقم ۱، تقریباً موافقم ۲، تقریباً مخالفم ۳، کاملاً مخالفم ۴ است. پایایی این پرسشنامه توسط جان بزرگی در سال ۱۳۷۸ در یک گروه ۲۳۵ نفری از دانشجویان دانشگاه تهران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ مورد تأیید قرار گرفت. اعتبار این مقیاس در نمونه پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ۰/۵۸ به دست آمد.

ب) پرسشنامه رضایت از زندگی^۴: این پرسشنامه توسط داینر و همکاران^۵ (۱۹۸۵) ساخته شده و پنج‌گویه دارد که توسط آزمودنی براساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. دامنه نمرات این مقیاس از ۵ تا ۳۵ است. داینر و همکاران (۱۹۸۵) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۸ و ضریب اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. روایی این پرسشنامه

1. Religious Orientation Questionnaire
2. Allport
3. Likert
4. Life Satisfaction Questionnaire
5. Diner et al



در پژوهش‌ها تأیید و آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۴ گزارش شده است (یوسف نژاد شیروانی و پیوسته‌گر، ۱۳۹۰). اعتبار این مقیاس در نمونه پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۶ به‌دست آمد.

ج) پرسشنامه صمیمیت زوجین^۱: این پرسشنامه که توسط واکر و تامپسون^۲ تدوین شده، ابزاری ۱۷ سؤالی در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. پایایی این مقیاس با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ به‌دست آمده که از همسانی درونی مناسب برخوردار است. این مقیاس توسط ثنائی (۱۳۷۹) ترجمه و ضریب پایایی آن در پژوهش دغاغله و همکاران (۱۳۹۱) ۰/۹۶ به‌دست آمد. نعیم نیز برای تعیین پایایی مقیاس صمیمیت زوجین از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که برابر ۰/۹۶ است و بیانگر پایایی خوب این مقیاس است. دغاغله و همکاران (۱۳۹۱) و باباپور و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش‌های خود، روایی آن را تأیید نموده‌اند. در نمونه پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار این مقیاس محاسبه و ۰/۹۶ به‌دست آمد.

د) پرسشنامه سلامت عمومی^۳: گلدبرگ (۱۹۷۲) برای اولین بار پرسشنامه سلامت عمومی را تنظیم نمود. گلدبرگ و هیلر^۴ در سال ۱۹۷۹، فرم ۲۸ سؤالی آن را اولین بار از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی کردند (به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد که از چهار مؤلفه علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده که هر کدام از آنها ۷ ماده دارد. در پژوهش حاضر از شیوه نمره‌گذاری لیکرت استفاده شده که بر اساس این شیوه گزینه‌های آزمون بر اساس (۰، ۱، ۲، ۳) نمره‌گذاری می‌شوند و در نتیجه نمره کل یک فرد از ۰ تا ۸۴ متغیر خواهد بود. نمره کمتر در این مقیاس بیانگر سلامت عمومی بالا است. پایایی مقیاس از طریق همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای کل و هریک از مؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۷۴ و ۰/۸۴ به‌دست آمد و این بیانگر آن است که این مقیاس پایایی بالا و معناداری ($P < /0.00$) دارد (رفیعی‌نیا و همکاران، ۱۳۸۵). پایایی بازآزمایی این مقیاس در فاصله ۳ تا ۴ هفته

1. Intimacy Spouse Questionnaire (ISQ)
2. Walker & Thompson
3. General Health Questionnaire (GHQ)
4. Goldberg & Hiller

برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده آزمون‌ها به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷، ۰/۵۸ به دست آمد که همگی در سطح ($P < 0/001$) معنادار است. برای محاسبه روایی مقیاس از سه روش روایی ملاکی همزمان، تحلیل عاملی و همبستگی خرده مقیاس‌ها با یکدیگر و با آزمون اصلی استفاده شد، و در هر سه مورد روایی مقیاس تأیید گردید (تقوی، ۱۳۸۰). اعتبار این مقیاس در نمونه پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۹ به دست آمد.

به منظور بررسی داده‌ها و تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش از روش‌های آمار توصیفی همچون میانگین، انحراف استاندارد و از روش‌های آمار استنباطی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام و نرم افزار SPSS استفاده شده است.

یافته‌ها

ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱. ماتریس همبستگی جهت‌گیری مذهبی، صمیمیت زوجین، رضایت از زندگی و سلامت عمومی

| مؤلفه‌ها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ |
|-----------------|----------|----------|---------|---|---|---|---|---|---|----|
| جهت-گیری درونی | ۱ | | | | | | | | | |
| جهت-گیری بیرونی | ۰/۳۰/۰* | ۱ | | | | | | | | |
| جهت-گیری کل | ۰/۵۳/۰** | ۰/۹۹/۰** | ۱ | | | | | | | |
| صمیمیت زوجین | ۰/۰/۰ | ۰/۸۰/۰- | ۰/۰۰/۰- | ۱ | | | | | | |



| | | | | | | | | |
|----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|---|-------------|
| رضایت از زندگی | ۷۰۰/۰- - | ۲۵۰/۰- - | ۶۷۰/۰- - | ۳۵۳/۰ ** | | | | |
| سلامت جسمانی | ۸۰۷/۰ | ۸۰۷/۰ | ۸۰۷/۰ | ۷۵۶/۰- - | ۱۰۱/۰- ** | ۱ | | |
| سلامت اضطرابی | ۶۱۰/۰ | ۸۵۰/۰ | ۴۱۷/۰ | ۳۸۱/۰- ** | ۸۸۱/۰- ** | ۱ | | |
| سلامت اجتماعی | ۷۲۰/۰ | ۳۳۰/۰- - | ۷۲۰/۰- - | ۶۰/۰ | ۷۳۰/۰ | ۷۷۷/۰ | ۱ | |
| افسردگی | ۸۰/۰ | ۵۵۷/۰ ** | ۲۸۱/۰ ** | ۱۵۳/۰- ** | ۷۹۳/۰- ** | ۳۵/۰ ** | ۱ | |
| سلامت عمومی کل | ۶۵۰/۰ | ۴۱۷/۰ | ۳۸۱/۰ ** | ۳۸۱/۰- ** | ۱۳۱/۰- ** | ۴۸۷/۰ ** | ۱ | ۱۶۷/۰ ** |

منبع: یافته‌های پژوهش

برای بررسی نقش جهت‌گیری مذهبی و صمیمیت زوجین در پیش‌بینی سلامت عمومی زنان متأهل از تحلیل رگرسیون استفاده شده است. برای استفاده از تحلیل رگرسیون لازم است پیش‌فرض‌های استفاده از آن رعایت شود. بدین منظور برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کالموگروف اسمیرنف، برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون و برای بررسی هم‌خطی از دو شاخص ضریب تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. مقدار شاخص دوربین واتسون ۱/۸۵ به دست آمد که با توجه به حجم نمونه و تعداد متغیرهای پیش‌بین این میزان مورد قبول است. به این معنا که شرط استقلال برقرار است. همچنین، نتایج به دست آمده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف به شرح جدول ۲ نشان داد توزیع متغیرها نرمال است.

جدول ۲. آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع پراکندگی متغیرها

| متغیر | Z کالموگروف-اسمیرنوف | معناداری |
|------------------------|----------------------|----------|
| نمره کل جهت گیری مذهبی | ۰/۵۶۵ | ۰/۳۲۲ |
| نمره کل صمیمیت | ۰/۶۵۷ | ۰/۷۱۸ |
| نمره کل رضایت زندگی | ۰/۷۳۶ | ۰/۶۶۷ |
| نمره کل سلامت عمومی | ۰/۶۲۳ | ۰/۸۲۳ |

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام از آن حکایت داشت که تنها مؤلفه صمیمیت زوجین وارد معادله شده که به تنهایی ۱۴٪ از واریانس سلامت عمومی زنان را تبیین نمود. ضرایب رگرسیون در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۳. ضرایب رگرسیون سلامت عمومی بر اساس صمیمیت زوجین در گام آخر

| مؤلفه‌ها | B | انحراف استاندارد | Beta | آماره t | معناداری |
|--------------|--------|------------------|--------|---------|----------|
| مقدار ثابت | ۶۶/۹۲۱ | ۳/۰۹۲ | ---- | ۲۱/۶۴۶ | ۰/۰۰۰ |
| صمیمیت زوجین | -۰/۲۰۲ | ۰/۰۳۲ | -۰/۳۷۳ | -۶/۳۳۲ | ۰/۰۰۰ |

منبع: یافته‌های پژوهش

برای بررسی نقش جهت گیری مذهبی، صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی از تحلیل رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد. یکی از پیش فرض‌های این تحلیل، استقلال متغیرها است. شاخص دوربین واتسون برای این منظور مورد استفاده قرار گرفت که مقدار آن ۱/۸۹ به دست آمد. با توجه به حجم نمونه و تعداد متغیرهای پیش بین این میزان مورد قبول است. به این معنا که شرط استقلال برقرار است. نتایج از آن حکایت داشت که مؤلفه‌های صمیمیت زوجین



و رضایت از زندگی هر کدام به ترتیب ۱۴٪ و ۱۵٪ از واریانس سلامت عمومی زنان متأهل را تبیین نمودند. ضرایب رگرسیون در گام آخر در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون سلامت عمومی بر اساس صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی در گام آخر

| مفروضه‌های هم‌خطی | | Sig | T | ضرایب | | مؤلفه‌ها | |
|-------------------|-----------|-------|--------|-----------------|--------------|----------|----------------|
| VIF | Tolerance | | | ضرایب استاندارد | غیراستاندارد | | |
| | | | | Beta | SE | B | |
| | | ۰/۰۰۰ | ۲۱/۶۴۴ | | ۳/۰۹۲ | ۶۶/۹۲۱ | مقدار ثابت |
| ۱/۰۰۰ | ۱/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | -۶/۳۳۲ | -۰/۳۷۳ | ۰/۰۳۲ | -۰/۲۰۲ | صمیمیت زوجین |
| | | ۰/۰۰۰ | ۲۱/۶۴۴ | | ۳/۱۷۶ | ۶۸/۷۳۱ | مقدار ثابت |
| ۱/۷۴۲ | ۰/۵۷۴ | ۰/۰۰۱ | -۳/۳۹۴ | -۰/۲۶۲ | ۰/۰۴۲ | -۰/۱۴۲ | صمیمیت زوجین |
| ۱/۷۴۲ | ۰/۵۷۴ | ۰/۰۲۸ | -۲/۲۰۷ | -۰/۱۷۰ | ۰/۱۹۷ | -۰/۴۳۵ | رضایت از زندگی |

منبع: یافته‌های پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

خانواده، قدیمی‌ترین و عمومی‌ترین نهاد اجتماعی است که بر اساس ازدواج و پیوند بین یک مرد و یک زن، بر اساس نوعی قرارداد شکل می‌گیرد و کارکردهای متنوع فردی، اجتماعی، تربیتی، اقتصادی، فرهنگی و روانی دارد و نهادی مؤثر بر جامعه و سلامت آن است (وجدانی و همکاران، ۱۳۹۹). سلامت جسمانی و بهزیستی همواره مورد توجه دانشمندان در دو حیطه پزشکی و روان‌شناسی بوده است. به نظر می‌رسد از وحدت مفاهیم سلامت جسمانی و بهزیستی، مفهوم مهم‌تری به عنوان "سلامت عمومی" به وجود می‌آید. از سویی، سلامت زنان به عنوان زیربنای خانواده و جامعه، از مفاهیم اصلی توسعه و رفاه اقتصادی- اجتماعی به شمار می‌رود (سجادی و همکاران، ۱۳۹۲). این در حالی است که زنان در مقایسه با مردان آسیب‌پذیری بیشتری در برابر بیماری داشته، شیوع برخی بیماری‌ها در میان آنها بیشتر است و از نظر دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی-درمانی شرایط نامساعدتری دارند (ودادهیر و همکاران، ۱۳۸۷) که این مسائل سبب شده تا بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان به عنوان یک اولویت مهم در

سطح جهانی در نظر گرفته شود (ردی و فرانتز، ۲۰۱۷). با توجه به اهمیت سلامت عمومی زنان متأهل، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش جهت‌گیری مذهبی، صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی در سلامت عمومی زنان متأهل انجام شد که یافته‌ها نشان داد بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت عمومی زنان متأهل رابطه معناداری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های وبر و همکاران (۲۰۱۴)، فیروزی و همکاران (۱۳۹۲)، فرهادی و همکاران (۱۴۰۰)، پالمر کلی و همکاران (۲۰۲۰)، سیمون (۲۰۱۰) و پول و همکاران (۲۰۱۹) همسو و با نتایج نیازی و همکاران (۱۳۹۸) و اکائر و همکاران (۲۰۰۳) ناهمسو است. این تناقض یافته‌ها می‌تواند از ارزیابی ابعاد مختلف جهت‌گیری مذهبی ناشی شده باشد. جهت‌گیری مذهبی با تأمین نیاز افراد به تجارب مشترک مذهبی، تقویت باورهای مشترک افراد و یا ایجاد وابستگی متقابل اشتراک باعث تقویت صمیمیت و روابط هیجانی افراد می‌شود، که مجموع این عوامل تقویت انسجام و سازگاری زناشویی و در نتیجه سلامت زوجین را به همراه دارد. با این حال، ساختار جهت‌گیری مذهبی پیچیده است و در مورد نقش حمایت‌کننده و سودمند آن به سادگی نمی‌توان اظهار نظر کرد (آگیت و همکاران، ۲۰۰۷ و ماهونی، ۲۰۱۰). بر اساس نظریه آپورت، یک دینداری عمیق و درونی، برای داشتن سلامت روانی و رسیدن به شخصیت سالم لازم است. به تعبیر دیگر، داشتن معنا و هدف زندگی، احساس تعلق داشتن به منبع والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی و در نتیجه خوش‌بین بودن در این شرایط، برخورداری از حمایت اجتماعی به‌ویژه حمایت گروه‌های مذهبی و حمایت‌های روحانی و ... از جمله منابعی هستند که برخورداری افراد با جهت‌گیری دینی از آنها سبب می‌شود در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب روانی کمتری متحمل شوند (نیازی و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین با اتخاذ باورها، ارزش‌ها و اصول دینی و پایبندی هرچه بیشتر افراد جامعه به دین و افزایش میزان التزامات دینی آنها، آرامش روان و سلامت افراد جامعه تا حدودی تأمین می‌شود. با این وجود، نمی‌توان از

-
1. Reddy & Frantz
 2. Agate et al
 3. Mahooni



سایر عوامل مؤثر در ارتقا سلامت روان افراد غافل ماند. چراکه درصد بالایی از سلامت افراد جامعه، توسط سایر عوامل تبیین می‌شود.

دیگر یافته پژوهش نشان داد بین صمیمیت زوجین و سلامت عمومی زنان رابطه معناداری وجود دارد که با یافته‌های لیفکرت و همکاران (۲۰۱۳)، پناهی و همکاران (۱۳۹۶)، مدیری و رحیمی (۱۳۹۶)، اوزن و همکاران (۲۰۲۱) و کیکلک و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. اساساً می‌توان گفت صمیمیت زوجین از عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی است که به‌عنوان یکی از شاخص‌های سلامت روان نیز شناخته می‌شود. به همین دلیل، صمیمیت همواره از نگرانی‌های عمده روان‌شناسان بوده است. تا آنجا که بسیاری از درمان‌گران، مشکل‌ترین حوزه‌های اختلافات زوجین را به ترتیب ارتباطات، انتظارات غیرواقعی از ازدواج و همسر، فقدان صمیمیت و نشان ندادن علاقه می‌شناسند (مهدی‌پور بازکیایی و صداقتی‌فرد، ۱۳۹۴). روابط صمیمی با توانایی برقراری ارتباط و توافق در علایق و سلاقی در یک رابطه مشخص می‌شود که به‌عنوان مهارت‌های مهم برای انسجام و پیوستگی خانوادگی در نظر گرفته می‌شود (نزاره و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین، نتایج یافته‌های زارع‌پور و آسوده (۱۳۹۰) نشان داد که صمیمیت زوجین می‌تواند بهترین پیش‌بینی‌کننده سلامت زوجین باشد. یافته این پژوهش را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که در زنان متأهل، صمیمیت مجموعه‌ای از احساسات پذیرش، اعتماد، تعهد و دلسوزی در روابط زناشویی است که برای استمرار ازدواج در طولانی‌مدت حیاتی است. همچنین، صمیمیت مواردی چون تعهد، صمیمیت عاطفی، صمیمیت شناختی، جنسی و تقابل رفتار را شامل می‌شود و پژوهش‌های زیادی بر نقش صمیمیت بر رضایت زناشویی تأکید کرده‌اند. بنابراین، زنان متأهلی که در روابط زناشویی خود ابعاد صمیمیت را تجربه کرده‌اند، از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. چراکه روابط خصمانه، سلامت روانی و جسمانی زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین، صمیمیت اهمیت اساسی در ماندگاری روابط زوجین دارد و میزان آن تأثیر عمیقی در شادکامی زناشویی دارد که خود تضمین‌کننده سلامت عمومی زنان است.

یافته دیگر پژوهش این بود که بین رضایت از زندگی و سلامت عمومی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. چراکه هرچه از عمر خانواده‌های گسترده می‌گذرد و تبلور خانواده هسته‌ای در جامعه بیشتر می‌شود، اهمیت روابط بین اعضای خانواده -به‌خصوص زن و شوهر- به‌عنوان

ارکان اصلی خانواده واضح تر می شود. در این میان، رضایت از زندگی یکی از مهم ترین عوامل اثرگذار بر عملکرد خانواده است که این نتایج با یافته های کلانتری و همکاران (۱۳۹۷)، افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۵)، کاظمی کاریانی و همکاران (۱۳۹۹) و کرمی (۱۳۸۹) همسو است. همچنین، متیود و همکاران^۱ (۲۰۱۴) عدم رضایت از زندگی را با وضعیت سلامتی ضعیف تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت اجتماعی مرتبط دانسته اند. افراد دارای رضایت از زندگی بالا، عمدتاً دارای هیجانان مثبت بوده و ارزیابی مثبتی درباره رویدادهای زندگی دارند. افراد دارای رضایت از زندگی پایین نیز شرایط و رویدادها را نامطلوب ارزیابی کرده، به همین دلیل هیجانان نامطلوب مانند اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را تجربه می کنند (سرجی، ۲۰۱۲). در تبیین این یافته می توان گفت که رضایت از زندگی با داشتن احساسات مثبت همچون شادی، امید، محبت، شایستگی و مولد بودن همراه است. افراد راضی و خشنود احساس خوشایند بیشتری می کنند. احساس ناتوانی در سازش با فشارهای روانی روزمره را ندارند و تحمل بیشتری در مقابل ناکامی ها دارند. این رضایت مندی می تواند در سازگاری فرد یا رویارویی با محیط و مسایل پیرامون تأثیرگذار باشد و فرد سازش مطلوب تری با شرایط استرس زا نشان دهد و هر زمان که با شرایط استرس زا مواجه شد واکنش های عاطفی تر نشان دهد. لذا رضایت از زندگی، پیش بینی کننده سلامت عمومی خواهد بود و هرچه رضایت از زندگی بالاتر باشد به همان نسبت فرد از سلامت عمومی بالاتری برخوردار است. تبیین دیگر این که هرچه محیط زندگی زنان متأهل لذت بخش باشد و زنان ارزیابی مثبتی درباره رویدادهای زندگی خود داشته باشند، زندگی سرشار از نشاط و شادکامی توأم با هیجانان مثبتی را تجربه خواهند کرد. اما زنان دارای رضایت از زندگی پایین، شرایط و رویدادهای زندگی را نامطلوب ارزیابی کرده و به همین دلیل با هیجانان منفی چون اضطراب، افسردگی و پرخاشگری رو به رو می شوند که سلامت عمومی آنها را تحت تأثیر قرار می دهد. بنابراین، رضایت از زندگی شاخص مهمی در سلامت عمومی زنان متأهل به شمار می رود.



این پژوهش مانند هر پژوهش علمی دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله، یافته‌های این پژوهش حاصل اطلاعات گردآوری شده از طریق پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی در جامعه محدود به زنان متأهل شهر مشهد بود. لذا توجه به این نکته در تعمیم‌دهی نتایج به گروه‌های دیگر حائز اهمیت است. از این‌رو انجام پژوهش‌های مشابه در میان جامعه آماری متفاوت ضرورت دارد. همچنین، استفاده از ابزارهای مختلفی مثل مشاوره، مصاحبه و درجه‌بندی رفتار زنان متأهل بر قابلیت اعتماد نتایج پژوهش خواهد افزود. بیشتر پژوهش‌ها در این مورد، بر اساس مطالعات مقطعی بوده است. نظریه این‌که در مطالعات طولی می‌توان، اطلاعات از وضعیت گذشته فرد را به‌عنوان عوامل تعیین‌کننده سلامت عمومی زنان بررسی کرد، پیشنهاد می‌شود با استفاده از مطالعه طولی، رابطه جهت‌گیری دینی، صمیمیت زوجین و رضایت از زندگی با سلامت عمومی زنان بررسی شود تا تعمیم‌پذیری بیشتری برای یافته‌های این پژوهش تأمین گردد. در پایان پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، تأثیر عوامل فرهنگی، محیطی و خانوادگی بر سلامت عمومی زنان متأهل مورد بررسی قرار گیرد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

آذربایجانی، مسعود. (۱۳۸۹). تهیه و ساخت آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام قم. پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

ابراهیمی سیریزی، پژمان، حسنی درمیان، غلامرضا و کرمانی، مهدی. (۱۳۹۶). بررسی رابطه دینداری با سلامت عمومی (مطالعه موردی ساکنان شهر مشهد). مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، دوره ۲، شماره ۱۲، صص ۲۵۵-۲۳۱.

ابراهیمی مقدم، حسین و محمودی، ایوت. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی با مؤلفه‌های سلامت عمومی در بین دانشجویان. پژوهش‌های مشاوره، دوره ۱۶، شماره ۶۳، صص ۷۹-۶۶.

افشانی، سید علیرضا و شیرینی محمدآباد، حمیده. (۱۳۹۵). بررسی رابطه رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد. طلوع بهداشت، دوره ۱۵، شماره ۲، صص ۴۴-۳۴.

اعتصامی‌نیا، حسن، نارویی نصرتی، رحیم و احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۴). رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان و تحول اخلاقی. روان‌شناسی و دین، دوره ۱، شماره ۲۹، صص ۱۲۸-۱۱۵.

باباپور خیرالدین، جلیل، نظری، محمدعلی و رشیدزاده، لیلا. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین جانباز شیمیایی. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، دوره ۶، شماره ۲۴، صص ۱۸-۱.

پناهی، مریم، کاظمی جمارانی، شبنم، عنایت‌پور شهربابکی، مهدیه و رستمی، مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی رفتاری-تطبیقی بر کاهش دلزدگی زناشویی و ترس از صمیمیت زوج‌ها. روان‌شناسی کاربردی، دوره ۱۱، شماره ۳، صص ۳۹۲-۳۷۳.

حسین شرقی، عاطفه و میرهاشمی، مالک. (۱۳۹۵). ارتباط سبک‌های هویت و جهت‌گیری مذهبی با سلامت عمومی دانشجویان. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، دوره ۱، شماره ۱۰، صص ۹۰-۷۷.

حسینی، فخرالسادات و علوی لنگرودی، سیدکاظم. (۱۳۹۶). نقش سبک‌های دلبستگی و رضایت جنسی در رضایت زناشویی با واسطه‌گری عشق‌ورزی. *مطالعات اجتماعی و روان‌شناختی زنان*، دوره ۱۵، شماره ۳، صص ۱۸۸-۱۶۵.

دغاغله، فاطمه، عسکری، پرویز و حیدری، علیرضا. (۱۳۹۱). رابطه بخشودگی، عشق، صمیمیت با رضایت زناشویی. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، دوره ۲۴، شماره ۴، صص ۶۹-۵۷.

رجایی قاضیلو، دینا، شریعتمدار، آسیه و فرخی، نورعلی. (۱۴۰۰). رضایت از زندگی و رضایت زناشویی برخاسته از تجارب زیسته زنان شاغل و خانه‌دار: یک مطالعه پدیدارشناسی. *روان‌شناسی کاربردی*، دوره ۱، شماره ۵۷، صص ۱۱۵-۹۵.

رزم‌گر، مهسا و اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد. (۱۳۹۹). نقش سبک‌های حل تعارض در پیش‌بینی رضایت از زندگی زنان متأهل با میانجی‌گری شادکامی. *مطالعات اجتماعی-روان‌شناختی زنان*، دوره ۱۸، شماره ۱، صص ۲۰۰-۱۶۹.

زارع‌پور، مریم و آسوده، محمدحسین. (۱۳۹۰). سلامت روان زوجین: نقش ابعاد صمیمیت زناشویی و الگوهای ارتباطی. دومین همایش ملی روان‌شناسی-روان‌شناسی خانواده، مرودشت.

سجادی، حمیرا، حسین‌پور، ناصر، شریفیان ثانی، مریم و محمودی، زهره. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط سواد سلامت با سبک زندگی در زنان روستایی زیر پوشش پزشک خانواده مرکز بهداشت ایده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم توان‌بخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

فرهمند، بتول، فلاح یخدانی، محمدحسین و وزیر یزدی، سعید. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر آموزش صمیمیت غنی شده با آموزه‌های اسلامی بر رضایتمندی و صمیمیت زوجین درون‌گرای شهر یزد. *پژوهش در دین و سلامت*، دوره ۵، شماره ۴، صص ۶۰-۴۵.

فیروزی، ابوذر، امینی، معصومه، اصغری، زهرا و مقیمی دهکردی، بیژن. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط باورهای مذهبی و سلامت روان دانش‌آموزان متوسطه شهر درگز در سال تحصیلی ۸۹-۹۰. *بهداشت و توسعه*، دوره ۲، شماره ۲، صص ۱۴۸-۱۳۸.

کاظمی کاریانی، علی، کریمی متین، بهزاد، گبرو، آدیس آدرا، یحیوی دیزج، جعفر و رضایی، ستار. (۱۳۹۹). پیش‌بینی سلامت بر اساس رضایت از زندگی و کیفیت شاخص توده بدنی و بیماری‌های مزمن در ایران. *ارتقای آموزش و سلامت*، دوره ۸، شماره ۷۱، صص ۴۹-۳۳.

کرمی، ابوالفضل. (۱۳۸۹). بررسی رابطه رضایت از زندگی با سلامت عمومی و سازگاری. *فرهنگ و مشاوره*، دوره ۱، شماره ۴، صص ۷۳-۹۰.

کریمی، علی اوسط، نارویی نصرتی، رحیم و احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۵). ارتباط بین جهت‌گیری مذهبی با هوش هیجانی و سلامت روان. *روانشناسی و مذهب*، دوره ۹، شماره ۳، صص ۱۵۳-۱۳۹.

کلانتری، عبدالحسین و حسینی زاده آرانی، سید سعید (۱۳۹۴). دین، سلامت روان و احساس تنهایی؛ بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی). *جامعه‌شناسی کاربردی*، دوره ۶۰، شماره ۴، صص ۴۴-۲۵.

کلانتری، میترا، صادقی، منصوره سادات و باقری، فریبرز. (۱۳۹۷). اثربخشی برنامه آموزشی افزایش صمیمیت بر مبنای فرهنگ بومی ایران بر رضایت زناشویی زوجها. *روانشناسی کاربردی*، دوره ۱، شماره ۴۵، صص ۲۴-۷.

مدیری، فاطمه و رحیمی، علی. (۱۳۹۶). بررسی روابط میان زوجین در گذر تاریخ. *جامعه، فرهنگ و رسانه*، دوره ۲۲، شماره ۲، صص ۱۵۸-۱۳۹.



ملتفت، قوام و اذربون، بنت الهدی. (۱۳۹۴). پیش‌بینی رضایت از زندگی بر اساس الگوی ارتباطی خانواده با نقش واسطه‌ای انگیزش دین. *سیستم‌های مدیریت*، دوره ۶، شماره ۲۰، صص ۳۶-۱۷.

مهدی‌پور، مونا و صداقتی‌فرد، مجتبی. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین با سازگاری در خانه. *روان‌شناسی تحلیلی-شناختی*، دوره ۶، شماره ۲۲، صص ۳۱-۲۱.

نائینیان، محمدرضا و نیک آذین، امیر. (۱۳۹۱). رابطه صمیمیت و رضایت جنسی با سلامت عمومی و بهزیستی شخصی: بررسی تفاوت‌های جنسیتی و سنی. *تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۱۰، شماره ۷، صص ۷۴۵-۷۳۵.

نیازی، محسن، حسینی‌زاده آرانی، سیدسعید، یعقوبی، فاطمه، سخایی، ایوب و امیری دشتی، سیده مهدیه. (۱۳۹۸). دین و سلامت؛ فراتحلیلی بر مطالعات و پژوهش‌های دین‌داری و سلامت روان در ایران (مورد مطالعه: پژوهش‌های انجام شده در دهه ۸۰ و نیمه اول دهه ۹۰). *روان‌شناسی سلامت*، دوره ۸، شماره ۱، صص ۱۹۳-۱۶۸.

وجدانی، شهریار، کرمی، مریم و احمدی، صدیقه. (۱۳۹۹). بررسی نقش تعدیل‌گری باورهای مذهبی در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی با نگرش به خیانت در زنان متأهل. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، دوره ۱۸، شماره ۲، صص ۱۹۳-۲۲۰.

ودادهیر، ابوعلی، هانی ساداتی، سیدمحمد و احمدی، بتول. (۱۳۸۷). سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامتی در ایران. *زن در توسعه و سیاست*، دوره ۶، شماره ۲، صص ۱۳۳-۱۵۵.

ویر، رابرت. (۱۳۸۹). *جهان مذهبی*. ترجمه عبدالرحیم گواهی. تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

Afshani, A. & Shiri Mohammadabad, H. (2016). The study of relationship between life satisfaction and social health of Yazd city women. *Tolooe Behdasht*, 15(2), 34-44. (In Persian)

- Agate, S., Zabriskie, R. & Eggett, D. (2007). Praying, playing and successful families *Marriage and Family Review*, 42(2), 51-57.
- Allport, G. W. & Ross, M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443.
- Alvarado, K. A., Templer, D. I., Bresler, C. & Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of 204 religious variables to death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 202-204.
- Azarbaeijani, M. (2010). Preparation and construction of a test of religious orientation based on Islam in Qom. *Seminary and University Research Institute*. (In Persian)
- Babapour, J., Nazari, M. & Rashidzadeh, L. (2012). The effect of cognitive-behavior therapy on marital satisfaction and intimacy of chemical patient couples. *Journal of Modern Psychological Researches*, 6(24), 1-18. (In Persian)
- Bagarozzi, D. A. (2014). *Enhancing intimacy in marriage: A clinicians guide*. USA: Brunner- Routledge. 6-25.
- Barnes, G. G. (1998). *Family therapy in changing times: Basic texts in counselling and psychotherapy*. New York, NY, USA: Palgrave Macmillan.
- Blume, T. W. (2006). *Becoming a Family Counselor: A Bridge to Family Therapy Theory and Practice*. Hoboken, NJ, USA: Wiley.
- Çikrikci, Ö. (2016). The effect of internet use on well-being: Meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 65(5), 560-566.
- Clore, G. L. & Byrne, D. (1974). A reinforcement-affect model of attraction. 143-170 in foundations of interpersonal attraction edited by *Ted L. Huston*. New York, NY, USA: Academic Press.
- Cotton, S., Larkin, E., Hoopes, A. & Rosenthal, S. L. (2005). The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 36, 520-540.
- Daghagheleh, F., Asgari, P. & Hydarie, A. R. (2012). Relationships between staffs forgiveness, intimacy and love with marital satisfaction at Islamic Azad University of Ahvaz. *Journal of Social Psychology*, 7(24), 57-69. (In Persian)



- Diener, E. & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective wellbeing: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Ebrahimi Moghaddam, H. & Mahmodi, A. (2017). The relationship between quality of life and self-efficacy among students with mental health component. *Journal Counseling of Research*, 16(63), 67-68. (In Persian)
- Ebrahimi Sirizi, P., Hasani Darmian, G. H. & Kermani, M. (2018). Investigating the relationship between religiosity and public health (Case study of Mashhad residents). *Journal of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Ferdowsi University of Mashhad*, 14(2), 231-255. (In Persian)
- Etesaminia, H., Naruei Nosrati, R. & Ahmadi, M. (2015). The relationship between religious orientation and mental health and moral development. *Ravanshenasi-va Din*, 8(1), 115-128. (In Persian)
- Farahmand, B., Fallah Yakhdani, M. H. & Vaziri Yazdi, S. (2019). Investigating the impact of intimacy education enriched by Islamic teachings on the satisfaction and intimacy of introverted couples in Yazd, Iran. *Journal of Research on Religion & Health*, 48-60. (In Persian)
- Farhadi, A., Javadian, H. & Farokhnezhad Afshar, P. (2021). Prediction of mental health by religious orientation and the mediating role of death anxiety among nurses in the Covid-19 pandemic. *Research Square*, 1(1), 1-9. (In Persian)
- Fehr, B. (1996). *Friendship Processes*. London, UK: Sage Publications.
- Firuzi, A., Amini, M., Asghari, Z. & Moghimi-Dehkordi, B. (2013). The relationship between religious belief and mental health: A study on high school students in Dargaz, Iran. *Journal of Health & Development Original Article*, 2(2), 34-51. (In Persian)
- Gottfried, A. E. (2021). Maternal employment in the family setting: Developmental and environmental issues 1. In *Employed mothers and their children*, 63-84.
- Heidemeier, H. & Göritz, A. S. (2016). The instrumental role of personality traits: Using mixture structural equation modeling to investigate individual

differences in the relationships between the Big Five traits and life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 17(6), 2595-2612.

- Hosseini Sharghi, A. & Mirhashemi, M. (2016). Relationship between identity styles and religious orientation with students' general health. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*, 1(10), 77-90. (In Persian)
- Hosseini, F. & Alavi Langeroodi, S. (2017). The role of attachment styles and marital satisfaction on sexual satisfaction through the mediation of love among married. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 15(3), 165-188. (In Persian)
- Kalantari, M., Baqeri, F. & Sadeqi, M. (2018). Effectiveness of educational program for enhancement of intimacy based on Iranian native culture on marital satisfaction of couples. *Journal of Applied Psychology*, 12(1), 7-24. (In Persian)
- Kalantari, A. & Hoseinizade Arani, S. S. (2015). Religion, mental health and loneliness a study of the relationship between religiosity and mental health with feeling lonely (Case study: Tehran citizens). *Applied Sociology*, 60(4), 25-44. (In Persian)
- Karami, A. (2010). The survey of the relationship between life satisfaction with general health and adjustment. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 1(4), 73-90. (In Persian)
- Karimi, A. O., Naruei Nosrati, R. & Ahmadi, M. (2016). The relationship between religious orientation and emotional intelligence and mental health. *Journal of Psychology and Religion*, 9(3), 139-153. (In Persian)
- Kazemi Karyani, A., Karami Matin, B., Gebru, A. A., Yahyavi Dizaj, J. & Rezaei, S. (2019). Life and health satisfaction and their association toward health-related quality of life, body mass index and chronic diseases in Iran. *Educational Health Promot*, 8(71), 33-49. (In Persian)
- Kiecolt-Glaser, J. & Wilson, S. (2017). Lovesick: How couples' relationships influence health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(13), 421-443.



- Leifker, F. R., White, K. H., Blandon, A. Y. & Marshal, A. D. (2015). Posttraumatic stress disorder symptoms impact the emotional experience of intimacy during couple discussions. *Journal of Anxiety Disorders*, 29(3), 119-127.
- Mahdipour Bazkiyaei, M. & Sedaghatifard, M. (2015). To investigate the relationship between marital satisfaction and adjustment spouses intimacy at home. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*, 6(22), 21-31. (In Persian)
- Mahoney, A., Pargament, K. I., Jewell, T., Swank, A. B., Scott, E., Emery, E. & Rye, M. (2010). Marriage and the spiritual realm: The role of proximal and distal religious constructs in marital functioning. *Journal of Family Psychology*, 13(3), 321-338.
- Markos, J. & Marita, M. (2003). The relationship between religion, psychological adjustment and quality of life among people with multiple sclerosis. *Journal of Religion and Health*, 42(2), 143-152.
- Matud, T. M. P., Bethencourt, J. M. & Ibanez. I. (2014). Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. *Personality and Individual Differences*, 70, 206-211.
- McCullough, M. E. & Willoughby, B. L. (2009). Religion, self-regulation and self-control: Associations and implications. *Psychological Bulletin*, 135, 69-93.
- Modiri, F. & Rahimi, A. (2017). Relationships between couples through history. *Society Culture Media*, 6(22), 139-158. (In Persian)
- Moltafet, G. & Azarbon, B. (2015). The prediction of life satisfaction based on family communication patterns mediated by religion motivation. *Psychological Methods and Models*, 6(20), 17-36. (In Persian)
- Nainian, M. & Nik-Azin, A. (2013). The relationship between intimacy and sexual satisfaction with general health and personal well-being: investigation of sex and age differences. *Journal Research Behavior Science*; 10(7), 735-45. (In Persian)
- Nam, Y., Kim, Y. H. & Tam, K. K. P. (2018). Effects of emotion suppression on life satisfaction in Americans and Chinese. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41(1), 149-160.
- Nazare, B., Fonseca, A., Gamerio, S., Canavarro, M. & Dattilio, F. (2011). Amniocentesis due to advanced maternal age: The role of marital intimacy

in couple's decision making process. *Contemporary Family Therapy*, 33, 128-142.

- Niazi, M., Hosseinizadeh Arani, S., Yaghoubi, F., Sakhaei, A. & Amiri Dashti, S. (2019). Religion and health; meta-analysis on studies and research on religiosity and mental health in Iran (Case study: Research in the 80's and the first half of the 90's). *Quarterly Journal of Health Psychology*, 8(29), 168-193. (In Persian)
- O'Conner D. B., Cobb, J. & O'Connar, R. C. (2003). Riligiosity, stress and psychological distress: No evidence for an association among undergraduate students. *Personality Individual Difference*, 34(2), 211-217.
- Özen, Ş., Karataş, T. & Polat, Ü. (2021). Perceived social support, mental health, and marital satisfaction in multiple sclerosis patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 5(2), 79-87.
- Özmen, S., Özkan, O., Özer, Ö. & Yanardağ, M. Z. (2021). Investigation of COVID-19 fear, well-being and life satisfaction in Turkish society. *Social Work in Public Health*, 36(2), 164-177.
- Palmer Kelly, E., Hyer, M., Payne, N. & Pawlik, T. M. (2020). Does spiritual and religious orientation impact the clinical practice of healthcare providers? *Journal of Interprofessional Care*, 34(4), 520-527.
- Panahi, M., Kazemi Jamarani, S., Enayatpour Shahrabaki, M. & Rostami, M. (2017). Effectiveness of integrative behavioral couple therapy on reducing marital burnout and fear in couples of intimacy. *Journal of Applied Psychology*, 11(3), 373-392. (In Persian)
- Poole, R., Cook, C. H. & Higgs, R. (2019). Psychiatrists, spirituality and religion. *Published online by Cambridge University Press*, 25(3), 324-337.
- Rajaei Ghazilo, D., Shariatmadar, A. & Farokhi, N. (2021). Life satisfaction and marital satisfaction based on lived experiences of working and housewives: A phenomenological study. *Journal of Applied Psychology*, 15(1), 95-119. (In Persian)
- Razmgar, M. & Asghari Ebrahim Abad, M. (2020). Studying the role of conflict management styles in prediction of life satisfaction with mediation of happiness in married women. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 18(1), 169-200. (In Persian)



- Reddy, P. & Frantz, J. (2017). The quality of life of HIV-infected and non-infected women post-caesarean section delivery. *Health Sa Gesondheid*, 22(4), 87-92.
- Reymo, J. M., Park, H., Xie, Y. & Yeung, W. J. J. (2015). Marriage and family in East Asia: Continuity and change. *Annual Review of Sociology*, 41(3), 471-492.
- Rios, C. X. (2010). *The Relationship between Premarital Advice, Expectations and Marital Satisfaction*. All Graduate Theses and Dissertations, 536.
- Sajjadi, H., Hosseinpour, N., Sharifian Sani, M. & Mahmoodi, Z. (2016) Association between health literacy and life style in married rural women in Izeh, Iran. *Journal of Health*, 7(4), 479-489. (In Persian)
- Schwartz, C., Waddell, C., Barican, J., Zuberbier, O., Nightingale, L. & Gray-Grant, D. (2009). The economics of childrens mental health. *Childrens Mental Health Research Quarterly*, 3(1), 1-16.
- Simon, D. (2010). Religion, spirituality, and mental health. *Psychiatric Times*, 27(1), 123-139.
- Sirgy, M. J. (2012). The psychology of quality of life: Hedonic well-bing, life satisfaction, and eudaimonia. *Springer Science & Business Media*, 50(1), 246-258.
- TenHouten, W. D. (2007). *A General Theory of Emotions and Social Life*. London, UK: Rutledge.
- Vedadhir, A., Hani Sadati, M. & Ahmadi, B. (2008). A content analysis of Iranians scientific and academic health journals. *Women in Development & Politics*, 6(2), 133-155. (In Persian)
- Veiyer, R. (2010). *Religious World*. translated by Abdolrahim Gavahi, Tehran, Islamic Culture Publishing Office. (In Persian)
- Vejdani, S., Karami, M. & Ahmadi, S. (2020). The moderating role of religious beliefs in the relationship between attachment styles and attitude towards infidelity in married women. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 18(2), 193-220. (In Persian)
- Weber, D., Samuel, R., Pargament, E. & Kenneth, I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-363.

Zarepour, M. & Asude, M. H. (2011). Couples' mental health: The role of marital intimacy dimensions and communication patterns. *The Second National Conference on Psychology-Marvdasht Family Psychology*. (In Persian)

Zonderman A. B., Ejiogu N., Norbeck, J. & Evans, M. K. (2014). The influence of health disparities on targeting cancer prevention efforts. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(3), S87-S97.



© 2022 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYNC 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).





نویسندگان

Z.kermani@eqbal.ac.ir

زهرا کرمانی مامازندی

ایشان استادیار گروه روان‌شناسی موسسه آموزش عالی اقبال لاهوری شهر مشهد هستند و در مجلات علمی داخل و خارج از کشور مقالات متعددی منتشر نموده و در همایش‌های معتبر ملی و بین‌المللی شرکت کرده‌اند.

A.Hasanzade@eqbal.ac.ir

عاطفه حسن‌زاده

ایشان دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی اقبال لاهوری شهر مشهد هستند.

