

رابطه سلامت معنوی و کیفیت زناشویی در زنان متأهل شهر شیراز

سوده دشتیان^۱، نصیر داستان^{۲*}، سپیده کشاورز^۳

۱- واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

soode.dashtiane@miau.ac.ir

۲- استادیار، گروه مشاوره، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه ع شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول).

nasir.dastan88@gmail.com

۳- دانش‌آموخته کارشناسی مشاوره، گروه مشاوره، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه ع شیراز، شیراز، ایران.

keshavarziran0@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۲/۵]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۱/۹/۲۵]

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه سلامت معنوی و کیفیت زناشویی در زنان متأهل بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بوده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان متأهل شهر شیراز بود. نمونه آماری شامل ۱۰۰ نفر که برای تعیین حجم نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سلامت معنوی پولوتزین و الیسون و پرسشنامه کیفیت زناشویی باسبی بهره گرفته شده است. داده‌های گردآوری شده در دو سطح مورد تجزیه و تحلیل (آمار توصیفی و آمار استنباطی) قرار گرفت. در سطح آمار توصیفی از ضرایب همبستگی و در سطح آمار استنباطی از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد که بین سلامت معنوی و کیفیت زناشویی در زنان متأهل رابطه معناداری وجود داشت. سلامت معنوی در بین زنان متأهلی که کیفیت زناشویی خوبی دارند بالاتر بود.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی، کیفیت زناشویی، زنان متأهل.

۱- مقدمه

سلامت معنوی به معنای پذیرش و تعامل مثبت با معنویت و ارزش‌های معنوی در زندگی فرد است. افرادی که توانایی تجزیه و تحلیل معنوی را دارند و به ارزش‌های معنوی در زندگی‌شان توجه می‌کنند، تمایل به سازگاری بهتر با تغییرات و تحولات زندگی دارند. این افراد توانایی پذیرش و مدیریت بهتری از تنش‌ها و مشکلات را دارا می‌باشند.

آن احساس درونی است که فرد در پی آن، با نظم دادن به روابط با خود و دیگران در قالب چهارچوبی مشخص به زندگی خود معنا می‌بخشد. بخشی از معنویت شامل اعتقاد به وجود پروردگارا است. فردی که باور دارد خداوند به او از رگ گردن هم نزدیک‌تر بوده و از اعمال و احوال او دائماً آگاه است، در سختی‌ها و مشقت‌ها نه تنها ناامید نمی‌شود بلکه درصدد آن است که نهایت تلاش خود را به کاربرد و نتایج کار را به خدا می‌سپارد (قائدیان، دشتیان و داستان، ۱۴۰۱).

سلامت معنوی توازن و هماهنگی این چهار عامل در زندگی افراد است. ارتباط معنوی با خود به ارزش‌ها و اهداف فردی اشاره دارد، ارتباط معنوی با دیگران به ارتباط‌ها و روابط اجتماعی، ارتباط معنوی با جهان به احساس ارتباط با محیط طبیعی و جهان اطراف و ارتباط معنوی با خالق به ارتباط با اعتقادات معنوی و روابط با معنویت اشاره دارد (Pargament, 2013). سلامت معنوی طیفی است که انسان در آن در حال حرکت است؛ در این طیف هر چه به سوی شاخص‌های متعالی پیش برود از سلامت معنوی بیش‌تری برخوردار خواهد بود و هر چه به سوی شاخص‌های ضعیف‌تر برود سلامت معنوی کمتری خواهد داشت (آتش‌زاده شوریده، کرم خانی، شکری خوبستانی، فانی و عبدالجباری، ۱۳۹۵) وجود مشکل جدی در سلامت معنوی، می‌تواند انواع اختلالات روحی مانند احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی را برای افراد به دنبال داشته باشد. در طرف مقابل افرادی که از سلامت معنوی بیشتر برخوردار هستند؛ با افزایش حس مسئولیت‌پذیری، از توان بیشتری نیز برای مقابله با مشکلات زندگی برخوردارند (طیبی، احمري طهران سلطانی عربشاهی، حیدری، عبدی و صفایی‌پور، ۱۳۹۲).

بین سلامت معنوی افراد و سلامت روان آن‌ها رابطه وجود دارد؛ افرادی که از سلامت معنوی بیشتری برخوردارند از سلامت روان بهتری نیز برخوردار می‌باشند (قنبری افرا و ظاهری، ۱۳۹۶). اهمیت و رشد معنویت انسان در دهه‌های اخیر تا حدی پیش رفته است که سازمان بهداشت جهانی در تعریف ابعاد وجودی انسان به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره نموده و نیاز به بعد چهارم یعنی معنویت را در رشد و تکامل انسان، ضروری می‌داند (عزیزی، ۱۳۹۷). سلامت معنوی به برخورداری از حس، پذیرش احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، همچنین خود و دیگران اطلاق می‌شود و دارای دو بعد مذهبی و وجودی است بعد مذهبی به ارتباط با قدرت برتر و درک فرد از سلامتی در زندگی معنوی‌اش اشاره می‌کند و بعد وجودی به تطابق فرد با جامعه، محیط و خود مربوط می‌شود (مولایی، برهانی، عباس‌زاده و خبازخوب، ۱۳۹۷) بنابراین اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان در چند دهه، گذشته به صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و جامعه‌شناسان را به خود جلب کرده است (حسین‌دخت، فتحی آشتیانی و تقی‌زاده، ۱۳۹۲).

خانواده به‌عنوان کوچک‌ترین نهاد اجتماعی، نقش بسزایی در ارتقاء سطح فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی کشور دارد. سلامت نهاد خانواده از سه دیدگاه سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی قابل بررسی است و زن نیز به‌عنوان یکی از ارکان خانواده در این سلامت نقش بسزایی ایفا می‌کند. جنبه مهمی از زندگی خانوادگی کیفیت زناشویی می‌باشد که تمایل به انعکاس یک ازدواج، شاد، پایدار باثبات و رضایت‌بخش دارد واقع کیفیت زناشویی است که بهزیستی را شکل می‌دهد (Allendorf & Ghimire, 2013). مطالعات حاکی از آن است که افراد متأهل از سلامت جسمی و روانی بهتری نسبت به افراد مجرد برخوردارند (Lawrence, Rogers, Zajacova, & Wadsworth, 2019). در صورتی که زندگی زناشویی آن‌ها کیفیت بالایی داشته باشد درحالی که کیفیت پایین ازدواج می‌تواند با نتایج مشکل‌ساز از جمله افسردگی همراه باشد (Izydorczyk B, Mazur K, 2019).

بنابراین کیفیت زناشویی همان‌طور که انعکاسی از جنبه‌های مثبت و خوشایند ارتباط زوجی است می‌تواند بازتاب تعارضات و مشکلات زوجین نیز باشد و ابعاد مثبت مانند حمایت و رضایت و ابعاد منفی مانند تعارضات و احتمال جدایی زوجین را در بر بگیرد (Izydorczyk & Mazur, 2012). به عبارت دیگر کیفیت زناشویی یک ارزیابی جامع و کلی از ازدواج همراه با ابعاد مختلف آن است (Mason & Lewis, 2017).

کیفیت زناشویی به معنای داشتن ارتباط‌های مثبت، تعاملات سازنده و توافقات مثبت میان همسران است که به حفظ و ارتقاء ارتباط زناشویی کمک می‌کند وجود چند عامل مهم در روابط زناشویی است که باعث حفظ و تقویت ارتباط میان همسران می‌شوند. این عوامل شامل دوستی و نزدیکی عاطفی، احترام متقابل، عاطفه مثبت، تعامل مثبت، مشارکت همسرانه و حل مشکلات مثبت هستند (Gottman & Silver, 2015).

سازمان بهداشت جهانی تأکید کرده است که کیفیت زندگی زناشویی در تمام طول زندگی فرد دارای اهمیت می‌باشد و بدین صورت باعث افزایش توجه جهانی به کیفیت زندگی زناشویی شده است کیفیت زندگی زناشویی شامل ابعاد، رضایت، تعهد صمیمیت، اعتماد شور و هیجان جنسی و عشق است که نیازمند توجه خاص هست (Carr, Freedman, Cornman & Schwarz, 2014). سلامت زنان به‌عنوان جایگاه والای آنان در جوهره خلقت به‌ویژه در شکل‌گیری فرهنگ، تربیت، سعادت و حفظ و ارتقای سلامت خانواده و جامعه دارای نقش تعیین‌کننده است که این خود تحت تأثیر حقوق اساسی آنان در خانواده و اجتماع قرار می‌گیرد.

۲- مرور مبانی نظریه و پیشینه

سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار بگیرد و باعث ارتقا سلامت عمومی شده و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می‌کند، این کار باعث افزایش سازگاری و کارکرد روانی می‌شود (اعظم، استبصاری، رنجبران، گراوند، کامیان و تقدیسی، ۱۳۹۳) در متون مربوط به زندگی زناشویی کیفیت زناشویی به‌طور گسترده تعریف شده است برای مثال شادکامی، زناشویی تعارض، زناشویی تعهد زناشویی حمایت اجتماعی تعامل، زناشویی ناهماهنگی، زناشویی بخشش و خشونت خانگی به‌عنوان ابعادی از کیفیت زناشویی و گاهی به‌عنوان شاخص واحدی از آن مفهوم‌سازی شده است (Schaefer, Smith, Anderson, Cao, Crosby, Engel et al., 2020).

با مرور پیشینه‌های تحقیقاتی مطالعه‌ای که رابطه سلامت معنوی و کیفیت زناشویی در زنان متأهل پردازد، یافت نشد اما این متغیرها در برخی از تحقیقات به‌صورت مجزا مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته‌اند به‌طور مثال در پژوهشی با عنوان رابطه بین سلامت معنوی با خودکارآمدی در زنان مراجعه‌کننده به فرهنگ‌سراهای شهر مشهد بر اساس نتایج پژوهش بین سلامت معنوی و خودکارآمدی زنان ارتباط معناداری وجود داشت؛ لذا توجه به سلامت معنوی به‌منظور ارتقاء خودکارآمدی در زنان توصیه می‌شود (خزاعی، واحدیان شاهرودی، طهرانی، اسماعیلی و تقی‌پور، ۱۴۰۰). ارتباط سلامت معنوی و رضایت زناشویی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت طبق نتایج تحقیق تجویدی، بهرامی، ضیغمی محمدی و طالقانی (۱۳۹۶) ارتباط سلامت معنوی و رضایت زناشویی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان کرج برای بهبود کیفیت زندگی مشترک زن و مرد و رضایت زناشویی سلامت معنوی باید مدنظر قرار گیرد همچنین مطالعه رابطه بین سلامت معنوی با انسجام خانواده و سبک‌های هویت در زنان بی‌سرپرست و بدسرپرست نشان داد که یافته‌ها نشان می‌دهد که سلامت معنوی با انسجام خانواده و سبک‌های هویتی رابطه مستقیم و معناداری دارد. تقویت سلامت معنوی زنان بدسرپرست و بی‌سرپرست در تقویت انسجام خانوادگی آنان مؤثر خواهد بود؛ تأثیر بنیادین سلامت معنوی به‌عنوان یکی از منابع اصلی هویت‌ساز و هویت‌بخش در جامعه به‌ویژه در جامعه‌ای دینی مثل ایران نقشی بسیار مهمی خواهد داشت (شهبهانی و صف‌آرا، ۱۴۰۱). پژوهشی با عنوان ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بزرگسالان تهرانی گروهی از محققان دریافتند که الگوی ساختاری ارتباط معنی‌دار سلامت معنوی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان و مردان

بزرگسال، تهرانی می‌تواند در مداخلات ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جامعه شهری تهران مورد بهره‌برداری قرار. گیرد
تعمیم نتایج حاضر مستلزم مطالعات بیشتر در جمعیت‌های مختلف به‌ویژه ساکنین سایر شهرها و روستاهای کشور است.

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش متشکل از کلیه زنان متأهل هست که در سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۱ در شهر شیراز مشغول فعالیت می‌باشند آزمودنی‌ها تحقیق از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای برگزیده شدند؛ بدین‌صورت از یازده منطقه در شهر، شیراز سه منطقه به‌طور تصادفی انتخاب گردید و از هر منطقه تعدادی از زنان متأهل به‌صورت تصادفی انتخاب شد سپس با استفاده از پرسشنامه‌های مربوط که به‌صورت حضوری بین آزمودنی‌ها توزیع و جمع‌آوری گردید اطلاعات گردآوری شد. ۱۰۰ پرسشنامه توزیع شده که به‌طور صحیح به دست ما رسید همچنین به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از قبیل رازداری و کسب رضایت شرکت‌کنندگان، پس از یک مصاحبه کوتاه پرسشنامه‌ها توزیع گردید. تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی و از روش آزمون رگرسیون و پی‌سون برای انجام آزمون آماری استفاده گردید. داده‌های به دست آمده به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

الف) پرسشنامه سلامت معنوی (SWBS): این پرسشنامه را پالوتزین و الیسون^۱ (۱۹۸۲) طراحی و اجرا کردند. پرسشنامه سلامت معنوی شامل ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال سلامت وجودی را ارزیابی می‌کند و پاسخ بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت می‌باشد این مقیاس از دو سلامت مذهبی و سلامت وجودی فرد تشکیل شده است این پرسشنامه توسط ورعی (۱۳۹۲) اعتباریابی شده است دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی هر کدام به تفکیک ۱۰ تا ۶۰ است برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به‌دست‌آمده انجام می‌شود بدین صورت که هر چه نمره به‌دست‌آمده بیشتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بیشتر است و نمره کل سلامت معنوی از جمع این دو زیرگروه برآورد می‌شود حداقل نمره این ابزار ۲۰ و حداکثر ۱۲۰ است پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲)، ضرایب آلفای کرونباخ، سلامت مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند پرسشنامه‌ی سلامت معنوی پالوتزین و الیسون یک پرسش‌نامه‌ی استاندارد است و در پژوهش‌های مختلف علمی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در ایران سیدفاطمی، رضایی، گیوری و حسینی (۱۳۸۵) در پژوهش خود از آن استفاده نمودند و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ محاسبه شد که پایایی پرسش‌نامه را مورد تأیید قرار می‌داد روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص و تأیید شد همچنین در پژوهش ورعی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس سلامت معنوی ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌های سلامت مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ گزارش شده است.

ب) مقیاس کیفیت، زناشویی فرم تجدیدنظر شده (RDAS): مقیاس کیفیت زناشویی فرم تجدیدنظر شده توسط باسبی کران لارسن و کریستنسن در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است که به‌منظور سنجش میزان کیفیت روابط زناشویی بکار می‌رود این پرسشنامه از ۱۴ گویه و ۳ خرده مقیاس، توافق رضایت و انسجام تشکیل شده است که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهند نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای از همیشه اختلاف داریم (۰) تا توافق دائم داریم (۵) می‌باشد پایایی پرسشنامه به شیوه آلفا کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۰ در پژوهش باسبی، کرینف لارسون و کریستنسن^۲ (۱۹۹۵) گزارش شده است. در پژوهش یوسفی (۱۳۹۰)، آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه ۰/۹۲ و برای سه خرده مقیاس، توافق، رضایت انسجام به ترتیب از ۰/۸۲، ۰/۸۳، ۰/۸۷ گزارش شده ضرایب

1 Paloutzian & Ellison

2 Busby, Crane, Larson & Christensen

روایی همگرا کیفیت زناشویی با پرسشنامه رضایتمندی، زناشویی پرسشنامه ارزیابی همبستگی زوجین، مقیاس سازگاری توافق دونفری به ترتیب ۰/۳۹، ۰/۳۶، ۰/۳۳ به دست آمد در پژوهش حاضر میزان پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

۴- یافته‌ها

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زناشویی و سلامت معنوی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
توافق	۱۰۰	۲۱.۱۶	۲.۷۳
رضایت	۱۰۰	۷.۵۶	۲.۰۵
انسجام	۱۰۰	۲۰.۸۲	۳.۱۸
سلامت مذهبی	۱۰۰	۳۰.۱۹	۵.۵۳
سلامت وجودی	۱۰۰	۳۰.۳۰	۵.۹۳

فرضیه پژوهش: بین سلامت معنوی و کیفیت زناشویی در زنان متأهل شهر شیراز رابطه‌ی معنادار وجود دارد. به‌منظور نشان دادن ارتباط بین متغیرها از روش همبستگی که نتایج آن در جدول شماره ۲ و پیش‌بینی متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام که نتایج آن در جدول شماره ۳ و ۴ مشاهده می‌شود استفاده شد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین سلامت معنوی و کیفیت زناشویی

متغیر	توافق	رضایت	انسجام	سلامت مذهبی	سلامت وجودی
توافق	۱				
رضایت	۰.۵۸	۱			
انسجام	-۰.۴۷	-۰.۲۴	۱		
سلامت مذهبی	۰.۳۳	۰.۴۵	۰.۰۹	۱	
سلامت وجودی	۰.۱۷	۰.۵۴	۰.۱۶	۰.۶۲	۱

$P < 0.01$ $P < 0.05$

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که سلامت مذهبی و سلامت وجودی همبستگی مثبت با توافق، رضایت دارند اما با انسجام رابطه منفی دارند.

جدول ۳. تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای کیفیت زناشویی (توافق) توسط سلامت معنوی

گام	پیش‌بین	R	R ²	F	β	B	T	سطح معناداری
۱	سلامت مذهبی	۰.۳۳	۰.۱۰	۱۱.۹۴	۰.۳۳	۰.۱۵	۳.۴۵	۰.۰۰۱
۲	سلامت وجودی	۰.۱۷	۰.۰۳	۲.۹۹	۰.۱۷	۰.۰۸	۱.۷۳	۰.۰۰۱

$P < 0.01$ $P < 0.05$

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول شماره ۳ با استفاده از روش گام به گام نشان می‌دهد که سلامت مذهبی در گام اول توانسته است ۱۰ درصد از تغییرات توافق را تبیین کند که این مقدار با توجه به اماره F و سطح معناداری آن ($F=11/94$ و $p<0/001$) معنادار است. در این جدول مقادیر β, B نیز به ترتیب نشان‌دهنده ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد است که تأثیر متغیر پیش‌بین در معادله رگرسیونی را نشان می‌دهد. بر این اساس، میزان بتا نشان می‌دهد که سلامت مذهبی اثر مثبت در معادله رگرسیونی داشته و این تأثیر با توجه به اماره T در سطح $p<0/001$ معنادار است. در گام دوم سلامت مذهبی با سلامت وجودی وارد معادله رگرسیونی شدند که این دو متغیر با هم ۳ درصد از واریانس توافق تبیین می‌کند که این میزان به لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($F=2/99$ و $p<0/001$) مقادیر بتا در این گام نشان می‌دهند که سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ضریب تأثیر ۰/۳۳ و ۰/۱۷ در معادله داشته‌اند که معناداری باشد ($p<0/001$).

جدول ۴. تحلیل رگرسیون گام به گام برای کیفیت زناشویی (رضایت) توسط سلامت معنوی

گام	پیش‌بین	R	R ²	F	β	B	T	سطح معناداری
۱	سلامت مذهبی	۰.۴۴	۰.۱۹	۲۴.۲۷	۰.۴۴	۰.۲۳	۴.۹۲	۰.۰۰۱
۲	سلامت وجودی	۰.۵۳	۰.۲۸	۳۹.۷۱	۰.۵۳	۰.۳	۶.۳۰	۰.۰۰۱

$P<0.01$ $P<0.05$

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول شماره ۴ با استفاده از روش گام به گام نشان می‌دهد که سلامت مذهبی در گام اول توانسته است ۱۹ درصد از تغییرات توافق را تبیین کند که این مقدار با توجه به اماره F و سطح معناداری آن ($F=24/27$ و $p<0/001$) معنادار است. در این جدول مقادیر β, B نیز به ترتیب نشان‌دهنده ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد است که تأثیر متغیر پیش‌بین در معادله رگرسیونی را نشان می‌دهد. بر این اساس، میزان بتا نشان می‌دهد که سلامت مذهبی اثر مثبت در معادله رگرسیونی داشته و این تأثیر با توجه به اماره T در سطح $p<0/001$ معنادار است. در گام دوم سلامت مذهبی با سلامت وجودی وارد معادله رگرسیونی شدند که این دو متغیر با هم ۱۷ درصد از واریانس توافق تبیین می‌کند که این میزان به لحاظ آماری معنادار است ($F=39/71$ و $p<0/001$) مقادیر بتا در این گام نشان می‌دهند که سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ضریب تأثیر ۰/۴۴ و ۰/۵۳ در معادله داشته‌اند که معناداری باشد ($p<0/001$).

جدول ۵. تحلیل رگرسیون گام به گام برای کیفیت زناشویی (انسجام) توسط سلامت معنوی

گام	پیش‌بین	R	R ²	F	β	B	T	سطح معناداری
۱	سلامت مذهبی	۰.۰۹	۰.۰۸	۰.۸۳	-۰.۰۹	-۰.۰۳	-۰.۹۱	۰.۰۰۱
۲	سلامت وجودی	۰.۱۶	۰.۰۲	۲.۷۲	-۰.۱۶	-۰.۰۶	-۱.۶۵	۰.۰۰۱

$P<0.01$ $P<0.05$

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول شماره ۵ با استفاده از روش گام به گام نشان می‌دهد که سلامت مذهبی در گام اول توانسته است ۸ درصد از تغییرات توافق را تبیین کند که این مقدار با توجه به اماره F و سطح معناداری آن ($F=0/83$ و $p<0/001$) معنادار است. در این جدول مقادیر β, B نیز به ترتیب نشان‌دهنده ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد می‌باشد که تأثیر متغیر پیش‌بین در معادله رگرسیونی را نشان می‌دهد. بر این اساس، میزان بتا نشان می‌دهد که سلامت مذهبی اثر مثبت در معادله رگرسیونی داشته و این تأثیر با توجه به اماره T در سطح $p<0/001$ معنادار است. در گام دوم سلامت مذهبی با سلامت وجودی وارد معادله رگرسیونی شدند که این دو متغیر با هم ۲ درصد از واریانس توافق تبیین می‌کند که این میزان به لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($F=2/72$ و $p<0/001$).

مقادیر بتا در این گام نشان می‌دهند که سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ضریب تأثیر ۰/۰۹- و ۰/۱۶- در معادله داشته‌اند که معناداری باشد ($p < ۰/۰۰۱$).

۵- بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سلامت معنوی و کیفیت زناشویی در زنان متأهل است که با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از بخش یافته‌ها می‌توان گفت بین سلامت معنوی و کیفیت زناشویی رابطه معنادار مثبتی وجود دارد و سلامت معنوی در میان زنان متأهلی که توافق و رضایت بیشتری دارند بالاتر است. این یافته پژوهشی با نتایج تحقیق صف‌آرا، قاسمی یزدآبادی، حیرت و رضایی‌نسب (۱۴۰۱)، صاحب‌دل، غباری بناب و حمیدیه (۱۳۹۹) و خزایی و همکاران (۱۴۰۰) همسو است.

نتایج پژوهش صف‌آرا و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد که ارتقای سلامت معنوی افراد، در سلامت عمومی، بهبود روند بیماری‌ها و سلامت روان می‌تواند مؤثر واقع شود. همچنین لازم است برای سنجش سلامت معنوی ابزار متناسب با فرهنگ و گروه‌های مختلف سنی ساخته شود و در آینده نزدیک به یکی از دامنه‌های علمی پرکاربرد تبدیل گردد؛ بنابراین با توجه به نقش مهم رضایت زناشویی در استحکام بنیان خانواده، برای بهبود این وضعیت می‌بایستی مؤلفه معنویت و سلامت معنوی زوجین مورد توجه ویژه‌ای قرار گیرد و با توجه به فرهنگ اسلامی زوجین ایرانی و نقش آموزه‌های مذهبی در سلامت، معنوی مراقبت‌دهندگان بهداشت خانواده این مهم را در امر مراقبت و مشاوره‌های خود لحاظ نمایند. طبق نتایج پژوهش خزایی و همکاران (۱۴۰۰) سلامت معنوی با خودکارآمدی ارتباط مستقیم و معناداری داشت که بر اساس آن می‌توان به تأثیر سلامت معنوی به‌عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات پی برد. از آنجاکه زنان نیمی از جوامع انسانی را تشکیل می‌دهند و همچنین با توجه به نقش پرورشی خاصی که در فرزندپروری و تربیت نسل آینده دارند و بنیان سلامت جوامع به سلامت همه افراد آن به‌ویژه زنان بستگی دارد؛ لذا ارتقاء سلامت معنوی منجر به خودکارآمدی بالاتر و ارتقاء سلامت جسمی و روانی در آنان می‌شود، که در نتیجه منجر به ارتقاء سلامت جامعه می‌گردد. سامانه‌ها و نظام‌های هوش معنوی به افراد امکان می‌دهد که به ناملایمات فشارهای روانی و کمبودهای گریزناپذیری که در روند چرخه زندگی رخ می‌دهد معنا بخشند و نسبت به زندگی امیدواری بیشتری داشته باشند که این خود بر خوشحالی و روحیه و خلق بالای افراد اثر دارد پس می‌توان گفت که افراد برخوردار از هوش معنوی بالا از میزان رضایت زناشویی بالاتری بهره‌مند خواهند شد. طبق نتایج تحقیق صاحب‌دل و همکاران (۱۳۹۹) تبیین و شناخت گونه‌های مختلف معنویت باعث تسهیل در تحقق تأثیر معنویت بر سلامت می‌شود. با اجرایی نمودن معنویت بهزیستی میزان شکوفایی در فرد به نحو فزاینده‌ای افزایش می‌یابد.

رابطه بین سلامت معنوی و کیفیت زناشویی در زنان متأهل یک موضوع مهم است. سلامت معنوی به معنای وجود ارتباط معنوی و عمیق با خود، دیگران و دنیا است و کیفیت زناشویی به میزان رضایت و تعامل مثبت بین همسران اشاره دارد. سلامت معنوی می‌تواند تأثیر مستقیمی بر روی انگیزه‌ها و هدف‌گذاری زوج‌ها در زندگی زناشویی داشته باشد. زوجین با ارتباط عمیق معنوی، می‌توانند اهداف مشترک و معنوی را تعیین کنند و از این طریق ارتباط‌های بهتر و کیفیت زناشویی بالاتری را تجربه کنند. سلامت معنوی همچنین می‌تواند به ایجاد اعتماد بیشتر و ارتباط عاطفی عمیق‌تر بین همسران کمک کند. افراد با داشتن یک پایه معنوی قوی در مواجهه با مشکلات و چالش‌های زندگی زناشویی توانایی حل مسائل و ایجاد ارتباط‌های سالم‌تری دارند. این مهم می‌تواند زنان متأهل را به سمت توجه به مقادیر مشترک خود و ارتقاء ارزش‌های زندگی هدایت کند و باعث تقویت ارتباط‌های خانوادگی و زناشویی شود. همچنین به تقویت مهارت‌های ارتباطی همسران کمک می‌کند. زوجین با ادراک بهتری از نیازها و احساسات یکدیگر، می‌توانند بهترین راه‌های ارتباطی را پیدا کنند. زنان متأهل با داشتن ارتباط عمیق و معنوی با مفاهیم روحانی و ارزش‌های زندگی می‌توانند بهترین تجربه‌های زندگی زناشویی خود را ایجاد کنند. این ارتباط معمولاً با افزایش سطح رضایت از زندگی زناشویی همراه است. سلامت معنوی می‌تواند به زنان متأهل کمک کند تا در مواجهه با تنش‌ها و مشکلات زندگی زناشویی از مکانیسم‌های مثبت

مقابله استفاده کنند. این امر به تعاملات سازنده‌تر و کاهش تداخل‌ها در رابطه زناشویی منجر می‌شود. همچنین باعث افزایش تعهد و اتصال عاطفی با همسر منجر می‌شود. به تقویت روابط اجتماعی و خانوادگی در زنان متأهل کمک می‌کند. این روابط به‌عنوان منابع حمایت و پشتیبانی می‌توانند اثرات مثبتی بر کیفیت زندگی زناشویی داشته باشند.

۶- منابع

- ۱- آتش‌زاده شوریده، فروزان؛ کرمخانی، مرضیه؛ شکری خویستانی، معصومه؛ فانی، مهدی؛ و عبدالجباری، مرتضی (۱۳۹۵). جستجوی مفهوم سلامت معنوی و شاخص‌های انسان سالم در ادیان مختلف. پژوهش در دین و سلامت، ۲(۴)، ۶۵-۷۱. doi:10.22037/jrrh.v2i4.14204
- ۲- اعظم، کمال؛ استبصاری، فاطمه؛ رنجبران، سهیلا؛ گراوند، افسانه؛ کامیان، شقایق؛ و تقدیسی، محمدحسین (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش سلامت معنوی بر افزایش امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۲(۳)، ۲۰۸-۲۱۴.
- ۳- تجویدی، معصومه؛ بهرامی، توران؛ ضیغمی محمدی، شراره؛ و طالقانی، مونا (۱۳۹۶). ارتباط سلامت معنوی و رضایت زناشویی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان کرج. دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۶(۲)، ۱۱۹-۱۲۴. doi:10.18869/acadpub.aums.6.2.123
- ۴- حسین‌دخت، آرزو؛ فتحی آشتیانی، علی؛ و تقی‌زاده، محمد احسان (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی. روانشناسی و دین، ۶(۲)، ۱-۲۱.
- ۵- خزایی، مریم؛ واحدیان شاهرودی، محمد؛ طهرانی، هادی؛ اسماعیلی، حبیب‌الله؛ و تقی‌پور، علی (۱۴۰۰). رابطه سلامت معنوی و خودکارآمدی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز فرهنگی شهر مشهد. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ۹(۲)، ۴۵-۵۴.
- ۶- سیدفاطمی، نعیمه؛ رضایی، محبوبه؛ گیوری، اعظم؛ و حسینی، فاطمه (۱۳۸۵). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. پایش، ۵(۴)، ۲۹۵-۳۰۴. dor:20.1001.1.16807626.1385.5.4.8.4
- ۷- شهشانی، مریم؛ و صف‌آرا، مریم (۱۴۰۱). رابطه بین سلامت معنوی با انسجام خانواده و سبک‌های هویت در زنان بی‌سرپرست و بدسرپرست. پژوهش در دین و سلامت، ۸(۳)، ۱۲۸-۱۴۱. doi:10.22037/jrrh.v8i3.31388
- ۸- صاحب‌دل، فاطمه؛ غباری بناب، باقر؛ و حمیدیه، بهزاد (۱۳۹۹). گونه‌شناسی معنویت در رابطه با سلامت معنوی. مجله پژوهش پرستاری ایران، ۱۵(۲)، ۱-۸.
- ۹- صف‌آرا، مریم؛ قاسمی یزدآبادی، مریم؛ حیرت، عاطفه؛ رضایی‌نسب، آسیه (۱۴۰۱). بازشناسی مؤلفه‌های تأثیرگذار سلامت معنوی در سلامت انسان. پژوهش در دین و سلامت، ۸(۱)، ۱۳۳-۱۴۶.
- ۱۰- طیبی، مریم؛ احمری طهران، هدی؛ سلطانی عربشاهی، سید کامران؛ حیدری، سعیده؛ عبدی، زهرا؛ و صفایی‌پور، روح‌الله (۱۳۹۲). ارتباط سلامت معنوی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم. دانشگاه علوم پزشکی قم، ۷(۲)، ۷۲-۷۸.
- ۱۱- عزیزی، فریدون (۱۳۹۷). دانش‌نامه سلامت معنوی اسلامی. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تهران.
- ۱۲- قائدیان، زهرا؛ دشتیان، سوده؛ و داستان، نصیر (۱۴۰۱). مقایسه سلامت معنوی و درماندگی روان‌شناختی در دختران نوجوان خانواده‌های طلاق و عادی شهر شیراز. فصلنامه پژوهش‌های میان‌رشته‌ای زنان، ۴(۱)، ۵۵-۶۵.
- ۱۳- قنبری افرا، لیلیا؛ و ظاهری، آریتا (۱۳۹۶). ارتباط اضطراب استرس و افسردگی با سلامت معنوی در بیماران سندرم حاد عروق کرونری. آموزش و سلامت جامعه، ۴(۲)، ۲۸-۳۴.

- ۱۴- مولایی، فرشته؛ برهانی، فریبا؛ عباس‌زاده، عباس؛ و خبازخوب، مهدی (۱۳۹۷). بررسی همبستگی در مراقبان سلامت معنوی و بار مراقبتی خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان. حیات، ۲۴(۴)، ۲۹۶-۳۰۹.
- ۱۵- ورعی، حمیده (۱۳۹۲). بررسی مقایسه‌ای رابطه بهزیستی معنوی با شادکامی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه شهید باهنر و حوزه‌های علمیه شهر کرمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- ۱۶- یوسفی، ناصر (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زناشویی فرم تجدیدنظر شده ۲۵-(RDAS). پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱(۲)، ۱۸۳-۲۰۰.
- 17- Allendorf, K., & Ghimire, D. J. (2013). Determinants of marital quality in an arranged marriage society. *Social science research*, 42(1), 59-70. doi:10.1016/j.ssresearch.2012.09.002
- 18- Busby, D. M., Crane, D. R., Larson, J. H., & Christensen, C. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scale. *Journal of Marital and family therapy*, 21, 289-308.
- 19- Carr, D., Freedman, V. A., Cornman, J. C., & Schwarz, N. (2014). Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well-being in later life. *Journal of Marriage and Family*, 76(5), 930-948.
- 20- Goldfarb, M. R., & Trudel, G. (2019). Marital quality and depression: A review. *Marriage & Family Review*, 55(8), 737-763. doi:10.1080/01494929.2019.1610136
- 21- Gottman, J., & Silver, N. (2015). *The seven principles for making marriage work: A practical guide from the country's foremost relationship expert*. Harmony.
- 22- Impett, E. A., Gable, S. L., & Peplau, L. A. (2005). Giving up and giving in: the costs and benefits of daily sacrifice in intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*, 89(3), 327. doi:10.1037/0022-3514.89.3.327
- 23- Izydorczyk, B., & Mazur, K. (2012). Characteristics of aggressive behaviour in females suffering from psychogenic binge eating disorder: (analysis of the author's own research). *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(3), 15-24.
- 24- Lawrence, E. M., Rogers, R. G., Zajacova, A., & Wadsworth, T. (2019). Marital happiness, marital status, health, and longevity. *Journal of Happiness Studies*, 20(5), 1539-1561. doi:10.1007/s10902-018-0009-9
- 25- Mason, T. B., & Lewis, R. J. (2017). Examining social support, rumination, and optimism in relation to binge eating among Caucasian and African-American college women. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity*, 22, 693-698. doi:10.1007/s40519-016-0300-x
- 26- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 1(1), 224-37.
- 27- Pargament, K. I. (2013). *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality*. Oxford University Press.
- 28- Schaefer, L. M., Smith, K. E., Anderson, L. M., Cao, L., Crosby, R. D., Engel, S. G., ... & Wonderlich, S. A. (2020). The role of affect in the maintenance of binge-eating disorder: Evidence from an ecological momentary assessment study. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(4), 387.

The Relationship between Spiritual Health and Marital Quality in Married Women in Shiraz

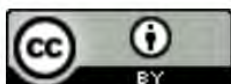
Soode Dashtianeh¹, Nasir Dastan^{2*}, Sepide Keshavarz³

- 1- Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.
soode.dashtiane@miau.ac.ir
- 2- Assistant Professor, Counseling Department, Fatemyieh Shiraz Institute of Higher Education, Shiraz, Iran. (Corresponding Author).
nasir.dastan88@gmail.com
- 3- Bachelor of Counseling, Counseling Department, Fatemyieh Shiraz Institute of Higher Education, Shiraz, Iran.
keshavarziran0@gmail.com

Abstract

This paper aims to compare spiritual health and marital quality in married women. The method of descriptive research was correlational. The statistical population of this study included all married women in Shiraz. Moreover, the statistical sample included 100 individuals, and cluster sampling was applied to determine the sample size. Paloutzian and Ellison's Spiritual Health questionnaires and Busby's Marital Quality Questionnaire were utilized to collect data. Furthermore, the collected data were analyzed at two levels (descriptive statistics and inferential statistics). Correlation coefficients and multivariate regression analysis were applied at the inferential level for descriptive statistics. The results showed a significant relationship between spiritual health and marital quality in married women. Generally, spiritual health was higher among married women with good marital quality.

Keywords: Spiritual health, Marital quality, Married women.



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

(CC BY 4.0)