

رابطه سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان

محمد زاهدی اصل* ، فاطمه حسینی**

تاریخ دریافت: ۹۵/۹/۵ تاریخ پذیرش: ۹۶/۲/۲۵

چکیده

بررسی و شناخت رابطه سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان بالای ۲۵ درصد شهرستان‌های قصرشیرین و سرپل ذهاب استان کرمانشاه است. این پژوهش در پی پاسخگویی به این سؤالات است که آیا بین سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی زناشویی و متغیرهایی مانند درصد جانبازی، زمان جانبازی و مدت ازدواج رابطه وجود دارد؟ روش تحقیق پیمایشی و از نوع تبیینی می‌باشد، با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه ۲۳۵ نفر جانباز بالای ۲۵ درصد به دست آمد. اعتبار ابزار سنجش با روش صوری و پایایی آن به وسیله آلفای کرونباخ به تأیید رسید در نهایت داده‌ها با ابزار پرسشنامه به روش مصاحبه گردآوری و با استفاده از نرم افزار SPSS آزمون T و پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار

* استاد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، zahedi2010@yahoo.com & zahediasl@atu.ac.ir

** کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول)، ho3ini_f@yahoo.com

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

گرفت. بین سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان رابطه معنادار است. رابطه بین متغیر درصد جانبازی با رضایت از زندگی به لحاظ آماری معنادار نیست. اما متغیرهای زمان جانباز شدن، مدت ازدواج، رابطه معناداری با میزان رضایت از زندگی زناشویی در بین جانبازان مورد مطالعه دارند. در این پژوهش رابطه سطح کلان با سطح خرد مورد سنجش و تأیید قرار گرفت. در نتیجه با افزایش سلامت اجتماعی رضایت از زندگی زناشویی جانبازان نیز افزایش می‌یابد. همچنین با افزایش مدت ازدواج میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان کاهش می‌یابد، اما افزایش درصد جانبازی تأثیری در میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان ندارد.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، رضایت، زندگی زناشویی، جانبازان،

کرمانشاه

مقدمه و بیان مسئله

خانواده به‌عنوان نخستین واحد اجتماعی، وظایف و کارکردهای متفاوتی را بر عهده دارد. مکان اصلی تربیت و اجتماعی شدن انسان‌ها، یادگیری ارزش‌ها، هنجارها و شکل‌گیری کنش‌ها و تعاملات بین فردی است. در روند گذار از سنت به مدرنیسم مقوله خانواده در این میان، به‌عنوان حوزه روابط خصوصی کنشگران همواره با چالش‌ها و تضادهای عمیق ارزشی، هنجاری، عرفی و اخلاقی روبرو شده است. خانواده بعنوان تنها واحد جایگزین ناپذیر، رابطه تنگاتنگی با جامعه و نهادهای اجتماعی برقرار ساخته، به‌طوری‌که تغییرات و تحولات در جامعه به زمینه‌سازی و پی‌ریزی عوامل تغییر در خانواده بستگی دارد و بالعکس، اصلاح روابط و شرایط حاکم بر خانواده همواره نیازمند بازبینی و اصلاح در نظام ارزشی و هنجارهای رسمی و غیررسمی اجتماع است. در فضای خانواده است که افراد می‌آموزند چگونه با اعضا ارتباط برقرار کنند و الگوی

روابط و قواعد کنش متقابل مشخص می‌شود تا افراد بر اساس آن روابط خویش را با دیگران سامان دهند. بنابراین اعضا مهارت‌های ارتباطی، ارزش‌ها روش‌ها و نحوه اجتماعی شدنی را که در محیط خانواده یاد می‌گیرند با خود به جامعه می‌برند و در اینکه فردی سازگار و موفق شوند تعیین‌کننده است. در این رابطه یکی از مسائلی که ثبات و تداوم نهاد خانواده را به خطر می‌اندازد، عدم رضایت از زندگی زناشویی است.

رضایت زناشویی وضعیتی است که زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس ناشی از خوشبختی و رضایت از ازدواج و رضایت از همدیگر دارند (Karny & Bradbury, ۲۰۰۰). سطوح بالاتر کیفیت زناشویی با بهزیستی فردی رابطه دارد. باوجود این تباهی روابط زناشویی یکی از عوامل ایجادکننده رنج انسانی است. ناسازگاری زناشویی به‌عنوان یک عامل خطر مهم برای سلامت جسمی و روانی بشمار می‌رود (سپهوند، ۱۳۹۳: ۵۶). اختلالات روانی مانند افسردگی، سوءمصرف مواد، ناکارآمدی جنسی و مشکلات رفتاری، کاهش ایمنی بدن، افزایش فشارخون، تصلب شرایین و درد ناشی از بیماری‌های مزمن، همچنین خشونت و سرانجام طلاق، فقط بخشی از عوارضی هستند که در پژوهش‌ها آمده‌اند (حسینی سده همکاران، ۱۳۸۸: ۱۳۲). بنابراین با توجه به نیاز جامعه به شناخت علمی خانواده هم در سطح بنیادین و هم کاربردی و همچنین نیاز به کارآمد ساختن خانواده در امر ازدواج، روابط زناشویی، فرزندپروری و تحکیم و ارتقاء ساختار و کارکرد خانواده و کاهش آسیب‌ها و مشکلات زناشویی، انجام پژوهش‌های کاربردی ضروری، به نظر می‌رسد.

درباره عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی تاکنون تحقیقات متعددی مخصوصاً در حوزه روانشناسی انجام شده است، اما در این میان به تأثیرات سلامت اجتماعی توجه کمتری نشان داده شده است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱ فرد سالم کسی است که از نظر جسمی، روانی و اجتماعی از سلامت کافی برخوردار باشد. از سال

۱. who

۲۰۰۰ میلادی شاخص‌های سلامت اجتماعی در جهان گسترش یافت. لارسن^۱ سلامت اجتماعی را به‌عنوان ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند (Larsen, ۱۹۹۶: ۸۳). سازمان جهانی بهداشت نیز در بحث از مدل‌های سلامت، مدل اجتماعی سلامت را این‌گونه مطرح می‌کند که ریشه‌های عدم سلامت (یا بیماری) را باید در خارج از بدن و در شبکه‌های زندگی و مناسبات اجتماعی جستجو کرد (محسنی، ۱۳۷۶: ۳۲). جامعه سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب فرد از یک‌سو و محیط اجتماعی - اقتصادی از سوی دیگر است. بُعد اجتماعی سلامت دربرگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است (کبیز، ۲۰۰۴: ۱۲۲).

در سنجش سلامت اجتماعی به نحوه ارتباط شخص در شبکه روابط اجتماعی توجه می‌شود. با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی انسان نمی‌توان از جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار سایر عوامل غافل شد. بی‌تردید میزان رضایت از زندگی زناشویی و عوامل مؤثر بر آن در بین اقشار و طبقات و اجتماعات مختلف جامعه متفاوت است. مدنظر قرار دادن این موضوع در ارتباط با جانبازان، برجسته و قابل توجه‌تر می‌باشد. آنچه مهم است و جای بحث دارد، وضعیت سلامت و زندگی بازماندگان جنگ است. در جامعه ایران ۸ سال جنگ پیامدهای مخرب انسانی و اقتصادی فراوانی برجای گذاشت علاوه بر مسائل روحی و روانی بازماندگان، شهدا و جانبازان تلفات انسانی آشکار این دوره هستند. در بین آنان جانبازان آسیب‌پذیرترین گروه محسوب می‌شوند چون اغلب از مشکلات روحی و جسمی توأمان برخوردارند که زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی و به‌تبع رضامندی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد که نتیجه آن ایجاد محیط پرتنش در خانواده و مختل شدن ارتباطات بین فردی و اجتماعی است، که همسر و

۱. Larsen

رابطه سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی ... ۲۴۹

فرزندان به مراتب رنج‌های بیشتری را نسبت به خود جانباز تجربه می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد، که اطرافیان مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی بیش از خودشان متحمل رنج و ناراحتی می‌شوند (Jordan. etal, ۱۹۹۸: ۷).

جانبازان به علت مشکلات جسمی معمولاً تحرک کمتری دارند که این امر باعث شده از جامعه فاصله بگیرند و مانند اکثر بیماران معمولاً دچار احساس تنهایی، بی‌توجهی اجتماعی و قطع روابط اجتماعی شوند. تقدیسی (۱۳۶۴) نشان داد، که اهم مشکلات جانبازان روابط بین فردی، درک نشدن آن‌ها از سوی جامعه و مشکلات جسمانی است. این وضعیت می‌تواند زمینه دچار شدن جانبازان به بیماری‌های روانی گوناگون را فراهم سازد و بر کارکرد روانی و اجتماعی اعضای خانواده تأثیر بگذارد. خاقانی زاده و سیرتی نیر (۱۳۸۳) بیان کردند فقدان سازش، همفکری همسر و فرزندان و روابط میان فردی مناسب در خانواده و اجتماع از عوامل اصلی تشدیدکننده مشکلات روان‌شناختی جانبازان است که به رابطه جانباز با همسر خود آسیب می‌رساند (سلیمی و همکاران، ۱۳۸۷: ۷). بررسی مداوم وضعیت روحی و روانی، اجتماعی و اقتصادی جانبازان از وظایف با اهمیت نهادهای حمایتی است. در این مسیر، برنامه‌ریزی و یافتن راهکارهایی برای حل و فصل مشکلات جانبازان و خانواده‌هایشان و کاهش نگرانی‌های آنان ضروری به نظر می‌رسد. از آنجایی که توجه به سرنوشت جانبازان، دارای اهمیت اساسی است باید برای کاهش رنج و آلام آنان از همه امکانات و روش‌ها بهره برد.

از طرفی به این نکته باید توجه نمود که لازمه هرگونه برنامه‌ریزی خدماتی و رفاهی انجام پژوهش‌های مناسب و کاربردی است زیرا پژوهش بستر توسعه و انسان محور توسعه است. با توجه به اینکه هر پدیده در جوامع مختلف آثار متفاوتی دارد و کشور ما دارای فرهنگها و قومیت‌های متعددی است. بنابراین در مطالعه حاضر با عنایت به تحقیق و بررسی وضعیت رضایت از زندگی زنانشویی جانبازان شهرستان‌های قصرشیرین و سرپل ذهاب استان کرمانشاه در کنار کنترل یکسری متغیرهای زمینه‌ای از

طریق وارد کردن این متغیرها در آزمون‌های همبستگی و سنجش میزان رابطه آنان با متغیر وابسته، به‌طور دقیق سعی بر این است به این سؤال پاسخ داده شود که آیا بین سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان بالای ۲۵ درصد رابطه وجود دارد؟ اما هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی و شناخت رابطه سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان ۲۵ درصد می‌باشد.

پیشینه تحقیق در ایران و جهان

پژوهشی با عنوان «تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناسی بر رضایت زناشویی» توسط روزی سولیزا هاشم^۱ و همکارانش (۲۰۱۳) در مالزی انجام شد. در این پژوهش تفاوت معناداری بین مدت ازدواج با رضایت از زندگی زناشویی وجود دارد. به این صورت که با افزایش طول ازدواج رضایت زناشویی افزایش می‌یابد.

پژوهشی با عنوان «رضایت از زندگی زناشویی: نقش‌ها و مهارت‌های اجتماعی همسران» توسط میریام براتفیش ویلا^۲، زیلدا آپارسیدا پری رادلپرت^۳، (۲۰۱۳) در کشور برزیل انجام شد. ارتباط بین رضایت زناشویی با سن، جنس، وضعیت اقتصادی، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان، ازدواج اول یا بعدی تایید شد.

تحقیقی نیز توسط وانگ و گودوین^۴ «درباره مقایسه رضایت زناشویی در سه فرهنگ انگلیس، چین و هنگ‌کنگ» (۲۰۰۹) انجام شد. نظریه‌های نوسازی و نظریه ارزش‌های فرهنگی از مبانی نظری این تحقیق بشمار می‌روند. نتایج نشان داد: در هر سه فرهنگ رابطه پایدار با همسر، حمایت از همسر، همکاری با همسر و امور مالی با ثبات در افزایش رضایت از زندگی زناشویی مهم بودند.

۱. soliza Hashem

۲. Miriam Bratfish Villa

۳. Zilda Aparecida Pereira Dlprrth

۴. Wong.Goodwin

رابطه سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی ... ۲۵۱

پژوهشی با عنوان تعیین «عوامل اجتماعی - فرهنگی مرتبط با رضایت از زندگی زناشویی در میان زنان متأهل شهرستان آذرشهر» توسط حسین بنی فاطمه و طاهره طاهری تیموری لویی (۱۳۸۸) انجام شد. بر این اساس؛ با افزایش سرمایه اجتماعی میزان رضایت از زندگی زناشویی نیز افزایش می‌یابد. بین طول ازدواج و رضایت از زندگی زناشویی همبستگی ضعیف وجود دارد. یعنی هرچه طول مدت ازدواج بیشتر باشد میزان رضایت از زندگی زناشویی تا حدودی هم بیشتر است.

پژوهشی با عنوان «عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان رضایت زناشویی زنان شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه شهید بهشتی» (۱۳۹۰) توسط معصومه مایلی انجام شد که نتایج نشان می‌دهد هرچه حمایت اجتماعی بالا باشد رضایت از زندگی زناشویی نیز بالا خواهد بود. بین سرمایه اجتماعی و میزان رضایت از زندگی زناشویی ارتباط وجود دارد به این صورت که هرچه سرمایه اجتماعی بیشتر باشد رضایت از زندگی زناشویی نیز بیشتر است.

پژوهشی با عنوان «ابعاد رضایت زناشویی در همسران جانباز» توسط سید حسین سلیمی و همکاران (۱۳۸۷) انجام شد که نتایج تحقیق نشان داد؛ بین متغیرهای جمعیت شناختی شامل سن و درصد جانبازی با رضایت زناشویی رابطه معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر این متغیرهای زمینه‌ای تأثیری در میزان رضایت‌مندی زناشویی ندارد.

با بررسی تحقیقات انجام شده متوجه می‌شویم در رابطه با موضوع پژوهش حاضر تحقیقات زیادی انجام نشده است. در تعداد معدودی که ذکر شد، نقاط قوت این پژوهش‌ها توجه دقیق به ابعاد روانشناسی و ارتباطی در خانواده یا عوامل اجتماعی در سطح میانی است و از جنبه‌های منفی آن‌ها عدم توجه به رابطه ابعاد سلامت اجتماعی بر ارتباطات اعضای خانواده می‌باشد. در حالی که دستیابی به سلامت خانواده بدون در نظر گرفتن عوامل محیطی قابل حصول نیست و تبیین این تعاملات در تحقیقات انجام

شده مورد کم‌توجهی واقع شده است. از سوی دیگر با توجه به اینکه خانواده یکی از عرصه‌های اصلی و مهم اقدام مددکاران اجتماعی است در ایران و حتی جهان مددکاران اجتماعی حضور کم‌رنگی در حوزه تحقیقات مرتبط با خانواده و رضایت از زندگی زناشویی داشتند. همچنین ضعف اصلی آن‌ها عدم بکارگیری نظریات مرتبط با مددکاری اجتماعی و یا نظریه‌های متعلق به حرفه مددکاری اجتماعی می‌باشد. از این رو در این پژوهش سعی گردید از نظریه سیستم‌ها بوم‌شناختی و نظریه پایه مددکاری اجتماعی بعنوان چارچوب نظری در تبیین رابطه متغیرهای مورد نظر استفاده گردد.

مبانی نظری تحقیق

رویکرد بوم‌شناختی^۱ یا اکولوژی در فرهنگ آکسفورد^۲ (Fuller, ۱۹۸۹) «شاخه‌ای از زیست‌شناسی است که در مورد روابط بین موجودات با یکدیگر و تعامل آن‌ها با محیطشان مطالعه می‌کند، اکولوژی در مورد انسان‌ها عبارت است از مطالعه تعامل بین افراد با محیطشان، نظریه سیستم‌های بوم‌شناختی، شخص را به صورتی در نظر می‌گیرد که در یک سیستم پیچیده روابط رشد می‌کند و محیط اطراف از ابعاد مختلفی بر او تأثیر می‌گذارند. فرضیه بنیادین نظریه اکولوژی این است که توسعه و تغییر در نتیجه تعامل میان شیء و زمینه محیطی آن به‌طور وسیع اتفاق می‌افتد. ویژگی اساسی فرض بالا تمرکز بر تعامل است. یعنی افراد و خانواده‌ها صرفاً توسط تأثیرات و زمینه‌های محیطی شکل نمی‌یابند، بلکه آن‌ها نیز بر زمینه‌ها تأثیر می‌گذارند (زارعان، ۱۳۹۱: ۸۶) در رویکرد بوم‌شناختی رشد فرد نه محصول خود او و نه در اثر شرایط محیطی او حاصل می‌شود.

بر اساس نظریه مبادله هومنز^۳ مبادله بستر تمام روابط انسانی را تشکیل می‌دهد، او روابط نزدیک را مانند مبادلات تجاری برحسب سود و زیان تبیین

۱. □□□□□□□□□□□□□□□□

۲. Axford

۳. Exchangetheory Homenz

می‌کند. به این طریق که هر یک از طرفین به دنبال سود بیشتر با هزینه کمتر هستند، بنابراین افرادی که هزینه‌ها و پاداش‌ها را کنترل می‌کنند دارای قدرت هستند. برای این نکه یک شخص در یک رابطه احساس رضایت کند، باید آنچه به دست می‌آورد، با آنچه از دست می‌دهد، برابر باشد. مفاهیم این نظریه در مطالعات رفتار خانوادگی و زناشویی گسترش بیشتری یافته است (ریترز، ۱۳۸۷: ۴۱۴).

نظریه سیستمی^۱ یکی از نظریه‌های دیدگاه کارکردگرایی است که بر روابط میان اجزا توجه و تأکید می‌کند به عنوان مثال خانواده از اجزایی تشکیل شده که هر کدام تحت تأثیر سایر اجزا قرار دارند و بر تمام آن‌ها تأثیر می‌گذارند. از این رو برای درک کل اعضا باید به بررسی فرایندهایی تعاملی که میان آن‌ها رخ می‌دهد توجه نمود (حسینی بیرجندی، ۱۳۹۰: ۵۰). به عقیده رویکرد خانواده درمانی ساختاری^۲، نشانه‌های مرضی فرد زمانی که در بافت الگوی تعاملی خانواده ارزیابی شود بهتر قابل درک است و برای رفع نشانه‌های مرضی باید در ساختار یا سازمان خانواده تغییر صورت گیرد. (حسینی بیرجندی، ۱۳۹۰: ۱۴۳). این رویکرد نظریه‌ای کاربردی است یکی از فرضیه‌های آن این است که خانواده دارای ساختار بوده و در شرایط واقعی شناخته می‌شود. ساختار عبارت است از مجموعه رفتار و نقش‌هایی که اعضای خانواده از آن طریق به هم متصل می‌شوند. در رویکرد ساختاری خانواده به عنوان کل در نظر گرفته می‌شود و تعاملات بین زیرمجموعه‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد.

بر اساس نظریه تسری گرونبرگ^۳، انسان‌ها رضایت یا عدم رضایت خود از یک بخش از زندگی را به سایر بخش‌ها منتقل می‌کنند. بنابراین، شهروندی که از وضع زندگی‌اش رضایت داشته باشد، بیشتر تمایل خواهد داشت در امور مختلف اجتماعی مشارکت نماید (رفیع پور، ۱۳۷۸: ۵۲۶). بر اساس این تئوری اگر افراد از اوضاع و

۱. System theory

۲. Structural Family Therapy Theory

۳. The theory extends of Gronbrg

احوال و شرایط زندگی خود راضی باشند با رضایت در اجتماع ظاهر می‌شوند. آنان معمولاً با مسائل مطلوب‌تر برخورد می‌کند و برعکس کسانی که از زندگی اجتماعی خود راضی هستند و روابط اجتماعی سالمی دارند، این رضایت را به محیط خانواده انتقال می‌دهند. رویکرد شناختی - رفتاری مشکلات زناشویی از جمله صمیمیت را نتیجه مهارت‌های ناکارآمد همسران در برقراری ارتباط، ناتوانی در حل مؤثر مشکلات و تعارضات، انتظارات و باورهای غیرمنطقی و تبدلات رفتاری منفی می‌داند. در میان نظریه‌های شناختی به الگوهای اسنادی توجه خاصی شده است. فرض بنیادی این الگو این است که استنتاج‌های علی افراد از مشاهده رفتارهای همسرشان به‌طور جدی بر سطح رضایت آنان از رابطه، تأثیر دارد. علاوه بر تأکید بر اسنادهای زوجین، باورهای غیرمنطقی آلیس، خطاهای شناختی بک، و باورهای غیرواقع‌بینانه آیدلسون و اپستاین (برنشتاین، ۱۳۸۲:۲۳۱).

رویکرد واقعیت‌درمانی گلاسر یکی از نظریه‌های درمان تعارض‌های زناشویی است در این نظریه گفته می‌شود که به‌طور کلی، ناسازگاری شخص در طی سال‌های اولیه زندگی و هنگامی آغاز می‌شود که وی نمی‌تواند نیاز خود را برای تجربه عشق یا احساس ارزشمند بودن ارضاء کند یا در این زمینه تلاشی به عمل نمی‌آورد. ناتوانی فرد برای کسب یا حفظ ارزش برای خود، از فقدان تجربه موفقیت یا نداشتن فرصت برای انجام دادن کاری با ارزش، حاصل می‌شود. (ساعتچی، ۱۳۷۹:۱۵۸). دیدگاه تجربه‌نگر ستیر معتقد است؛ اختلال عملکرد خانواده ناشی از ارتباطات نادرست است که این موضوع تحت تأثیر عزت‌نفس پایین آن‌ها است. به نظر ستیر در نظام خانواده عنصر ارتباط تعیین‌کننده است، در واقع عزت‌نفس و ارتباط، پایه‌های درمان ستیر هستند. هر نشانه ناسالم در اعضای خانواده نشانگر مسائلی است که مانع رشد عاطفی آن‌ها شده است (حسینی بیرجندی، ۱۳۹۰:۱۳۱).

با توجه به مطالعات نظری انجام شده فرضیه اصلی تحقیق حاضر با بکارگیری ترکیبی از دو نظریه تسری گرونبرگ و سیستم‌های بوم‌شناختی برونفن برنر تبیین شده

است. بر اساس نظریه تسری گرونبرگ رضایت از یک جنبه زندگی به جنبه‌های دیگر سرایت می‌کند. گرونبرگ بیان می‌کند که رضایت و عدم رضایت از یک بخش از زندگی بر روی رضایت و عدم رضایت از بخش‌های دیگر زندگی تأثیر دارد. به‌طور مثال، نارضایتی فرد از زندگی اجتماعی می‌تواند موجب نارضایتی او از زندگی خانوادگی شود. طبق این نظریه و ابعاد سلامت اجتماعی: انطباق، انسجام، مشارکت، شکوفایی و پذیرش اجتماعی، فرض بر این است که جانبازان به علت مشکلات جسمی و روانی از اجتماع خود و مشارکت در آن محروم هستند این انزوا و کناره‌گیری منجر به افزایش شکاف بین جانباز و جامعه، کاهش انطباق و انسجام اجتماعی و درنهایت عدم پذیرش متقابل او و جامعه خواهد شد. زمانی که یک فرد اجتماع خود را قبول نداشته باشد در امور مربوط به آن مشارکت نخواهد کرد و به رشد و شکوفایی آن نیز کمک نمی‌کند و از سویی دیگر اگر فردی نیز موردپذیرش جامعه قرار نگیرد در دست‌یابی به اهداف خود موفق نخواهد شد در نتیجه فرد منزوی، از زندگی در چنین جامعه‌ای احساس رضامندی نمی‌کند و این احساس نارضایتی را به محیط‌های دیگر از جمله خانواده انتقال می‌دهد. بنابراین بر اساس این نظریه می‌توان چنین استنباط کرد که، کسانی که دارای سلامت اجتماعی هستند از نظر اجتماعی رضامند بوده و در زندگی خانوادگی نیز احساس رضایت را تجربه خواهند کرد.

چنانچه بخواهیم فرضیه مورد نظر را بر اساس رویکرد سیستم‌های بوم‌شناختی تبیین کنیم باید گفت فرد تحت تأثیر سیستم‌هایی است که به آن تعلق دارد و خرده سیستم‌ها نیز به‌عنوان زیرمجموعه سیستم‌های بزرگ‌تر تحت تأثیر سیستم‌های کلان قرار می‌گیرند. فرد زیرمجموعه سیستم خانواده است و خانواده نیز به‌نوبه خود زیرمجموعه سیستم نظام اجتماعی است. نظریه سیستم‌های بوم‌شناختی درعین حال که به تفاوت‌های فردی افراد توجه می‌کند آنان را به‌صورت سیستمی در بطن نظام‌هایی که درون آن زندگی می‌کنند مورد بررسی قرار می‌دهد. در این رویکرد درمانگران فراتر از فرد به خانواده و نظام‌های که به آن تعلق دارد مثل نظام فرهنگی و اجتماعی می‌نگرند.

به‌طورکلی می‌توان گفت بر اساس این نظریه بین سیستم خانواده به‌عنوان خرده سیستم با سیستم نظام اجتماعی تعامل و کنش متقابل وجود داشته و این دو از همدیگر تأثیرپذیرند، از این‌رو سلامت فرد در اجتماع منجر به رضامندی فرد می‌شود و این رضایت بر رضایت از زندگی زناشویی تأثیرگذار است.

از این‌رو با توجه به فرض کناره‌گیری جانبازان از اجتماع به علت مشکلات جسمی و روانی و از سوی دیگر ایجاد شکاف بین عقاید و ارزش‌های این افراد با جامعه در کاهش میزان تعاملات و مشارکت آنان در جامعه نقش اساسی دارد که به ضعف انسجام و انطباق اجتماعی جانباز و جامعه منجر گردیده و در نهایت عدم پذیرش متقابل را به همراه خواهد داشت، که نتیجه آن این است که جانباز به جامعه و افراد آن بی‌اعتماد شده و تمایلی به مشارکت اجتماعی، پیشرفت و شکوفایی اجتماع خویش نداشته و به سرنوشت جامعه بی‌تفاوت می‌گردد. بنابراین بر اساس ابعاد پنج‌گانه انطباق، مشارکت، پذیرش، انسجام و شکوفایی اجتماعی که ذکر شد سلامت اجتماعی او از بین می‌رود و طبق نظریه سیستم‌ها و ارتباط دو سیستم خانواده و جامعه، عدم سلامت اجتماعی بر عدم سلامت خانوادگی تأثیرگذار خواهد بود.

به‌طورکلی می‌توان گفت بر اساس این نظریه بین سیستم خانواده به‌عنوان خرده سیستم با سیستم نظام اجتماعی تعامل و کنش متقابل وجود داشته و این دو از همدیگر تأثیرپذیرند، از این‌رو سلامت فرد در اجتماع، منجر به رضامندی فرد می‌شود و بین رضایت اجتماعی با رضایت از زندگی و رضایت از زندگی زناشویی رابطه متقابل وجود دارد. در واقع رفتارهای فرد در جامعه بر تعاملات خانوادگی او و برعکس تأثیرگذار است. بر این اساس مشکلات جسمانی و روانی جانبازان بر اعضای خانواده، سازگاری و نظام خانواده تأثیر گذاشته و کنش‌های جدیدی را مطرح می‌کند. این خانواده‌ها به دلیل تحمل شرایط و استرس‌های طاقت‌فرسا به احساسات و افکاری همچون احساس گناه، خشم و تنفر انبوه و ناامیدی دچار می‌شوند و آن را به جانباز منتقل می‌کنند.

فرضیه‌های تحقیق

فرضیه اصلی:

به نظر می‌رسد بین سلامت اجتماعی و میزان رضایت از زندگی زناشویی رابطه معناداری وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی:

- به نظر می‌رسد بین مدت ازدواج و رضایت از زندگی زناشویی رابطه معناداری وجود دارد.

- به نظر می‌رسد بین درصد جانبازی و رضایت از زندگی زناشویی رابطه معناداری وجود دارد.

- به نظر می‌رسد بین زمان جانبازی و رضایت از زندگی زناشویی رابطه معناداری وجود دارد.

روش‌شناسی

روش تحقیق در پژوهش حاضر پیمایشی از نوع تبیینی می‌باشد. علت استفاده از روش پیمایش این است که جمعیت‌های بزرگ و کوچک را با انتخاب نمونه‌های منتخب از آن جامعه، برای کشف میزان نسبی شیوع، توزیع و روابط متقابل متغیرها مورد بررسی قرار می‌دهد (کرلینجر، ۱۳۷۴: ۶۵). جامعه آماری در این پژوهش جانبازان ۲۵ درصد به بالای شهرستان‌های قصرشیرین و سرپل ذهاب استان کرمانشاه می‌باشند. که تعداد آن‌ها ۶۲۳ نفر می‌باشد با توجه به اینکه ارائه خدمات به جانبازان شامل ۲۵ درصد به بالاست و اینکه از ۲۵ درصد به بالا به اداره بنیاد شهید و امور ایثارگران مراجعه می‌کنند. از این رو مبنای جامعه آماری قرار گرفت. در این مطالعه نیز حجم نمونه آماری با استفاده از فرمول نمونه‌گیری کوکران به‌دست آمده است. در این فرمول با جمعیت ۶۲۳ نفر،

دقت احتمالی حدود ۵ درصد و با فرض بیشترین پراکندگی صفات مورد مطالعه، حجم نمونه برابر ۲۳۸ نفر برآورده شده است.

پس از اجرای پرسشنامه در بین افراد نمونه تعداد سه عدد پرسشنامه به دلیل نقص در پاسخگویی از تحلیل نهایی حذف گردید و تعداد ۲۳۵ نفر مورد تحلیل قرار گرفت. با توجه به تعداد ۲۳۵ نفر جمعیت نمونه و در دسترس بودن چهارچوب نمونه‌گیری، روش نمونه‌گیری در این پژوهش به شیوه سیستماتیک است. در این تحقیق واحد تحلیل یک مرد جانباز متأهل بالای ۲۵ درصد است. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه است. برای تکمیل پرسشنامه با توجه به سطح سواد و وضعیت جسمی جانبازان از روش مصاحبه نیز استفاده شده است. در این پژوهش با استفاده از اعتبار صوری گویه‌ها متغیر مستقل و متغیر وابسته مورد سنجش قرار گرفتند و به منظور سنجش پایایی پرسشنامه رضایت از زندگی زناشویی و سلامت اجتماعی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. پرسشنامه رضایت از زندگی زناشویی بر اساس تلفیقی از پرسشنامه‌های استاندارد موجود ساخته شد.

این پرسشنامه دارای ۲۲ گویه در ابعاد؛ حل تعارض در زندگی زناشویی، خشونت، مشکلات مربوط به فرزندان، اوقات فراغت، روابط جنسی، ارتباط زناشویی، حمایت همسر و امور مالی است، که بعد از اجرای آزمایشی پرسشنامه با نمونه ۵۰ نفری، میزان پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ بدین ترتیب محاسبه شد: حل تعارض (۰/۸۵۱)، خشونت (۰/۷۷۴)، ارتباط زناشویی (۰/۸۱۷)، تعداد فرزندان (۰/۶۴۱)، حمایت همسر (۰/۸۲۳)، ارتباط جنسی (۰/۷۰۱)، اوقات فراغت (۰/۷۱۳)، مالی (۰/۶۰۸) و کل (۰/۸۰۶) به دست آمد. پرسشنامه سلامت اجتماعی در این پژوهش یک پرسشنامه محقق ساخته است، با ۲۱ ماده که با پیروی از ابعاد پنج‌گانه کییز (انسجام، انطباق، شکوفایی، مشارکت و پذیرش اجتماعی) همچنین شرایط فرهنگی، اجتماعی جانبازان طراحی شده است. میزان پایایی به دست آمده در این پژوهش عبارت‌اند از:

رابطه سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی ... ۲۵۹

انسجام اجتماعی (۰/۷۰۴)، انطباق اجتماعی (۰/۶۷۶)، پذیرش اجتماعی (۰/۷۵۷)، شکوفایی اجتماعی (۰/۶۷۲)، مشارکت اجتماعی (۰/۷۷۶) و کل (۰/۸۳۳) می‌باشد.

تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم

مفهوم رضایت از زندگی زناشویی:

رضایت از زندگی زناشویی بر اساس تعریف هاو کینز (۱۹۸۶) احساسات عینی از خشونتی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر است، هنگامی که همه جنبه‌های ازدواجشان را در نظر می‌گیرند. رضایت متغیر نگرشی است و بنابراین خصوصیت فردی زن و شوهر محسوب می‌شود (عسکری، ۱۳۸۹: ۱۸). این مفهوم در پرسشنامه پژوهش حاضر با الهام از ابعاد پرسشنامه انریچ در هشت بعد حل تعارض، ارتباط زناشویی، رابطه جنسی، مالی، حمایت همسر، فرزندان، اوقات فراغت و خشونت در مقیاس ترتیبی ساخته شد. این سؤالات به صورت ۲۲ گویه توسط طیف ۵ قسمتی لیکرت با گزینه‌های بسیار موافقم (نمره ۵)، موافقم (نمره ۴)، تا حدودی (نمره ۳) مخالفم (نمره ۲) و بسیار مخالفم (نمره ۱) سنجیده شده است. پایین‌ترین نمره ۲۲ است که بیانگر رضایت پایین از زندگی زناشویی است و بالاترین نمره ۱۱۰ است که نشان‌دهنده رضایت بالا از زندگی زناشویی است. بنابراین نمرات بین ۲۲ تا ۵۱ رضایت از زندگی زناشویی متوسط و نمرات بین ۸۰ تا ۱۱۰ رضایت از زندگی زناشویی سطح بالا را نشان می‌دهند. نمره دهی گویه‌های منفی به صورت معکوس: کاملاً موافقم (نمره ۱)، موافقم (نمره ۲)، تا حدودی (نمره ۳)، مخالفم (نمره ۴) و کاملاً مخالفم (نمره ۵) سنجیده می‌شوند.

معرف سازی مفهوم رضایت از زندگی زناشویی: بُعد خشونت (فحش و ناسزا،

کتک‌کاری، تعداد موارد پرخاشگری به همسر در طول هفته گذشته)، بُعد فرزندان (توجه به فرزندان، تربیت فرزندان و کنترل رفتار فرزندان)، بُعد اوقات فراغت (،

اختصاص وقت برای تفریح با همسر، تمایل به تفریح بدون همسر)، بُعد ارتباط زناشویی (وجود صمیمیت در رابطه، درد دل با همسر، بیان احساسات به همسر) بُعد حمایت همسر (درک متقابل همسر، قابل اتکا بودن همسر و گوش دادن همسر به صحبت‌های او)، بُعد مالی (شیوه تصمیم‌گیری درباره نحوه مخارج خانواده، تناسب مخارج شخصی همسر با وضعیت اقتصادی خانواده)، بُعد حل تعارض (صحبت درباره مشکلات، بررسی راه‌های حل تعارض توسط زوجین، حل مسالمت‌آمیز تعارضات)، بُعد رابطه جنسی (رضایت همسر، رضایت خود، صحبت زوجین درباره مسائل جنسی).

مفهوم سلامت اجتماعی:

سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با دیگران و گروه‌های اجتماعی که فرد عضوی از آنها است. طبق این تعریف ابعاد سلامت اجتماعی عبارت‌اند: انسجام، پذیرش، مشارکت، انطباق و شکوفایی اجتماعی. منظور از انسجام اجتماعی یعنی ارزیابی کیفیت روابط فرد در جامعه و گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد. پذیرش اجتماعی یعنی دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران و شکوفایی اجتماعی به ارزیابی توانایی بالقوه اجتماع به صورت کلی بر می‌گردد. مشارکت اجتماعی باوری است که فرد خود را عضو حیاتی جامعه می‌داند، انطباق اجتماعی یعنی درک اجتماع به صورت هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی (۲۸۹: ۱۹۹۸، keys، به نقل از امینی ننده، ۱۳۹۰: ۷۵)

در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گیری مفهوم سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس ۲۱ ماده‌ای سلامت اجتماعی که ۵ مؤلفه آن شامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی می‌باشد و توسط کیز (۱۹۹۸) ساخته شده، استفاده شده است. گویه‌های مفهوم سلامت اجتماعی در این تحقیق با الهام از مقیاس ۳۳ ماده‌ای کیز و بر اساس شرایط جسمی، فرهنگی و اجتماعی جامعه آماری طراحی گردیده است. این سؤالات توسط طیف ۵ قسمتی لیکرت با گزینه‌های کاملاً موافقم

(نمره ۵)، موافقم (نمره ۴)، تا حدودی نظر (نمره ۳)، مخالفم (نمره ۲) و کاملاً مخالفم (نمره ۱) سنجیده شده است. پایین‌ترین نمره ممکن در مقیاس سلامت اجتماعی ۲۱ و بالاترین نمره ممکن ۱۰۵ می‌باشد. بنابراین امتیازهای بین ۲۱ تا ۴۹ نشان‌دهنده سلامت اجتماعی پایین، امتیازهای بین ۴۹ تا ۷۷ نشان‌دهنده سلامت اجتماعی متوسط و امتیازهای بین ۷۷ تا ۱۰۵ نشان‌دهنده سلامت اجتماعی بالا است، سطح سنجش مقیاس ترتیبی است. همچنین برخی گویه‌های منفی نمره دهی آن‌ها به صورت معکوس بسیار موافقم (نمره ۱)، موافقم (نمره ۲)، تا حدودی (نمره ۳)، مخالفم (نمره ۴) و بسیار مخالفم (نمره ۵) سنجیده می‌شوند.

معرف سازی مفهوم سلامت اجتماعی: بُعد انسجام اجتماعی (احساس تنهایی در میان جمع، احساس مفید بودن، احترام مردم به جانباختن و عدم احترام مردم به جانباختن) مانند گذشته، بُعد مشارکت اجتماعی (توانایی انجام کار مفید برای جامعه، احساس ارزشمند بودن، نداشتن توان کافی برای ارائه خدمات به جامعه و عدم توانایی انجام کار مفید در گذشته) بُعد شکوفایی اجتماعی (توانایی دستیابی به اهداف، تأثیر قوانین اجتماعی بر زندگی فرد، امید به آینده بهتر و توانایی فرد در بهبود وضعیت جامعه)، بُعد انطباق اجتماعی (احساس آرامش در میان مردم، شناخت کافی از جامعه خود، توان پیش‌بینی جامعه و تلاش جهت اطلاع از اوضاع جامعه)، بُعد پذیرش اجتماعی (اعتماد داشتن به دیگران، اعتقاد به مهربانی اغلب مردم، اعتقاد به خودخواهی مردم، اعتقاد به اینکه مردم به مشکلات دیگران اهمیت می‌دهند و اعتقاد به متقلب بودن اکثر مردم).

تعریف عملیاتی متغیرهای جمعیت شناختی

این گویه‌ها به شکل سؤالات باز پاسخ و در سطح سنجش فاصله‌ای طراحی شده‌اند که پاسخ‌ها در مرحله تحلیل داده‌ها دسته‌بندی و کدگذاری شده‌اند. طول مدت ازدواج: هر ازدواجی دارای طول عمری است. در هر مرحله زوجین با مسائلی مواجه

هستند که می‌تواند بر رضایت مندی آن‌ها تأثیرگذار باشد. از این‌رو متغیر مورد نظر به صورت یک سؤال باز پاسخ طرح گردیده است: شما چند سال پیش ازدواج کردید؟... که در تحلیل به صورت ۵ طبقه بافاصله ۱۰ سال نمره‌گذاری شده است. به این صورت: زیر ۱۰ سال (نمره ۱) ۱۱-۲۰ (نمره ۲) ۲۱-۳۰ (نمره ۳) ۳۱-۴۰ (نمره ۴) ۴۰ به بالا (نمره ۵)

درصد جانبازی: منظور از درصد انباری میزان شدت آسیب‌دیدگی جانباز است. سؤال مربوط به این متغیر به صورت باز مطرح شده است: درصد جانبازی شما چقدر است؟... این سؤال در تحلیل داده‌ها به صورت (کمتر از ۳۰ درصد) نمره (۱)، (۳۱-۴۰) نمره (۲)، (۴۱-۵۰) نمره (۳)، (۵۱-۶۰) نمره (۴)، (بیشتر از ۶۰) نمره (۵) دسته‌بندی شده است. زمان جانباز شدن: در سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران جانبازان به صورت کلی به دو دسته زمان جنگ و بعد جنگ تقسیم می‌شوند. سؤال متغیر مورد نظر در قالب سؤال دو جوابی زیر طرح شده است: چه زمانی جانباز شدید؟ بعد از جنگ... زمان جنگ

یافته‌های تحقیق

توصیفی:

در این بخش توزیع سنی جانبازان نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ۶ درصد جانبازان زیر ۳۰ سال هستند، سن ۱۴ درصد از جانبازان بین ۳۰ تا ۴۰ سال است، ۳۵/۷ درصد از جانبازان در گروه سنی ۴۱ تا ۵۱ سال هستند، ۲۳/۳ در گروه سنی ۵۱ تا ۶۰ سال هستند و سن ۱۱/۹ درصد از آن‌ها نیز بیشتر از ۶۰ سال است. توزیع سنی همسران جانبازان نشان داده است که ۱۳/۶ زیر ۳۰ سال هستند، ۲۵/۵ درصد بین ۳۰-۴۰ سال دارند و ۳۸/۳ درصد بین ۴۱-۵۰ سال دارند، ۲۰/۴ درصد ۵۱-۶۰ و ۲/۱ درصد نیز بالای ۶۰ سال هستند. میانگین سنی جانبازان ۴۹/۳۳ و میانگین سنی همسران

رابطه سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی ... ۲۶۳

جانبازان ۴۳/۲۶ می باشد. میانگین اختلاف سنی زوجین ۶/۹۷ سال و انحراف معیار نیز برابر با ۵/۴۳ است. مدت زمان ازدواج طبق طبقه بندی صورت گرفته به این ترتیب است که: ۱۶/۲ درصد زیر ۱۰ سال، ۲۸/۱ درصد بین ۱۱ تا ۲۰ سال، ۴۰/۴ درصد بین ۲۱ تا ۳۰ سال، ۱۴/۵ درصد بین ۳۱ تا ۴۰ سال و در نهایت ۹/۰ درصد نیز بیش از ۴۰ سال از سن ازدواجشان گذشته است. کمترین مدت گذشتن از ازدواج ۱ سال و بیشترین میزان آن ۵۰ سال است. میانگین مدت ازدواج ۲۱/۵ سال است و انحراف معیار نیز ۱۰/۲ است. میانگین تعداد فرزندان برابر است با ۳/۲۹ به ازای هر فرد. میزان میانه برابر است با ۳ فرزند. انحراف معیار فرزندان ۱/۲۸ و میزان واریانس ۱/۶۶ است. ۱۵۸ نفر بی سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی هستند، ۶۰ نفر دارای تحصیلات راهنمایی تا دبیرستان، ۱۴ نفر دارای تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۳ نفر نیز دارای تحصیلات کارشناسی ارشد هستند. نتایج حاصل، حاکی از این است که کمتر از ۲۰ درصد از جانبازان و کمتر از ۱۰ درصد از همسرانشان تحصیلات دانشگاهی دارند. ۴ بیشترین تعداد پاسخگویان مربوط به جانبازان جسمی با ۱۲۸ نفر ۹/۵۴ درصد و کمترین مربوط به جانبازان اعصاب و روان ۴۵ نفر برابر با ۱۹/۶ درصد گزارش می شود و جانبازان جسمی - اعصاب و روان ۵۹ نفر ۲۵/۵ می باشند. کمترین میزان جانبازی ۲۵ درصد بوده و بیشترین میزان ۷۰ درصد است. میانگین درصد جانبازی ۳۸/۸۴ درصد بوده است و انحراف معیار نیز برابر با ۱۳/۹۳ بوده است. ۳۵ درصد از جانبازان در زمان جنگ تحمیلی جانباز شده اند و ۶۵ درصد نیز بعد از جنگ؛ همچنین ۲ نفر از جانبازان نیز اشاره ای به زمان جانباز شدن خود نکرده اند.

جدول ۱- میزان رضایت از زندگی زناشویی در جانبازان

حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
۳۷	۱۰۳	۷۱/۶۳	۱۳/۴۶	۲۳۵

جدول ۲- میزان سلامت اجتماعی جانبازان

حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
۴۰	۹۰	۶۳/۱۷	۱۰/۳۲	۲۳۵

یافته‌های استنباطی:

فرضیه: به نظر می‌رسد بین سلامت اجتماعی جانبازان و رضایت از زندگی زناشویی آن‌ها رابطه معناداری وجود دارد. در بررسی این فرضیه از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است. به منظور بررسی دقیق‌تر رابطه همه ابعاد سلامت اجتماعی با رضایت از زندگی زناشویی سنجیده شده است.

جدول ۳- میزان همبستگی سلامت اجتماعی به‌طور کلی با رضایت از زندگی زناشویی

متغیر	میزان همبستگی	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	$r=0/513$	$S=0,000$

نتایج آزمون همبستگی سلامت اجتماعی با رضایت از زندگی زناشویی را نشان می‌دهد. میزان همبستگی سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی زناشویی برابر با ۰/۵۱ و معنادار است.

میزان همبستگی ابعاد سلامت اجتماعی با رضایت از زندگی زناشویی

همبستگی ابعاد سلامت اجتماعی با رضایت از زندگی به ترتیب برابر است با: انسجام اجتماعی ۰/۲۵، انطباق اجتماعی ۰/۴۱، مشارکت اجتماعی ۰/۳۱، پذیرش

رابطه سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی ... ۲۶۵

اجتماعی ۰/۳۰ و شکوفایی اجتماعی نیز ۰/۴۴ است. سطح معناداری همه ابعاد ۰,۰۰۰ است و می‌توان وجود رابطه بین ابعاد سلامت اجتماعی با رضایت از زندگی زناشویی جانبازان مورد مطالعه را با اطمینان ۹۹ درصد تایید کرد. یافته‌های تحقیق در این بخش نشان‌دهنده این است که هرچه جانبازان از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، رضایت از زندگی زناشویی آن‌ها نیز بالاتر خواهد بود. بنابراین فرضیه یادشده رد نشده است.

فرضیه‌های فرعی

فرضیه ۱: رابطه مدت ازدواج و رضایت از زندگی زناشویی

جدول ۴- وضعیت مدت زمان ازدواج

حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
۱	۵۰	۲۱/۵۰	۱۰/۲	۲۳۵

فرضیه: به نظر می‌رسد بین مدت ازدواج با میزان رضایت از زندگی زناشویی رابطه معنادار وجود دارد.

جدول ۵- میزان همبستگی مدت ازدواج با رضایت از زندگی زناشویی

متغیر	میزان همبستگی	سطح معناداری
مدت ازدواج	-۰/۱۴۶	۰/۰۲۵

جدول شماره (۵) نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین مدت ازدواج و رضایت از زندگی زناشویی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود میزان همبستگی برابر است با -۰/۱۴۶ و سطح معناداری این آزمون برابر است با ۰/۰۲۵ و میزان همبستگی منفی است بنابراین می‌توان گفت که همبستگی معکوسی بین مدت ازدواج و رضایت از زندگی زناشویی وجود دارد. یعنی هرچه از زمان ازدواج بیشتر بگذرد رضایت از زندگی زناشویی جانبازان کاهش می‌یابد.

فرضیه ۲: درصد جانبازی و رضایت از زندگی زناشویی

جدول ۶- وضعیت درصد جانبازی پاسخگویان

حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
۲۵	۷۰	۳۸/۸۴	۱۳/۹۳	۲۳۵

فرضیه: به نظر می‌رسد بین درصد جانبازی با میزان رضایت از زندگی زناشویی رابطه معنادار وجود دارد.

جدول ۷- میزان همبستگی درصد جانبازی با رضایت از زندگی زناشویی

متغیر	میزان همبستگی	سطح معناداری
درصد جانبازی	-۰/۰۷۴	۰/۲۶۰

جدول شماره (۷) نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین درصد جانبازی و رضایت از زندگی زناشویی را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود میزان همبستگی برابر است با $-0/074$ و سطح معناداری این آزمون برابر است با $0/260$ و این مقدار از $0/05$ بزرگ‌تر است، لذا نمی‌توان گفت که همبستگی بین درصد جانبازی و رضایت از زندگی زناشویی وجود دارد. به نظر می‌رسد شدت جانبازی و آسیب وارده بر افراد تأثیر معناداری بر رضایت از زندگی زناشویی جانبازان ندارد.

فرضیه ۳: زمان جانباز شدن و رضایت از زندگی زناشویی
این متغیر به زمان جانباز شدن افراد اشاره دارد. اینکه آیا در زمان جنگ ایران و عراق جانباز شده‌اند یا بعد از آن؟ همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود 35 درصد از جانبازان در زمان جنگ تحمیلی جانباز شده‌اند و 65 درصد نیز بعد از جنگ؛ همچنین 2 نفر از جانبازان نیز اشاره‌ای به زمان جانباز شدن خود نکرده‌اند.

فرضیه: به نظر می‌رسد بین زمان جانبازی با میزان رضایت از زندگی زناشویی رابطه معنادار وجود دارد.

رابطه سلامت اجتماعی با میزان رضایت از زندگی ... ۲۶۷

زمان جانباز شدن فرد در این پژوهش به دو دوره جنگ و بعد از آن تقسیم شده است، در بررسی این فرضیه از آزمون تی دو گروه مستقل استفاده شده است.

جدول ۸- تفاوت میزان رضایت از زندگی زناشویی و زمان جانباز شدن

دوره	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقادیر آماری
دوران جنگ تحمیلی	۱۵۰	۷۰/۱۲	۱۳/۷۹	$t = ۲/۲۳$
بعد از جنگ تحمیلی	۸۳	۷۴/۰۹	۱۲/۵۳	$S = ۰/۰۲۷$

همان‌طور که در جدول (۸) مشاهده می‌شود میانگین رضایت از زندگی زناشویی جانبازان دوران جنگ ۷۰/۱۲ است و میانگین رضایت از زندگی زناشویی جانبازان بعد از جنگ ۷۴/۰۹ است، می‌توان گفت میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان بعد از جنگ اندکی بالاتر است. به‌منظور بررسی تفاوت آماری این دو میانگین از آزمون تی دو گروه مستقل استفاده شد که نتایج حاکی از وجود تفاوت معنادار بین این دو گروه از جانبازان است (سطح معناداری = ۰/۰۲۷). بنابراین فرضیه یادشده مبنی بر وجود تفاوت معنادار بین دو گروه از جانبازان از لحاظ رضایت از زندگی زناشویی تایید می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان بعد از جنگ بالاتر از جانبازان دوران جنگ تحمیلی است. به نظر می‌رسد به سبب طولانی شدن جنگ و حضور مداوم در صحنه‌های جنگ، جانبازان با خشونت و خاطرات تلخی مواجه شده‌اند که این موضوع در درازمدت بر زندگی آن‌ها اثر منفی گذاشته است. همان‌طور که در این تحقیق نیز مشخص شده رضایت از زندگی زناشویی این دسته از جانبازان به‌طور معناداری پایین‌تر از جانبازان بعد از جنگ است.

تحلیل رگرسیونی عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی زناشویی

رگرسیون تکنیکی است که از طریق آن تأثیر مستقیم متغیرهای مستقل بر روی متغیر وابسته آزمون می‌شود. در این پژوهش از روش Stepwise استفاده شده است.

خطای استاندارد برآورد	R ^۲ تصحیح شده	R ^۲ (ضریب تعیین)	R	Model
۱۱,۵۴	۰,۲۵۷	۰,۲۶۰	۰,۵۱۰	سلامت اجتماعی
۱۱,۴۰	۰,۲۷۵	۰,۲۸۱	۰,۵۳۰	سلامت اجتماعی، زمان جانمایی

.Sig	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	Model
۰,۰۰۰	۸۱,۵۲	۱۰۸۶۶,۲۲	۱	۱۰۸۶۶,۲۲	رگرسیون
		۱۳۳,۲۸	۲۳۲	۳۰۹۲۲,۰۶	باقیمانده
			۲۳۳	۴۱۷۸۸,۲۹	جمع
۰,۰۰۰	۴۵,۱۰	۵۸۶۷,۶۵	۲	۱۱۷۳۵,۳۱	رگرسیون
		۱۳۰,۰۹۹	۲۳۱	۳۰۰۵۲,۹۷	باقیمانده
			۲۳۲	۴۱۷۸۸,۲۹	جمع

جدول ۱۱- ضرایب رگرسیونی محاسبه شده						
Sig.	T	ضرایب استاندارد شده	ضرایب غیر استاندارد		Model	
		بتا	خطای استاندارد	B		
۰,۰۰۰	۶,۳۵۵		۴,۶۸	۲۹,۷۷۶	(مقدار ثابت)	۱
۰,۰۰۰	۹,۰۲	۰,۵۱۰	۰,۰۷۳	۰,۶۶۱	سلامت اجتماعی	
۰,۰۰۰	۴,۸۸		۵,۰۴۱	۲۴,۶۲	(مقدار ثابت)	۲
۰,۰۱۰	۹,۱۱۲	۰,۵۰۸	۰,۰۷۲	۰,۶۶۰	سلامت اجتماعی	
۰,۰۱۰	۲,۵۸۵	۰,۱۴۴	۱,۴۹۳	۳,۸۵۸	زمان جانبازی	

متغیر وابسته= رضایت از زندگی زناشویی

در جدول شماره (۱۱) مشاهده می‌شود متغیرهای سلامت اجتماعی و زمان جانباز شدن بعنوان یکی از متغیرهای فرعی نقش اصلی را در تبیین متغیر وابسته دارند. با مراجعه به مقدار ضریب تعین متغیرها در این روش متوجه خواهیم شد متغیر سلامت اجتماعی به‌تنهایی ۰/۲۶ از تغییرات مربوط به رضایت از زندگی را تبیین می‌کند و با ورود متغیر زمان جانباز شدن این نکته روشن می‌شود که ضریب تعیین‌کنندگی میزان رضایت به ۰/۲۸۱ افزایش پیدا می‌کند. مقادیر سطح معناداری (sig) در جدول (۱۰) برابر است با ۰,۰۰۰ که نشان‌دهنده معنادار بودن تحلیل رگرسیون انجام شده است. همان‌طور که در جدول (۱۱) مشاهده می‌شود هر دو متغیر سلامت اجتماعی در سطح ۹۹٪ و زمان جانبازی در سطح ۹۵٪ معنادار هستند و این بدان معناست که میزان خطای سایر متغیرهای مستقل بیشتر از ۰,۰۵ بوده است و به همین دلیل از معادله رگرسیون خارج شده‌اند. پس بر اساس مقادیر بتای ضرایب غیر استاندارد (B) در جدول ۱۱ می‌توان معادله رگرسیون را به شکل زیر نوشت:

$$Y = (\text{سلامت اجتماعی}) + (0/144) (\text{زمان جانبازی}) (0/510)$$

همچنین با مراجعه به مقدار بتای استاندارد شده مشاهده می شود که سهم سلامت اجتماعی در تبیین میزان رضایت از زندگی برابر است با ۰/۵۱۰ و سهم زمان جانبازی برابر است با ۰/۱۴۴، این بدان معناست که به ازای یک واحد تغییر در انحراف معیار سلامت اجتماعی، ۰/۵۱۰ واحد تغییر در انحراف از معیار رضایت از زندگی و به ازای تغییر یک واحد در انحراف معیار زمان جانبازی، میزان رضایت از زندگی ۰/۱۴۴ واحد تغییر پیدا خواهد کرد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده بین سلامت اجتماعی و میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان بالای ۲۵ درصد رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد همچنین در پژوهش حاضر سه متغیر درصد جانبازی، زمان جانبازی و مدت ازدواج تحت کنترل درآمدند که نتایج نشان می دهد که بین مدت ازدواج و زمان جانبازی با میزان رضایت از زندگی زناشویی جانبازان رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد.

در بررسی علت تأیید این متغیرها می توان گفت، زمان جانبازی که به دو دوره زمان جنگ و بعد از جنگ برمی گردد تأثیر روانی بر شرایط روانی جانبازان دارد. جانبازان بعد جنگ با بقایای بازمانده از دوره جنگ برخورد داشتند که منجر به آسیب جسمانی آنان شده است، اما جانبازان زمان جنگ علاوه بر صدمات جسمی، مسائل روانی بسیاری ناشی از شرایط استرس زای جنگی را با خود به همراه دارند که با گذر زمان نیز به طور مداوم از سطح ناخودآگاه به سطح خودآگاه ذهن در انتقال است. بر این اساس از نظر روانی شرایط نامطلوبی را تجربه می کنند که به طور یقین بر روابط خانوادگی و زناشویی آنان تأثیرگذار است. در ارتباط با متغیر طول مدت ازدواج باید اشاره کرد هر ازدواج دارای طول عمری است. وجود مقطع های متفاوت برای ازدواج،

محققان را بر آن داشت تا رضامندی زناشویی را در این مقاطع به دست آورند. در هر مرحله زوجین با مسائلی مواجه هستند که می‌تواند رضایت‌مندی آن‌ها را متأثر نماید.

رضایت از زندگی زناشویی در سال‌های اول زندگی بیشتر و هر چه مدت زندگی زناشویی افزایش می‌یابد به دلیل مشکلات و بیماری‌های جسمی و جنسی مخصوصاً در زنان مانند یائسگی، عدم مهارت زوجین در غلبه بر ملال‌انگیز بودن روزمرگی‌های زندگی مشترک و حضور فرزندان و توجه به مشکلات آنان باعث فاصله گرفتن زوجین از همدیگر و در نتیجه عدم پاسخگویی به نیازهای هم، منجر به کاهش رضامندی آن‌ها می‌شود. اما انتظار می‌رفت هرچه درصد جانبازی بالاتر رود به همان نسبت مشکلات جسمی- روانی جانباز نیز افزایش یافته که به تبع خانواده رنج‌های بیشتری را متحمل می‌شود. از این رو عدم تایید این فرضیه به معنای بی‌تأثیر بودن این عامل نیست بلکه به نظر می‌رسد با افزایش درصد جانبازی خدمات به جانبازان به‌طور چشمگیری افزایش می‌یابد از جمله اعطای حق پرستاری به همسران و کسب امتیازات اجتماعی و شغلی برای فرزندان جانبازان، در واقع سطح رفاه خانواده ارتقاء می‌یابد که می‌تواند در ایجاد احساس رضایت و قبول شرایط موجود از سوی خانواده تأثیرگذار باشد.

با توجه به بررسی محققان تحقیقات اندکی ارتباط مسائل اجتماعی با خانواده را مورد توجه قرار دادند. با این حال در تبیین نتایج پژوهش حاضر با «هدف بررسی رابطه سلامت اجتماعی با رضایت از زندگی زناشویی جانبازان» با سایر پژوهش‌های مرتبط در این حوزه، باید گفت: در پژوهش حاضر بین ابعاد سلامت اجتماعی مانند مشارکت اجتماعی با رضایت از زندگی زناشویی رابطه وجود دارد، که در پژوهش بنی فاطمه (۱۳۸۸) و مایلی (۱۳۹۰) نیز رابطه سرمایه اجتماعی که یکی از ابعاد آن مشارکت اجتماعی است با رضایت از زندگی زناشویی مورد تایید قرار گرفته است. برادبری (۲۰۰۰) متغیرهای جمعیت شناختی را بر میزان رضایت از زندگی زناشویی مؤثر می‌داند. قدیر رابطه حمایت اجتماعی درک شده، براتفیش (۲۰۱۳) رابطه فرهنگ را با رضایت از زندگی زناشویی مورد تایید قرار دادند. که می‌تواند مؤید نتیجه تحقیق حاضر

در ارتباط با وجود همبستگی بین سلامت اجتماعی بعنوان یکی از عوامل اجتماعی با رضایت از زندگی زناشویی باشد.

در ارتباط با متغیرهای زمینه‌ای، همچنین تحقیق بنی فاطمه (۱۳۸۸)، براتفیش (۲۰۱۳)، الماسی (۱۳۸۹) دریافتند که بین طول مدت ازدواج و رضایت از زندگی زناشویی رابطه معکوس وجود دارد. یعنی با افزایش طول ازدواج میزان رضایت از زندگی زناشویی کاهش می‌یابد، که تاییدکننده نتیجه این تحقیق است. سلیمی (۱۳۷۸) نیز رابطه طول مدت ازدواج با میزان رضایت از زندگی زناشویی را تایید می‌کند، که نتایج پژوهش حاضر نیز مؤید آن است. هاموند و فلچر (۱۹۹۱) نشان دادند رفتارهای حمایت اجتماعی زناشویی به این دلیل مورد بررسی قرار می‌گیرند که حمایت اجتماعی به‌عنوان عملکرد مهم زناشویی در نظر گرفته می‌شود.

منابع

- الماسی، نفیسه؛ خیبری، محمد؛ فراهانی، ابوالفضل و حمایت‌طلب، رسول. (۱۳۸۹)، رابطه سبک زندگی و رضایت زناشویی در ورزشکاران و مقایسه آن با افراد عادی، *مجله مدیریت ورزشی*، شماره ۵.
- بنی فاطمه، حسین و طاهری تیمورلویی، طاهره. (۱۳۸۸)، «تعیین عوامل اجتماعی - فرهنگی مرتبط با میزان رضایت از زندگی زناشویی در میان زنان متأهل شهر آذرشهر» *نشریه مطالعات جامعه‌شناسی*، شماره ۲.
- برنشتاین، ف.ا.ج.ام.تی. (۱۳۸۲)، *شناخت و درمان اختلاف‌های زناشویی. (زناشویی درمانی)*، ترجمه: حمیدرضا سهرابی، تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- حسینی بیرجندی، سید مهدی. (۱۳۹۰)، *نظریه‌ها و فنون خانواده‌درمانی*، تهران: انتشارات رشد، چاپ اول.
- حسینی سده، سید مجتبی و آشتیانی، علی. (۱۳۸۸)، «نقش هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در رضایت زناشویی و مقایسه با متغیرهای جمعیت شناختی» *مجله روانشناسی و دین*، شماره ۲.
- رفیع پور، فرامرز. (۱۳۷۸)، *آنومی یا آشفتگی اجتماعی*، تهران: انتشارات سروش، چاپ اول.
- ریتزر، جرج. (۱۳۸۷)، *نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر*، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی، چاپ سیزدهم.
- ساعتچی، محمود. (۱۳۷۹)، *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، تهران: چاپ اول.
- سپهوند، تورج و همکاران. (۱۳۹۳)، «مقایسه مدل زوج درمانگری تلفیقی مبتنی بر خودتنظیم‌گری-دلبستگی با مدل غنی‌سازی انریچ در افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین» *روانشناسی معاصر*، شماره ۹.
- سلیمی، حسین؛ آزاد مرزآبادی، اسفندیار؛ امیری، ماندانا و تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۷)، «ابعاد رضایت زناشویی در همسران جانباز» *فصلنامه اندیشه‌های نوین تربیتی*، سال چهارم، شماره ۴.

- کرلینجر، فرد. ان. (۱۳۷۴)، *مبانی پژوهش در علوم رفتاری*، ترجمه: حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند، تهران: انتشارات آوای نور، چاپ دوم.
- کییز، کوری؛ آل، شاپیرو و آدام، دی. (۲۰۰۴)، «*سلامت اجتماعی در ایالات متحده، یک همه‌گیرشناسی توصیفی*»، ترجمه: حسینی، تهران: انتشارات دانشگاه شیکاگو.
- مایلی، معصومه. (۱۳۹۰)، «*عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان رضایت زناشویی زنان شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه شهید بهشتی*» پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، استاد راهنما دکتر زاهدی اصل.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۷۶)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات طهوری، چاپ پنجم.

- Bratfish.Villa, Miriam. Pereira. Del Prette. Zilda Aparecida. (2013). *Marital Satisfaction: The Role of Social Skills of Husbands and Wives*, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil, 379-387.
- Jordan, R., Jones, G. & Murray, D. (1998). *Educational Interventions for Children with Autism: a literature review of recentand current research*. London: DfEE. p (7).
- Karny. B, Bradbur, TN. (2000). Marital satisfaction in intimate relationship. *Journal of Marriage & Family*. p (2)
- Larson, J.S. (1996). "*the word health organizations definishion health. Social versos spiritual health*". Social indicator research. P (83).
- Wong, Sowan. Goodwin, Robin. (2009). Experiencing marital atisfaction across three cultures: Aqualitative study, *Journal of Social and Personal Relationships*. p (228).
- Zainah, A. Z, Nasir, R., Ruzy Suliza Hashim2 & Noraini Md Yusof. (2012). Effects of Demographic Variables on Marital Satisfaction. *Journal of Asian Social Science*. Published by Canadian Center of Science and Education. ۱۹۱۱-۲۰۲۵.