

## پیش‌بینی سلامت روانی زنان متأهل بر اساس مؤلفه‌های هیجانی کیفیت زندگی

منصور بیرامی<sup>۱\*</sup>، سولماز دهقانی دولت‌آبادی<sup>۲</sup>

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه روان‌شناسی تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

Dr.bayrami@yahoo.com

۲. دانشجو دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

S.dehghani.d@gmail.com

تاریخ دریافت: [۱۴۰۱/۱۱/۱۸]

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۳/۱۳]

### چکیده

سلامت روانی زنان می‌تواند سایر وظایف آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بنابراین بررسی نقش عوامل تأثیرگذار در سلامت روانی از موضوعات با اهمیت به شمار می‌رود. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش مؤلفه‌های هیجانی کیفیت زندگی در پیش‌بینی سلامت روانی زنان متأهل بود. این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. بدین منظور از جامعه زنان متأهل شهر شیراز، ۲۴۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) و سلامت روانی (GHQ-28) در فضای مجازی مورد آزمون قرار گرفتند. به‌منظور تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل رگرسیون چندگانه (مدل هم‌زمان) استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که مؤلفه‌های هیجانی کیفیت زندگی با سلامت روانی رابطه معنادار دارند. تحلیل رگرسیون هم‌زمان نشان داد که در پیش‌بینی سلامت روانی زنان متأهل، مؤلفه‌های انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی و عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی نقش مثبت و مؤلفه‌ی اختلال نقش به‌خاطر عدم سلامت هیجانی نقش منفی دارند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت چگونگی وضعیت بهزیستی هیجانی، شادکامی و سرزندگی زنان متأهل می‌تواند در سلامت روانی آن‌ها نقش مهمی داشته باشد.

**واژگان کلیدی:** سلامت روانی، کیفیت زندگی، بهزیستی هیجانی، عملکرد اجتماعی، زنان متأهل

**۱- مقدمه**

برخورداری از نعمت سلامت جسم و روان، لازمه استمرار حیات انسان بوده و شرط لازم برای بهره‌گیری مطلوب از مواهب زندگی اعم از زندگی شخصی یا اشتغال حرفه‌ای است. مشکلات جهان امروز و پیامدهای آن در زمینه ایجاد استرس و تنش‌های روانی، مواجهه با بحران‌های روانی را برای افراد جامعه اجتناب‌ناپذیر ساخته و از همین رو مسئله بهداشت روانی در شرایط زندگی امروز، اهمیتی مضاعف یافته است. در سالیان اخیر رویکرد آسیب‌شناختی به مطالعه سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. برخلاف این دیدگاه که سلامتی را به‌عنوان نداشتن بیماری تعریف می‌کند، رویکردهای جدید، بر «خوب بودن»<sup>۱</sup> به جای «بد یا بیمار بودن»<sup>۲</sup> تأکید می‌کند. از این نظر عدم وجود نشانه‌های بیماری‌های روانی، شاخص سلامتی نیست، بلکه سازگاری، شادمانی، اعتمادبه‌نفس و ویژگی‌های مثبتی از این دست نشان‌دهنده سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازی قابلیت‌های خود است. نظریه‌هایی مانند نظریه‌های خودشکوفایی مازلو<sup>۳</sup>، کارکرد کامل<sup>۴</sup> راجرز<sup>۵</sup>، انسان بالغ یا بالیدگی<sup>۶</sup> آلپورت<sup>۷</sup> در شکل‌بندی مفهوم سلامت روانی، این فرض بنیادین را پذیرفته و از آن بهره‌جسته است.

از سویی، در سلامت روانی فرد، عوامل متنوعی نقش دارند که در این میان وضعیت زندگی باکیفیت مطلوب از آن جمله‌اند و در طی سالیان متمادی یافتن مفهوم زندگی خوب و چگونگی دست‌یابی به آن افکار مطالعات را به خود معطوف داشته است. در سال‌های اخیر دو رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، مسئله کیفیت زندگی<sup>۸</sup> و رابطه آن با سلامت روانی نظر محققان را جلب کرده است. همگام با تمرکز صنایع، سرمایه‌ها، امکانات و خدمات شهری، کیفیت زندگی در بعد کمی رشد کرده بود و پس از این‌که شهرنشینی و فرایند صنعتی‌شدن، مشکلات و دشواری‌ها، استرس‌های عصبی و روانی و تخریب محیط‌زیست را برای بشر مدرن به ارمغان آورد، بسیاری از صاحب‌نظران و دانشمندان توجه بسیاری روی مفهوم کیفیت زندگی معطوف کرده‌اند تا از این طریق تلاش‌هایی در راستای ارتقاء شرایط زندگی و بهبود بخشیدن به بعد کیفی زندگی صورت گیرد.

علاوه بر این، باید اذعان نمود برخورداری زنان از سلامت روانی اهمیت زیادی دارد و سایر وظایف آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و بررسی نقش عوامل تأثیرگذار در سلامت روانی آن‌ها حائز اهمیت است.

**۲- مرور مبانی نظری و پیشینه**

برخورداری از نعمت سلامت جسم و روان، لازمه استمرار حیات انسان بوده و شرط لازم برای بهره‌گیری مطلوب از مواهب زندگی است. مشکلات جهان امروز و پیامدهای آن در زمینه ایجاد استرس و تنش‌های روانی، مواجهه با بحران‌های روانی را برای افراد جامعه اجتناب‌ناپذیر ساخته و از همین رو امروزه، مسئله بهداشت روانی اهمیتی مضاعف یافته است. در سلامت روانی فرد، عوامل متنوعی نقش دارند که در این میان وضعیت زندگی باکیفیت مطلوب از آن جمله‌اند و در طی سالیان متمادی یافتن مفهوم زندگی خوب و چگونگی دست‌یابی به آن افکار مطالعات را به خود معطوف داشته است. زنان، نیمی از جمعیت کشور، مدیران و مربیان خانواده‌ها و فعالان جامعه بوده و سلامت آنان، پایه سلامتی نیمی از جمعیت، خانواده و جامعه را تشکیل می‌دهد (پرویزی، سیدفاطمی و کیانی،

1. wellness
2. illness
3. Maslow
4. full functioning
5. Rogers
6. maturity
7. Allport
8. quality of life

۱۳۸۸). علاوه بر این، باید اذعان نمود بر خورداری زنان از سلامت روانی اهمیت زیادی دارد و سایر وظایف آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد؛ بنابراین، بررسی نقش عوامل تأثیرگذار در سلامت روانی زنان حائز اهمیت است.

سلامتی، حالت بهزیستی کامل بدنی، روانی و اجتماعی است (WHO, 2015). هرچند سازمان بهداشت جهانی از سال ۱۹۴۶ میلادی برای سلامت تعریف سه‌بعدی زیستی، روانی و اجتماعی را بیان کرده است، اما در بیشتر کشورها دو بعد روانی و اجتماعی سلامت تا حد زیادی توسط متولیان سامانه سلامت نادیده گرفته شده است. از حدود دو دهه پیش، سازمان بهداشت جهانی نسبت به این بی-توجهی زیان‌بار هشدار جدی داده و به نقش نزدیک به ۸۵ درصدی عوامل روانی- اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت اشاره کرده است (نوربالا، ۱۳۹۰). سلامت روانی از جمله مفاهیم مهم و اساسی در روان‌شناسی است. به تعبیری، بخش مرکزی سلامت، سلامت روان است، چراکه تمامی تعاملات مربوط به سلامتی توسط روان انجام می‌شود (Videbeck & Videbeck, 2013). در سال‌های اخیر دو رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، مسئله کیفیت زندگی و رابطه آن با سلامت روانی نظر محققان را جلب کرده است. همگام با تمرکز صنایع، سرمایه‌ها، امکانات و خدمات شهری، کیفیت زندگی در بعد کمی رشد کرده بود و پس از این‌که شهرنشینی و فرایند صنعتی‌شدن، مشکلات و دشواری‌ها، استرس‌های عصبی و روانی و تخریب محیط‌زیست را برای بشر مدرن به ارمغان آورد، بسیاری از صاحب‌نظران و دانشمندان توجه بسیاری روی مفهوم کیفیت زندگی معطوف کرده‌اند تا از این طریق تلاش‌هایی در راستای ارتقاء شرایط زندگی و بهبود بخشیدن به بعد کیفی زندگی صورت گیرد (فریش، ۱۳۹۰).

کیفیت زندگی، نتیجه کنش متقابل بین شخصیت افراد و پیوستگی رویدادهای زندگی تعریف می‌شود و رویدادهای زندگی در یک مجموعه چندبعدی از حوزه‌های زندگی مانند آزادی، دانش، اقتصاد، امنیت، روابط اجتماعی، مذهب، محیط‌زیست و تفریح رخ می‌دهد و کیفیت زندگی بر مجموعه حوزه‌های تشکیل‌دهنده زندگی تأثیر می‌گذارد (Hajiran, 2006). کیفیت زندگی، یک جنبه مهم از زندگی خانوادگی به‌ویژه صمیمیت زناشویی است، سلامت افراد را شکل می‌دهد که شامل ابعاد مختلف مثل سلامت، راحتی فیزیکی و بُعد روانی و اجتماعی است (Mazuchovan, Kelcıkova & Dubovicka, 2018). اما برخی از نظریه‌پردازان توافق دارند که مفهوم زندگی همواره ۵ بعد فیزیکی، روانی، اجتماعی، روانی و علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان را در برمی‌گیرد (Hinds, 2003; Paul, Jani, Davoren & Knight-Agarwal, 2021). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت وجود دارد (Ferrand, Martinent & Durmaz, 2014)؛ بنابراین، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بیانگر ارزیابی فرد از ابعاد مختلف زندگی است و شخصی که از زندگی خود رضایت بیشتری دارد احساس می‌کند که در حیطه‌های مختلف زندگی مانند تحصیل، شغل، خانواده و روابط بین فردی به‌خوبی پیش می‌رود (Diener, 2006; Gordon., Ferrans, Halyard, Revicki, Symonds, Varricchio & et al, 2007; Hilari., Justin, & Harrison, 2012). در پژوهش‌های جداگانه‌ای نشان دادند که بین کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن (عملکرد جسمی، اختلال نقش به‌خاطر عدم سلامت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، اختلال نقش به‌خاطر عدم سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی) با بهزیستی روان‌شناختی رابطه معنی‌دار وجود دارد. با این‌ها، فرهادی، فروغان و محمدی (۱۳۹۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که تنها بین مؤلفه عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه معنی‌دار وجود دارد.

به‌طورکلی، موضوع سلامت روان زنان دارای اهمیت اجتماعی و روان‌شناختی بوده و می‌تواند بیانگر این باشد که برای داشتن یک جامعه سالم باید به سطح سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی آن‌ها ارزش و بها داد، به‌خاطر این‌که آثار قابل توجهی بر روی سلامت روانی سایر افراد جامعه می‌گذارند. بدیهی است هرگونه نارسایی در بهداشت جسمی و روانی و در نتیجه کاهش توانایی‌های این قشر به‌گونه‌ای غیرقابل اجتناب به‌کندی پیشرفت در جامعه می‌انجامد. هرچند ممکن است جنبه‌های پیشگیرانه مختلفی برای جلوگیری از آسیب‌پذیری این قشر وجود داشته باشد؛ که شاید بتوان با توجه به یافته‌های این تحقیق در جهت ارتقاء و رفع موانع

کیفیت زندگی آنان مثر ثمر باشد. به‌علاوه مقوله‌های سلامت روان‌شناختی، کیفیت زندگی از موضوعات بحث‌انگیز نظام روان‌شناختی محسوب می‌شود و علیرغم پژوهش‌هایی که در سال‌های اخیر در این حیطه‌ها انجام گرفته این‌گونه موضوعات دارای ابهامات فراوانی هستند (فراهانی، محمدخانی و جوکار، ۱۳۸۸). باینکه بین کیفیت زندگی با سلامت روانی رابطه وجود دارد. با این‌ها در خصوص مؤلفه‌های مربوط به کیفیت زندگی در مطالعات، تناقضاتی به چشم می‌خورد، چنان‌که همه مطالعات، مؤلفه‌های یکسانی را مطرح نکرده‌اند. از سویی، در اکثر مطالعات کیفیت زندگی به‌تنهایی موردبررسی قرار گرفته و مؤلفه‌های آن کمتر مورد پژوهش بوده‌اند یا این‌که در خصوص مؤلفه‌های آن ابهاماتی وجود دارد یک‌جا بررسی نشده‌اند. مبتنی بر مبانی نظری و پژوهشی ذکرشده و جهت رفع ابهام، سؤال اصلی پژوهش این است که آیا مؤلفه‌های هیجانی کیفیت زندگی می‌توانند سلامت روانی زنان متأهل را پیش‌بینی نمایند.

### ۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر به روش توصیفی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ بودند. برای تعیین حجم نمونه از اصول کلی روش‌شناسی رگرسیون هم‌زمان استفاده گردید. تبانچنیک و فیدل<sup>۱</sup> فرمول زیر را برای محاسبه اندازه نمونه در ارتباط با تعداد آزمودنی‌های مورد نیاز برای رگرسیون سلسله مراتبی با توجه به تعداد متغیرهای پیش‌بین ارائه نمودند:  $N > 50 + 8m$  که در این فرمول  $m$  برابر با تعداد متغیرهای پیش‌بین (در این مطالعه  $m = 5$ ) می‌باشد (Tabachnick & Fidell, 2000). بر این اساس حجم نمونه ۲۵۰ در نظر گرفته شد که در مجموع با حذف داده‌های مخدوش (پرسش‌نامه‌های ناقص یا مخدوش برگردانده شده)، ۲۴۰ پرسش‌نامه وارد تحلیل آماری شد. پرسشنامه‌های این مطالعه در فضای مجازی به اشتراک گذارده شد و پس از تکمیل نسبت به جمع‌آوری و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها اقدام شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS انجام شد.

### ۳-۱- ابزارهای اندازه‌گیری

الف) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): پرسشنامه سلامت عمومی GHQ توسط گلدبرگ ابداع شده‌است (Williams, Goldberg, & Mari, 1987). مطالعات بسیاری در ایران پایایی پرسشنامه را بین ۸۴ تا ۹۱ درصد گزارش کردند. در پژوهش دستجردی و خزاعی (۱۳۸۰) روایی این پرسشنامه تأیید شده‌است. این پرسشنامه چهار حیطه را بررسی می‌کند که شامل سلامت جسمی، اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی می‌باشد.

ب) پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال با پاسخ‌های چندگزینه‌ای است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامت می‌سنجد. ترجمه و تعیین پایایی و روایی گونه فارسی این پرسش‌نامه استاندارد توسط منتظری، گشتاسبی و وحدانی-نیا (۱۳۸۴)، در شهر تهران در افراد سنین ۱۵ سال و بالاتر انجام گرفته است. مطالعات ایشان از کفایت لازم این ابزار جهت استفاده در جامعه ایران دارد. مقیاس SF-36 دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد جسمی (با سؤالات ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲)، اختلال نقش به خاطر عدم سلامت جسمی (با سؤالات ۱۳-۱۴-۱۵-۱۶)، درد جسمی (با سؤالات ۲۱-۲۲)، سلامت عمومی (با سؤالات ۱-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶)، عملکرد اجتماعی (با سؤالات ۲۰-۳۲)، اختلال نقش به خاطر عدم سلامت هیجانی (با سؤالات ۱۷-۱۸-۱۹) و بهزیستی هیجانی (با سؤالات ۲۴-۲۵-۲۶-۲۸-۳۰) و انرژی/خستگی (با سؤالات ۲۳-۲۷-۲۹-۳۱) است که ضرایب آلفای گزارش شده برای آن‌ها به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴، ۰/۷۷ بوده که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است. بررسی‌های روان‌سنجی دیگر از قبیل روایی‌یابی نیز (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴) صورت گرفته

<sup>1</sup> Tabachnick & Fidell

است که حکایت از مناسب بودن این ابزار (بالتر از ۰/۷۰) دارد. آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به دست داد که ۰/۶۵ پراکندگی میان مقیاس‌های پرسشنامه را توجیه می‌نمود. این پرسشنامه از پایایی و روایی لازم برخوردار است.

#### ۴- یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۴۲۰ نفر زن متأهل بوده است. در این پژوهش از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش توصیفی، برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و در بخش استنباطی جهت پاسخ به سؤالات پژوهشی از روش تحلیل رگرسیون چندگانه (مدل هم‌زمان) استفاده شد. جهت بررسی پیش‌فرض‌ها، شاخص‌های تورش واریانس و تولرانس<sup>۱</sup> مورد بررسی قرار گرفت؛ که مقادیر مشاهده شده نشان داد که پیش‌فرض عدم وجود چند هم‌خطی در بین متغیرهای پیش‌بین، رعایت شده است. برای بررسی نرمال بودن توزیع فراوانی داده‌ها از آزمون کلموگروف - اسمرونف استفاده گردید که نتایج آن نشان داد که داده‌ها دارای توزیع نرمال بودند ( $P > 0/05$ ). نتایج مندرج در جدول ۱ نشان داد که بین سلامت روانی و مؤلفه‌های هیجانی کیفیت زندگی (عملکرد اجتماعی، بهزیستی هیجانی و انرژی/خستگی) همبستگی معنی‌دار و مثبت در سطح آلفای یک صدم وجود دارد ( $P > 0/01$ )؛ اختلال نقش به خاطر عدم سلامت هیجانی با سلامت روانی رابطه منفی و معنادار در سطح آلفای پنج‌صدم وجود دارد ( $P > 0/01$ ).

جدول ۱. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف معیار سلامت روانی و مؤلفه‌های کیفیت زندگی ( $N = 420$ )

| متغیر                               | ۱       | ۲       | ۳       | ۴       | ۵     |
|-------------------------------------|---------|---------|---------|---------|-------|
| سلامت روانی                         | ۱       |         |         |         |       |
| عملکرد اجتماعی                      | ۰/۴۷*   | ۱       |         |         |       |
| اختلال نقش به خاطر عدم سلامت هیجانی | -۰/۲۰** | -۰/۴۰** | ۱       |         |       |
| بهزیستی هیجانی                      | ۰/۴۶**  | ۰/۶۲**  | -۰/۴۰** | ۱       |       |
| انرژی / خستگی                       | ۰/۲۸**  | ۰/۵۱**  | -۰/۲۹** | -۰/۵۸** | ۱     |
| میانگین                             | ۵۵/۳۷   | ۶/۸۲    | ۱/۲۸    | ۱۵/۰۲   | ۱۰/۳۶ |
| انحراف معیار                        | ۱۰/۲۵   | ۲۱/۱۸   | ۱/۴۳    | ۴/۸۸    | ۳/۴۶  |

\* $p < 0/05$  \*\* $p < 0/01$

به‌منظور بررسی توان پیش‌بینی هر کدام از متغیرهای پیش‌بین (کیفیت زندگی) در متغیر ملاک (سلامت روانی) از تحلیل آماری رگرسیون با لحاظ کردن هر کدام از مؤلفه‌های کیفیت زندگی (عملکرد اجتماعی، اختلال نقش به خاطر عدم سلامت هیجانی، بهزیستی هیجانی و انرژی/خستگی) صورت گرفت (جدول ۲). نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میزان  $F$  محاسبه شده تحلیل واریانس رگرسیون سلامت روانی بر اساس مؤلفه‌های کیفیت زندگی در سطح معنادار است ( $P < 0/001$ ,  $F(8;239) = 14/70$ ).

جدول ۲. آزمون تحلیل واریانس برای بررسی معناداری مدل پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس مؤلفه‌های کیفیت زندگی

| مدل     | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معنی‌داری |
|---------|---------------|-------------|-----------------|-------|---------------|
| رگرسیون | ۸۴۸۰/۷۶       | ۸           | ۱۰۶۰/۰۹         | ۱۴/۷۰ | ۰/۰۰۰۱        |

|           |          |     |       |
|-----------|----------|-----|-------|
| باقیمانده | ۱۶۶۵۶/۹۸ | ۲۳۱ | ۷۲/۱۱ |
| کل        | ۲۵۱۳۷/۷۳ | ۲۳۹ |       |

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مؤلفه‌های کیفیت زندگی به صورت معنی‌دار قادر به پیش‌بینی سلامت روانی می‌باشد. به‌طور کلی این متغیر با ضریب همبستگی چندگانه ۰/۵۸ قابلیت پیش‌بینی ۳۱ درصد واریانس متغیر ملاک را دارا می‌باشد. بر اساس تحلیل داده مؤلفه‌های کیفیت زندگی به ترتیب عملکرد اجتماعی بتای ۱/۱۹، اختلال نقش به خاطر عدم سلامت هیجانی با بتای ۰/۴۴-، بهزیستی هیجانی بتای ۰/۵۶ و انرژی / خستگی با بتای ۰/۴۴ سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کنند. مقادیر بتا مشخص می‌نماید؛ مؤلفه بهزیستی هیجانی ( $\beta = 0/56, p < 0/001$ ) به‌طور معناداری بیشترین سهم در جهت سلامت روانی را دارا می‌باشد.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه هم‌زمان جهت پیش‌بینی سلامت روانی از طریق مؤلفه‌های کیفیت زندگی

| متغیر پیش‌بین                       | R    | R <sup>2</sup> | $\beta$ | B     | t     | Pvalue | Durbin-Watson | F    |
|-------------------------------------|------|----------------|---------|-------|-------|--------|---------------|------|
| عملکرد اجتماعی                      | ۰/۵۸ | ۰/۳۱           | ۱/۱۹    | ۰/۲۵  | ۳/۳۹  | ۰/۰۰۰  | ۲/۰۰۸         | ۱۴/۱ |
| اختلال نقش به خاطر عدم سلامت هیجانی |      |                | -۰/۴۴   | -۰/۰۶ | -۰/۹۶ | ۰/۰۰۰  |               |      |
| بهزیستی هیجانی                      |      |                | ۰/۵۶    | ۰/۲۷  | ۳/۴۳  | ۰/۰۰۰  |               |      |
| انرژی / خستگی                       |      |                | ۰/۴۴    | ۰/۱۵  | ۲/۱۰  | ۰/۰۰۰  |               |      |

## ۵- بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین مؤلفه‌های هیجانی کیفیت زندگی (عملکرد اجتماعی، اختلال نقش به خاطر عدم سلامت هیجانی، بهزیستی هیجانی و انرژی/خستگی) و سلامت روانی رابطه معنادار وجود دارد. نتایج رگرسیون هم‌زمان نیز نشان داد که مؤلفه‌های چندگانه کیفیت زندگی، شامل عملکرد اجتماعی، بهزیستی هیجانی و انرژی/خستگی نقش مثبت و مؤلفه‌های اختلال نقش به خاطر عدم سلامت هیجانی نقش منفی در پیش‌بینی سلامت روانی زنان متأهل دارند. نتایج این بررسی معینی‌کیا و زاهد بابلان (۱۳۸۹)، مردانی حموله و شهرکی واحد (۱۳۸۹)، اوکان، استاک، هرینگ و ویترا<sup>۱</sup> (۱۹۸۴)، زائوترا و همپل<sup>۲</sup> (۱۹۸۴) و لوینسون، رندر و سیلی<sup>۳</sup> (۱۹۹۱) همسو است. بعلاوه، این یافته‌ها با نتایج پژوهش مولایی یساوولی، برجعلی، مولایی یساوولی و فداکار (۱۳۹۴) و تجوی و نو، نوگراها و فاهدی<sup>۴</sup> (۲۰۲۱) همسو است که نشان دادند بین کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی و همه مؤلفه‌های آن رابطه وجود دارد. همچنین پژوهش امید، حسینی و عصاریان (۱۳۸۱) نشان داد که فراوانی رفتارهای غلط بهداشتی در افراد وابسته به مواد از قبیل کم‌خوابی، عدم ورزش و عدم رعایت موازین بهداشتی می‌تواند به‌طور مستقیم منجر به کاهش کیفیت زندگی در بعد جسمانی شود.

در واقع، سلامت زنان تحت تأثیر عوامل بیولوژیک، روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی، فرهنگی و محیط‌زیست قرار می‌گیرد (صلحی، کاظمی و حقانی، ۱۳۹۲). در این راستا، کیفیت زندگی می‌تواند به‌عنوان سازه‌ای با اهمیت و یکی از منابع اثرگذار بر سلامت روانی موردپژوهش تلقی شود. کیفیت زندگی یک سازه چندبعدی و پیچیده است که بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، ادراک از وضعیتی است که افراد در آن زندگی می‌کنند و نیز زمینه فرهنگی و نظام آموزشی که در آن به سر می‌برند و این

<sup>1</sup> Okun, Stock, Haring & Witter

<sup>2</sup> Zautra & Hempel

<sup>3</sup> Lewinsohn, Redner & Seeley

<sup>4</sup> Tejoyuwono, Nugraha & Fahdi

ادراک، بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق افراد شک (Forjaz, Rodriguez-Blazquez, Ayala, Rodriguez-) (Rodriguez, de Pedro-Cuesta, Garcia-Gutierrez & et al, 2015).

از سویی، باید عنوان نمود طبق تعریف گروه کیفیت سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) سلامت روان فقط نبود اختلالات روانی نیست بلکه مؤلفه‌های دیگری نظیر احساس خوشایندی و رضایت از زندگی، انعطاف‌پذیری و رشد و بالندگی را نیز شامل می‌شود. در این راستا، ولز<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) اظهار داشته که فردی که سالم است قادر به مقابله مؤثر با فشارزاهای زندگی بوده و می‌تواند فشارهای مکرر زندگی روزمره را به یک طریق قابل قبول تنظیم نماید. بر همین اساس می‌توان گفت که برخورداری از سلامت عمومی، افراد را در برخورداری از سلامت روان‌شناختی از طریق کاهش شکایت جسمانی، حساسیت، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و علائم کلی مرضی و ناراحتی کمک می‌کند.

در خصوص تبیین نقش عملکرد اجتماعی به‌عنوان مؤلفه‌ای از کیفیت زندگی در سلامت روانی زنان متأهل می‌توان توضیح داد ارتباط روابط اجتماعی با سلامت جسمی و روانی افراد، به‌طور روزافزونی مورد تأکید پژوهشگران قرار گرفته است. از سوی دیگر، روابط اجتماعی به‌عنوان بخشی از سلامت اجتماعی افراد محسوب شده (وامقی، ۱۳۹۲) و روابط اجتماعی نقش سودمندی در حفظ آسایش روانی انسان‌ها دارد (کوهن، ۲۰۰۴). قابل ذکر است مؤلفه اجتماعی سلامت انسان که تحت عنوان سلامتی اجتماعی از آن نام برده می‌شود، عمدتاً بر تعامل انسان با محیط پیرامون و نقش‌های انسان تأکید دارد. در این خصوص، بنا به نظر راسل، سلامت اجتماعی، بعدی از آسایش فرد است که بر نحوه ارتباط او با دیگران، چگونگی عکس‌العمل دیگران به فرد و نحوه تعامل فرد با نهادها و آداب‌ورسوم اجتماعی معطوف است (کاپلان و اندرسون، ۱۹۸۸). همچنین، از نظر لارسن سلامت اجتماعی، گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی بوده و معتقد است سلامت اجتماعی، به‌عنوان بخشی از سلامت فرد، نشانگر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی اوست (وامقی، ۱۳۹۲).

همچنین تأکید شده است که عوامل اجتماعی و اقتصادی از جمله عوامل مؤثر در سلامت روان بوده (Bierman, Fazio & Milkie, 2006) و اکثر زنان، علاوه بر نقش‌های اجتماعی خود، موظف به انجام وظایف و مسئولیت‌ها به‌عنوان زن و مادر نیز هستند، حتی زمانی که زنان در خارج از خانه کار می‌کنند، هنوز هم مسئولیت کارهای خانه بر دوش آنان است (فلاح‌چای و فلاحی، ۱۳۹۵). در این راستا، مبتنی بر دیدگاه‌های مرتبط با سلامت اجتماعی، می‌توان به عملکرد اجتماعی فرد اشاره نمود که مشارکت فرد در نقش‌های معمول اجتماعی مانند ازدواج، والد بودن، کار و اوقات فراغت، میزان موفقیت او در نقش‌های اجتماعی انتخابی را نشان می‌دهد و به آن انطباق اجتماعی نیز اطلاق می‌شود. حیطة دیگر، روابط اجتماعی است که به مفهوم حمایت اجتماعی بسیار نزدیک است و عموماً به‌صورت در دسترس بودن کسانی که فرد به آن‌ها اعتماد داشته و به کمک آن‌ها دلگرم بوده و آن‌ها موجب شکل‌گیری احساس مهم و ارزشمند بودن می‌شوند، تعریف می‌شود (McDowell, 2006) و داشتن این احساس ارزشمندی، حمایت اجتماعی و موفقیت در نقش‌های اجتماعی در افزایش سلامت روانی فرد تأثیرگذار است.

توضیح اینکه، عملکرد اجتماعی به‌عنوان یک مفهوم سلامت اجتماعی، یک جزء از اجزاء سه‌گانه سلامت تلقی می‌گردد و در این راستا، نقش سلامت جسمی بر عملکرد و توانایی روانی افراد مورد تصریح قرار گرفته و بر روابط فرد با جامعه مؤثر است (Mental Health Commission of Canada, 2009). از سویی، حمایت اجتماعی به‌عنوان نمودی از سلامت اجتماعی، بیش از آنکه بعدی از سلامت تلقی گردد، خود متغیری واسطه‌ای است که تأثیر حوادث و تنش‌های محیطی بر سلامت جسمی و روانی افراد را تغییر داده و موجب کاهش بروز بیماری می‌شود و این مسئله حاکی از نقش روابط و حمایت اجتماعی است که در ادبیات عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت به‌عنوان یک تعیین‌کننده اجتماعی تلقی می‌شود که بر ابعاد مختلف سلامت افراد تأثیر می‌گذارد (Commission on Social Determinants of Health, 2005). بر این اساس، مؤلفه اجتماعی به رابطه فرد با خانواده، دوستان و همکاران و درنهایت جامعه

مربوط می‌شود (Hinds, 2003). لذا، داشتن نگرش مثبت نسبت به زندگی، آماده بودن جهت مقابله با مشکلات زندگی، داشتن احساس خوب در مورد خود و دیگران، مسئولیت‌پذیری، داشتن ادراک واقعی از دنیا و اشخاص دیگر، بی‌تفاوت نبودن نسبت به خود و خانواده، انعطاف‌پذیری و از دست ندادن کنترل در مواجهه با مشکلات اجتماعی و نداشتن بدبینی به دیگران موجب افزایش سلامت روانی فرد می‌گردد (کاوه، ۱۳۹۱). فرد حائز سلامت روانی به‌طورکلی به کسی اطلاق می‌شود که در سطح بالایی از سازگاری و انطباق رفتاری و هیجانی قرار دارد، نه صرفاً کسی که بیمار روانی نیست (کریمی، ۱۳۹۰). بدین ترتیب، حیطه روابط اجتماعی هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد و خود بر سایر ابعاد سلامت نیز مؤثر است.

از طرفی، در راستای تبیین نقش بهزیستی هیجانی و انرژی / خستگی (انرژی/خستگی عبارت است از شادکامی، سرزندگی) در سلامت روانی زنان متأهل می‌توان به تعریف سازمان بهداشت جهانی اشاره نمود که بیان داشته است سلامت فقط به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه دربرگیرنده جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی است. به‌بیان‌دیگر، محیط زندگی بشر در جوامع پیچیده امروزی از جنبه‌های فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی و روانی می‌تواند سلامت را به چالش بکشد. مدل بوم‌شناختی اجتماعی که جایگاه مهمی در توسعه و بهبود سلامتی و بهداشت دارد، بر تأثیر پدیده‌های فیزیکی و اجتماعی بر سلامت تأکید می‌ورزد. البته ویژگی‌های شخصی همواره به‌عنوان عامل تعدیل‌کننده این تأثیرات در نظر گرفته می‌شوند (Stokols, 1992). تأکید بر اینکه بهزیستی روانی، اجتماعی و فیزیکی نتیجه‌کنش متقابل انسان‌ها با محیط فیزیکی و اجتماعی - فرهنگی‌شان است، منطق زیربنایی شناخت و درک پیوندهای بین ویژگی‌های محیط و سطح سلامت را فراهم می‌نماید. در این خصوص، ک فرد از زندگی و هدف و معنای زندگی (Hinds, 2003) مودی از بهزیستی هیجانی در سلامت روانی فرد نقش دارد.

از سویی، سلامت روانی با طیفی از سازه‌های دیگر نظیر شادمانی، سازگاری، عزت‌نفس، عاطفه مثبت و احساسات ارتباط تنگاتنگ دارد (Ryff, 1989; Garcia, Archer, Moradi & Andersson, 2012) و از این رو، می‌توان عنوان نمود که سلامت عمومی بستر را برای تقویت رضایت از زندگی، عزت‌نفس و بهزیستی اخلاقی و ذهنی فراهم می‌سازد که این عوامل به سلامت روانی بالاتر منجر می‌شود. به‌معنای دیگر، یک انسان با عزت‌نفس تقویت‌شده و رضایت از زندگی و شرایط خوب نمی‌تواند عملاً دچار پریشانی و ناراحتی روانی شود. علاوه بر این، در تبیین این یافته می‌توان گفت که سلامت روان‌شناختی، رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالش‌های وجودی زندگی است و داشتن روان سالم، به فرد کمک می‌کند در راستای فائق آمدن بر تجارب ناخوشایند و دردناک، شرایط و رویدادها را مطلوب ارزیابی نموده و هیجانات منفی را مدیریت کرده و واکنش‌های خود را از واکنش‌های حسی خام تفکیک نموده و در مسیر تحقق توانایی‌های بالقوه خویش و بدین‌سان، بهبود زندگی فردی گام بردارد.

اضطراب بالا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اثر می‌گذارد (Protudjer, Golding, Salisbury, Abrams & Roos, 2020). آسانا، لاوهسیریونگ و رانگسیکاجی<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) در تحقیقی دریافتند سطح بالای کیفیت زندگی با سلامت روانی و رفاه همراه است. به طور کلی، افرادی که از سلامت روانی بالایی برخوردارند، از دانش و بینش مناسبی در مورد فرایندهای شناختی و توانمندی‌های خود برخوردارند و همچنین راهبردهای مؤثر برخورد با تکالیف و استفاده از مهارت‌ها را به کار می‌بندند. به تعبیری، سلامت روانی موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود، دیگران و موقعیت‌های زندگی می‌شود و این افزایش آگاهی می‌تواند بیانگر این مسئله باشد که افزایش نشانه‌های سلامتی و سازگاری به‌موازات این توانمندی‌ها بروز نماید. به‌عبارتی‌دیگر، افزایش سطح آگاهی و هشیاری، به‌عنوان نمودی از سلامت روانی، فرد را نسبت به شرایط خود هشیار نموده تا بتواند تحت هر شرایطی در زمان کنونی حضور داشته و از موقعیت به‌دست‌آمده (در فعالیت‌های مختلفی که می‌تواند به‌عنوان راهبردهای مناسب در جهت سلامتی افراد عمل کند) به‌طور کامل استفاده کند. افراد دارای سلامت روانی بالا بیشتر به ارزیابی منابع استرس پرداخته و از



راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی کمتر استفاده نموده و مقابله مسئله‌مدار را بکار می‌بندند. بعلاوه، تبیین‌های روان‌شناختی کیفیت زندگی بر تفاوت‌های فردی اشخاص در شیوه تفکر و احساس درباره رفتار خویش تأکید دارد. تفاوت‌هایی که می‌تواند به شکل تفاوت‌های ظریف و جزئی در رفتار ظاهر شود و برخی افراد را به عللی مانند افزایش خشم و عصبانیت، کمی وابستگی و تعلق خاطر به دیگران، کیفیت زندگی خود را نامطلوب تلقی کنند که این تبیین‌ها را می‌توان تحت الگوی روان‌کاوی و الگوی نارسایی شخصیت بیان نمود (مختاری و نظری، ۱۳۸۹).

تفکر روان‌شناختی جدیدتر که هم مبتنی بر پژوهش و هم نظریه است، بر عناصر شادکامی تأکید کرده است، افراد زمانی شاد هستند که بین شیوه زندگی کنونی و سبک زندگی مورد انتظارشان شباهت مثبتی پیدا کنند. مبنای نظریه‌های شناختی، قضاوت و ارزیابی در این مورد است که آیا واقعیت با انتظارات، معیارها یا آرمان‌های افراد هماهنگ است. در این دیدگاه، افراد با مقایسه شرایط فعلی‌شان با معیارها و ملاک‌های متعددی چون دیگران، گذشته (شرایط گذشته) یا اهداف و آرزوهای شخصی، در مورد شادمانی و رضایتمندی-شان از زندگی تصمیم می‌گیرند. وقتی نیازها، اهداف یا آرزوهای فرد در زندگی روزمره برآورد می‌شود، احساس رضایتمندی نموده و سپس به لحاظ عاطفی و هیجانی احساس شادی به وی دست می‌دهد (فریش، ۱۳۹۰). با استناد به رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر به کیفیت زندگی، می‌توان بیان داشت بهزیستی هیجانی با مراقبت از خویشتن، یک غنای درونی و با احساس عمیق آرامش، نشاط، تمرکز، عشق، هشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش‌های زندگی فردی (فریش، ۱۳۹۰) موجب بهبودی سلامت روانی فرد می‌گردد. بهزیستی ذهنی به‌عنوان مؤلفه‌ای از کیفیت زندگی به انتظارات، احساسات، اعتقادات و پندارهای فرد مربوط بوده و از این‌رو، ارزیابی شخص از سلامت یا خوب بودنش عامل مهمی در حیطه کیفیت زندگی است. بر این اساس، کیفیت زندگی شامل بهروزی، بهزیستی، درک فردی از بهتر زیستن، رفاه، احساس سعادت‌مندی و رضایت از زندگی بوده (فریش، ۱۳۹۰) که جملگی در داشتن یک روان سالم مؤثرند. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش فرند و همکاران (۲۰۱۴) همسو است که نشان دادند بین رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت وجود دارد؛ بنابراین، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بیانگر ارزیابی فرد از ابعاد مختلف زندگی است و شخصی که از زندگی خود رضایت بیشتری دارد احساس می‌کند که در حیطه‌های مختلف زندگی مانند خانواده و روابط بین‌فردی، تحصیل و شغل، به‌خوبی پیش می‌رود (Diener, 2006). بعلاوه، نتایج پژوهش‌های گوردون و همکاران (۲۰۰۷) و هیلاری و همکاران (۲۰۱۲) حاکی از آن است که بین کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن با بهزیستی روان‌شناختی رابطه معنی‌دار وجود دارد.

در مجموع، با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان استنباط نمود که خانواده‌ای سالم است که زندگی با کیفیت بالایی داشته باشد. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی یک خانواده سالم شامل درک افراد از موقعیت خود در زندگی و در متن فرهنگ، نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است (Abdel-Khalek, 2010). کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است؛ پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (Bonomi, Patric, Bushnell & Martin, 2000)؛ بنابراین، کیفیت زندگی حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر می‌گیرد و یک مفهوم ذهنی و پویا بوده و به این معناست که حتماً باید توسط خود شخص و بر اساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین گردد (Peterman, Cella & Rothrock, 2003).

## ۵-۱- محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود، از آن جمله؛ نمونه پژوهش حاضر را، کلیه زنان متأهل شهر شیراز تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم‌یافته‌ها به جوامع دیگر بایستی با احتیاط صورت گیرد. جمع‌آوری

داده‌ها از ابزارهای خودگزارشی استفاده شد که امکان سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل به‌نظر می‌رسد. در این پژوهش متغیرهای پژوهش بر اساس جنسیت در نظر گرفته نشده است و مقایسه دو جنس مدنظر قرار نگرفته است. پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد. در پژوهش‌های آتی با در نظر گرفتن جنسیت نیز متغیرهای موردنظر موردبررسی قرار گیرند. با توجه به نقش برخی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود که: کارگاه‌های آموزشی در زمینه آموزش روش‌های ارتقاء کیفیت زندگی برگزار گردد تا بدان طریق در افزایش سلامت روان‌شناختی زنان متأهل اقداماتی صورت گیرد.

## ۶- تقدیر و تشکر

به همه اساتید فرهیخته و مهربانی که من را در مسیر درمانگر شدن حمایت کردند و از من انسان بهتر و قوی‌تری ساختند.

## ۷- منابع

- ۱- امید، ع، حسینی، ف، و عصاریان، ف. (۱۳۸۱). بررسی سبک زندگی معتادین شهر زواره. همایش سراسری اعتیاد، چالش‌ها و درمان‌ها، زنجان.
- ۲- پرویزی، س، سیدفاطمی، ن، و کیانی، ک. (۱۳۸۸). پویایی خانواده و سلامت زنان: پژوهش کیفی. *مطالعات اجتماعی روان-شناختی زنان*، ۷(۲)، ۴۵-۵۷.
- ۳- دستجردی، ر، و خزاعی، ک. (۱۳۸۰). بررسی سلامت عمومی دانشجویان ورودی سال ۸۱-۸۲ دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۱(۱)، ۳۴-۳۸.
- ۴- صلحی، م، کاظمی، س، و حقانی، ح. (۱۳۹۲). بررسی رابطه سلامت عمومی و خودکارآمدی در زنان مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۲ چالوس (۱۳۹۲). *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۰(۱۰۹)، ۷۹-۷۲.
- ۵- فراهانی، م، ن، محمدخانی، ش، و جوکار، ف. (۱۳۸۸). رابطه بین رضایت از زندگی با کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی در معلمان شهر تهران. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۳(۱)، ۵-۱.
- ۶- فرهادی، ا، فروغان، م، و محمدی، ف. (۱۳۹۰). کیفیت زندگی سالمندان روستایی: مطالعه‌ای در شهرستان دشتی استان بوشهر. *مجله سالمندی ایران*، ۶(۲)، ۴۹-۵۶.
- ۷- فریش، م، ب. (۱۳۹۰). *روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، کاربرد رویکرد رضایت‌مندی زندگی در روان‌شناسی مثبت‌نگر و شناخت درمانی*. ترجمه خمسه‌ای، انتشارات ارجمند، تهران.
- ۸- فلاح‌چای، س، ر، و فلاحی، م. (۱۳۹۵). مقایسه سلامت روان، بهزیستی روان‌شناختی و عزت نفس زنان و دختران در شیراز. *زن و مطالعات خانواده*، ۹(۳۴)، ۱۶۵-۱۴۳.
- ۹- کاوه، م. (۱۳۹۱). *آسیب‌شناسی بیماری‌های اجتماعی*. جلد اول. نشر جامعه‌شناسان، تهران.
- ۱۰- کریمی، ی. (۱۳۹۰). فرهنگ توصیفی روان‌شناسی. انتشارات رشد، تهران.
- ۱۱- مختاری، مرضیه؛ و نظری، جواد. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی کیفیت زندگی، تهران، جامعه‌شناسان.
- ۱۲- مردانی حموله، م، و شهرکی واحد، ع. (۱۳۸۹). ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۲)، ۱۱۷-۱۱۱.
- ۱۳- معینی‌کیا، م، و زاهد بابلان، ع. (۱۳۸۹). رابطه بین کیفیت زندگی و تعالی معنوی با سلامت عمومی دانشجویان. پنجمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه ایران.

- ۱۴- منتظری، ع.، گشتاسبی، آ.، و وحدانی‌نیا، م. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36. فصلنامه پایش، ۵(۱)، ۴۹-۵۲.
- ۱۵- مولایی یساولی، ه.، برجعلی، ا.، مولایی یساولی، م.، و فداکار، پ. (۱۳۹۴). پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف: نقش مداخله‌گرایانه رضایت از زندگی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی، ۱۳، ۷-۲۰.
- ۱۶- نوربالا، ا. (۱۳۹۰). سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۷(۲)، ۱۵۶-۱۵۱.
- ۱۷- وامقی، م. (۱۳۹۲). ارزیابی مردم از روابط اجتماعی و سلامت: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران. فصلنامه علوم بهداشتی پایش جهاد دانشگاهی، ۱۲(۲)، ۱۹۴-۱۸۳.
- ۱۸- مختاری، م. و نظری، ج. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی کیفیت زندگی. جامعه‌شناسان. تهران.
- 19- Abdel-Khalek, A.M. (2010). Quality of life, subjective well-being, and religiosity in Muslim college students. *Quality of Life Research*, 19(8), 1133-43.
- 20- Assana, S., Laohasiriwong, W., & Rangseekajee, P. (2017). Quality of Life, Mental Health and Educational Stress of High School Students in the Northeast of Thailand. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 11(8), VC01.
- 21- Bierman, A., Fazio, E.M. & Milkie, M. A. (2006). A multifaceted approach to the mental health advantage of the married: Assessing how explanations vary by outcome measure and unmarried group. *Journal of Family Issues*, 27(4), 554-582.
- 22- Bonomi, A.E., Patric, D.L., Bushnell, D.M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States version of the World Health organization Quality of life (WHOQ) instrument. *Journal of clinical Epidemiology*, 53(1), 1-12.
- 23- Commission on Social Determinants of Health. (2005). Towards A Conceptual framework for Analysis and Action against Social Determinants of Health. WHO: Geneva.
- 24- Diener, E (2006). Understanding scores on the satisfaction with life scale. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 340-391.
- 25- Ferrand, C., Martinet, G & ,Durmaz, N. (2014). Psychological need satisfaction and well-being in adults aged 80 years and older living in residential homes: Using a self-determination theory perspective. *Journal of Aging Studies*, 30, 104-111.
- 26- Forjaz, M. J., Rodriguez-Blazquez, C., Ayala, A., Rodriguez-Rodriguez, V., de Pedro-Cuesta, J., Garcia-Gutierrez, S., & Prados-Torres, A. (2015). Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *European journal of internal medicine*, 26(3), 176-181.
- 27- Garcia, D., Archer, T., Moradi, S., & Andersson, A. (2012). Exercise Frequency, High Activation Positive Affect and Psychological Well-Being: Beyond Age, Gender and Occupation, Göteborgs Universitet. *Psychology*, 3(4), 328-336.
- 28- Gordon, H.G.C., Ferrans, M.Y., Halyard, D.A., Revicki, T.L., Symonds, C.G., Varricchio, A., Kotzeva, J.M., Valderas, J & Alonso, L (2007). Related Quality-of-Life Information From Clinical Research and Into Clinical Practice. *Exploration of the Value of Health*, 82(10), 1229-1239.
- 29- Hajiran, H. (2006). Toward a quality of life theory: Net domestic product of happiness. *Dictators Research*, 75, 31-43.
- 30- Hilari, K., Justin, J. N., & Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of Life for people with aphasia? A Systematic review. Rehabilitation of neurological language disorders. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), 86-95.
- 31- Hinds, P. S. (2003). *Quality of life: From nursing and patient perspectives: Theory, research, practice*. Jones & Bartlett Learning.
- 32- Lewinsohn, P. M., Redner, J., & Seeley, J. R. (1991). The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*, 21, 141-169.
- 33- Mazuchovan, L., Kelčíkova, S., & Dubovicka, Z. (2018). Measuring women's quality of life during pregnancy. *Kontakt*, 20(1), 31-36.
- 34- McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford university press.
- 35- Mental Health Commission of Canada. (2009). Toward recovery and well-being a framework for a mental health strategy for Canada .WHO: Geneva.
- 36- Okun, M.A., Stock, W.A., Haring, M.J. & Witter, R.A. (1984). Health and Subjective well being: A meta-analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 19, 32-111.

- 37- Paul, J., Jani, R., Davoren, P., & Knight-Agarwal, C. (2021). Association between a low carbohydrate diet, quality of life, and glycemic control in Australian adults living with type 1 diabetes: protocol for a mixed methods pilot study. *JMIR Research Protocols*, 10(3), e25085.
- 38- Peterman, A.H., Cella, D., & Rothrock, N. (2003). Evaluation of health related quality of life in patients with a serious life-threatening illness: Up-to-date. Cited 2008 Nov 24.
- 39- Protudjer, J.L., Golding, M., Salisbury, M. R., Abrams, E. M., & Roos, L. E. (2020). High anxiety and health-related quality of life in families with children with food allergy during coronavirus disease 2019. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 126(1), 83–88.
- 40- Ryff, C.D (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing, *Journal of Personality and Social Psychology*. 57(6), 1069.
- 41- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining health environments: Toward a social ecology of health promotion. *American Psychology*, 47, 6–22
- 42- Tabachnic, B., & Fidell, L. S. (2000). *Using multivariate statistics*. Allyn and Bacon.
- 43- Tejoyuwono, AAT, Nugraha, RP, & Fahdi, FK. (2021). The effect of mental health status on the quality of life of faculty of medicine students during the pandemic Coronavirus disease 2019 period. *Open Access Maced J Med Sci*, 9(E):645-52.
- 44- Videbeck, S., & Videbeck, S. (2013). *Psychiatric-mental health nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- 45- Wells, I. E. (2010). Psychology of emotions, motivations and actions: Psychological well-being. *New York: Nova Science Publisher, Inc*, 6(9), 111334.
- 46- WHO Quality of Life Group (1996). WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring. Field Trial version, World Health Organization: Geneva.
- 47- WHO. (2015). Suicide rates. Available from: [http://www. WHO Into/mental \\_health/ prevention/ suicide/ suicide rates/en](http://www.WHO.Into/mental_health/prevention/suicide/suicide_rates/en).
- 48- Williams, P., Goldberg, D. P., & Mari, J. (1987). The validity of the GHQ-28. *Social Psychiatry*, 21, 15-18.
- 49- Zautra, A., & Hempel, A. (1984). Subjective well-being and physical health: A narrative literature review with suggestions for future research. *The International Journal of Aging and Human Development*, 19(2), 95-110.



# Predicting Married Women's Mental Health Based on Quality of Life Components

Mansoor Bayrami<sup>1\*</sup>, Soolmaz Dehghani Dolatabadi<sup>2</sup>

1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Tabriz University of Psychology, Iran. (Corresponding Author)

Dr.bayrami@yahoo.com

2. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Social Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Unit, Tehran, Iran.

S.dehghani.d@gmail.com

## Abstract

Women's mental health can influence their other responsibilities, so the role of mental health factors investigation is considered an important subject. The present study aimed to investigate the emotional components' role of life quality in predicting married women's mental health. This study was conducted with a correlational method. Therefore, using purposeful sampling, 240 individuals were selected from the population of Shiraz married women and tested in cyberspace using the SF-36 Quality of Life Questionnaire and the General Health Questionnaire – 28 (GHQ-28). Data were analyzed using the multiple regression method (simultaneous model). Results showed that emotional components of quality of life had a significant relationship with mental health. Findings showed that factors including energy/fatigue, emotional well-being, and social functioning had a positive role, and role dysfunction had a negative role in predicting the mental health of married women due to lack of emotional health. Hence, it concluded that married women's emotional well-being, happiness, and vitality could play an important role in their mental health.

**Keywords:** Mental health, Quality of life, Emotional well-being, Social functioning, Married women.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)