پژوهنده (مجله پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي)
سال دوازدهم, شماره ۶ , پي در پي ۶۰ ، صفحات ۴۸۳ تا ۴۹۰
بهمن و اسفند ۱۳۸۶

تاريخ دريافت مقاله ۸۶/۲/۳۱
تاريخ تجديد نظر ۸۶/۶/۲۸
تاريخ پذيرش مقاله ۸۶/۱۰/۹

بررسي همبستگي آسيب شناسي رواني زنان و رضايتمندي زناشويي

دكتر عليرضا شفيعي كندجاني [1 *]، دكتر ماهيار آذر [2]، دكتر مسعود جان بزرگي [3]، دكتر سيما نوحي [4]، دكتر سيد رضا حسيني [5]

چكيده

سابقه و هدف: *يكي از عوامل مؤثر در رضايتمندي زناشويي مسائل روان شناختي است. هدف اين پژوهش تعيين همبستگي بين آسيب هاي رواني زنان و رضايتمندي زناشويي بوده است.*

مواد و روش ها: *اين مطالعه مقطعي بر روي ۲۴۵ نفر زن دچار اختلالات افسردگي و اضطرابي مراجعه كننده به يک درمانگاه روانپزشكي خصوصي در تهران در طي سال هاي ۸۵- ۱۳۸۴ انجام شد. با اين افراد در ابتدا مصاحبه‌ي تشخيصي بر اساس DSM-IV به عمل آمد و سپس از آن ها خواسته شد به دو پرسشنامه انريچ (براي ارزيابي رضايتمندي زناشويي) و SCL-90-R (براي ارزيابي وضع سلامت روان) پاسخ دهند.*

يافته ها: *يافته ها نشان داد كه بين نمره كلي رضايت زناشويي حاصل از پرسشنامه انريچ و امتياز كلي حاصل از برخي مقياس هاي SCL-90-R همبستگي وجود ندارد. زير مقياس هاي افسردگي، اضطراب، وسواس و اجبار همبستگي منفي با رضايتمندي زناشويي داشتند ($P < ۰/۰۵$) اما چنين ارتباطي بين ترس مرضي و رضايتمندي زناشويي وجود نداشت.*

نتيجه گيري: *با توجه به نتايج به دست آمده از بررسي همبستگي بين سلامت روان و رضايتمندي زناشويي توصيه مي شود كه در جريان بررسي و درمان اختلالات روانپزشكي در زنان متأهل مشكلات زناشويي نيز مورد توجه قرار گيرد و در كنار درمان اختلالات مذكور استراتژي هاي مدون درمان زناشويي جهت بهبود كيفيت زندگي مشترک مد نظر قرار گيرد.*

واژگان كليدي: *رضايتمندي زناشويي ، سلامت روان ، زنان ، انريچ ، **SCL-90-R***

مقدمه

روابط موزون و سازگار براي داشتن و حفظ سلامتي روان ضرورتي انكار ناپذير است. عدم سازگاري و ناپايداري روابط بين فردي هم مي تواند ناشي از اختلالات رواني باشد و هم ممكن است به مشكلات رواني منجر شود. اين موضوع انعكاس خاصي در ميان افراد متاركه كرده و مطلقه دارد، چرا كه اين افراد بيش تر از متأهلين اقدام به خودكشي مي كنند، دچار افسردگي و وابستگي به الكل يا ساير مواد و داروهاي غير مجاز هستند و به جهت اختلالات روانپزشكي درمان مي شوند. اختلالات روانپزشكي مي توانند منجر به شكنندگي روابط زوجين و بروز نارضايتي زناشويي شوند (۱). ويسمن و همكارانش نيز به ارتباط دو طرفه بين اختلافات زناشويي و اختلالات روانپزشكي در مطالعه خود اشاره كرده اند (۲). در يك مطالعه اختلال عملكرد جنسي در زناني كه دچار آسيب شناسي رواني (افسردگي، اضطراب، شكايات جسماني) بودند، به طرز معني داري از جمعيت زنان سالم شاهد بيش تر بوده است (۳).

اگرچه اكثر زوج ها در جستجوي توافق، تفاهم و رضايت در زندگي مشترک خود هستند، آمارها از افزايش جدايي و طلاق حكايت مي كند؛ مثلاً طبق گزارش دفتر سرشماري ايالات متحده در سال ۱۹۹۲، بيش از ۵۲ درصد ازدواج ها به طلاق

۱ * . نويسنده مسؤول: دستيار روانپزشكي ، بيمارستان امام حسين ، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي . آدرس براي مكاتبه: تهران، خيابان نظام آباد، بيمارستان امام حسين، بخش روانپزشكي. پست الكترونيک: **shafieear@yahoo.com**
۲ . استاديار ، گروه روانپزشكي ، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
۳ . استاديار ، گروه روانشناسي ، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
٤ . استاديار ، مركز تحقيقات علوم رفتاري ، دانشگاه علوم پزشكي بقيه الله
۵ . دستيار روانپزشكي ، بيمارستان امام حسين ، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

ختم شده است (۴). اين واقعيت سبب شده است تا محققين زيادي به ارزيابي عوامل مؤثر بر رضايت در زندگي مشترک بپردازند. تاکنون به عوامل بسياري در پايداري و رضايتمندي زناشويي اشاره شده است از آن جمله مي توان سبک هاي مقابله اي در برابر مشکلات زندگي و داشتن سلامت روان (۵)، تفاهم بيش تر در زندگي مشترک (۶) و اختلالات روانپزشکي (۷) را نام برد.

بر اساس پژوهش هاي انجام شده در اين حوزه عوامل مشترک بي شماري بر رضايتمندي زناشويي تأثير مي گذارند. ديدگاه هاي قبل از ازدواج و انواع شخصيت بر رضايتمندي زناشويي در زندگي آتي اثر برجسته اي دارد، همان گونه که ظهيرالدين و خدائي فر در بررسي نيم رخ شخصيتي زندگي هاي از هم پاشيده به آن ها اشاره کرده اند (۸). خودمختاري که به عنوان تشويق کننده استقلال و اتکاي به نفس همسر شناخته مي شود با حس نزديکي و صميميت همبستگي مثبتي دارد و بيش تر از رضايتمندي زناشويي کلي حائز اهميت است (۹). مرحله مهم زندگي مشترک بدون فرزند يا دوره آشيانه خالي نيز در رضايتمندي زناشويي بسيار مهم است (۱۰).

مطالعات قياسي مختلفي در اين زمينه صورت گرفته و مشخص شده است که وجود آسيب هاي رواني رضايتمندي زناشويي را در مقايسه با افراد سالم کاهش مي دهد (۱۱). با توجه به پايه روانشناختي در بسياري از اين موارد و نتايج متناقض اين مطالعه با هدف تعيين همبستگي رضايتمندي زناشويي و اختلالات روان پزشکي در ميان زنان متأهل مراجعه کننده به يک درمانگاه خصوصي در تهران در خلال سال هاي ۱۳۸۴و ۱۳۸۵ انجام گرفت.

مواد و روش ها

اين پژوهش در قالب يک مطالعه توصيفي- مقطعي در ميان ۲۸۹ زن متأهل مراجعه کننده به يک درمانگاه روانپزشکي خصوصي در تهران در سال هاي ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ اجرا شد. روش نمونه گيري به صورت نمونه در دسترس بود. از ۲۸۹ نفر، ۲۴۵ نفر پس از مصاحبه و ارزيابي باليني و کسب رضايت جهت شرکت در پژوهش به پرسشنامه ها پاسخ دادند که نشان دهنده ميزان مشارکت ۸۴/۷۷ درصد بود. ما افرادي را در مطالعه وارد کرديم که بين ۱۸ تا ۶۰ سال سن بوده و حداقل تحصيلات در حد راهنمايي داشتند. افراد با سابقه مراجعه يا ويزيت قبلي روانپزشکي و درمان با داروهاي روانپزشکي و افراد دچار بيماري طبي، اختلالات سايکوتيک، اختلالات شخصيتي و مصرف کنندگان مواد مخدر و الکل از مطالعه کنار گذاشته شدند.

ابزار بررسي در اين پژوهش مصاحبه باليني و دو پرسشنامه SCL-90-R و انريچ بود. مراجعين در ابتدا توسط روانپزشک واحد براساس معيارهايDSM-IV مورد ارزيابي باليني قرار مي گرفتند و آنگاه افراد دچار مشکلات اضطرابي و افسردگي انتخاب مي شدند و پس از کسب رضايت جهت شرکت در پژوهش، پرسشنامه هاي مربوطه در اختيارشان قرار مي گرفت. پرسشنامه انريچ از جهت رضايتمندي زناشويي و از پرسشنامه SCL90-R براي ارزيابي وضعيت سلامت روان به کار گرفته شد.

پرسشنامه انريچ از ۱۱ زير مقياس تشکيل مي شود که شامل تحريف آرماني، رضايت زناشويي، مسايل شخصيتي، ارتباط، حل تعارض، مديريت مالي، فعاليت هاي اوقات فراغت، رابطه جنسي، فرزندان و فرزند پروري، خانواده و دوستان و جهت گيري مذهبي است. ما در اين بررسي از فرم کوتاه شده پرسشنامه انريچ که شامل ۴۷ سؤال بود استفاده کرديم. اين فرم قبلاً در پژوهش سليمانيان (۱۲) استفاده شده و اعتبار آن مورد تأييد قرارگرفته بود. ضريب آلفاي کرونباخ ۰/۹۵ در آن مطالعه گزارش شده است. هر سؤال اين پرسشنامه براساس ميزان موافقت پاسخ دهنده با سؤال مطرح شده از صفر تا چهار امتياز دريافت مي کرد. فرم بلند اين پرسشنامه که داراي ۱۱۵ سؤال است توسط صديقه اسرار و حق شناس در جمعيت ايراني هنجاريابي شده و

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

ازنظر اعتبار و روايي مورد تأييد قرار گرفته است (۱۳).

پرسشنامه SCL-90-R شامل۹۰ سؤال در خصوص علايم اختلالات روانپزشكي است. هر سؤال براساس ميزان پريشاني گزارش شده توسط پاسخ دهنده از صفر تا چهار امتياز دريافت مي كند. در اين مطالعه تنها از امتياز به دست آمده از چهار زير مقياس افسردگي، اضطراب، ترس مرضي و وسواس و اجبار كه به مشكلات اضطرابي و افسردگي اشاره دارند استفاده شده است. اين پرسشنامه قبلاً توسط ميرزايي در جمعيت ايراني هنجاريابي شده و از جهت اعتبار و روايي مورد تأييد است (۱۴). در اين پژوهش از نمونه كار شده پرسشنامه توسط باقري يزدي و همكارانش استفاده شده است. ضريب آلفاي كرونباخ در مطالعه باقري يزدي و همكارانش ۰/۹۷ و در مطالعه حاضر ۰/۹۴ اندازه گيري شده (۱۲).

يافته هاي به دست آمده به كمک نرم افزار آماري SPSS نسخه سيزده تجزيه و تحليل شد و از آن جا كه كنترل متغيرهاي مداخله گر، تا حدي كه بتوان رابطه ي علّي را مطالعه نمود، امكان پذير نبود، از آزمون همبستگي پيرسون براي ارزيابي همبستگي خطي بين متغيرهاي مورد مطالعه استفاده شد. P<۰/۰۵ سطح معني داري اختلاف ها تلقي گرديد.

يافته ها

در اين مطالعه ۲۸۹ نفر شركت كردند اما ۲۴۵ نفر مورد تحليل قرار گرفتند. كليه شركت كنندگان، مسلمان و شيعه بودند. ميانگين سني شركت كنندگان در مطالعه ۸/۳ ± ۲۳/۹۵ سال و دامنه سني آنان بين ۱۹ تا ۵۶ سال بود. سن نيمي از آن ها بيش تر از ۳۳ سال بود. از ۲۴۵ شركت كننده در اين مطالعه ۲۵ نفر (۱۰/۲%) تحصيلات راهنمايي، ۱۶نفر (۶/۵%) تحصيلات دبيرستاني، ۱۴۸ نفر (۶۰/۴%) ديپلم و ۵۴ نفر (۲۲%) تحصيلات بالاتر از ديپلم داشتند. از اين تعداد ۶۰ نفر (۲۴/۵%) تعداد فرزندان خود را مشخص نكرده بودند، ۶۷ نفر يک فرزند، ۸۲ نفر دو فرزند، ۲۰ نفر سه نفر، ۱۳ نفر چهار فرزند و ۳ نفر پنج فرزند داشتند. ميانگين سال هاي ازدواج ۱۱/۴۶ سال (۹/۶۳± ۱۱/۴۶) بود. ۲۳/۲% از شركت كنندگان كم تر از دو سال و ۳۵/۶ درصد كم تر از پنج سال از زمان ازدواج شان مي گذشت.

ميانگين و انحراف معيار امتياز زير مقياس هاي پرسشنامه رضايتمندي زناشويي انريچ در جدول ۱ و ميانگين و انحراف معيار امتياز زير مقياس هاي پرسشنامه سلامت روان در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱- ميانگين و انحراف معيار مقياس و زير مقياس هاي آزمون رضايتمندي زناشويي انريچ

شاخص آماري زير مقياس	ميانگين	انحراف معيار
تعريف آرماني	۶/۰۲	۳/۳۶
رضايت زناشويي	۱۴/۴۸	۶/۷۹
مسايل شخصيتي	۵/۴	۳/۸۵
ارتباط	۴/۱۹	۳/۳
حل تعارضات	۷/۷	۴/۰۶
مديريت مالي	۵/۲۲	۳/۰۵
فعاليت هاي اوقات فراغت	۷/۷۳	۳/۰۳
رابطه جنسي	۸/۳۷	۳/۶۱
فرزندان و فرزندپروري	۶/۱۵	۴/۲۳
خانواده و دوستان	۶/۴۷	۳/۴۸
جهت گيري مذهبي	۶/۷۸	۴/۷۲

جدول ۲- ميانگين و انحراف معيار مقياس و زير مقياس هاي آزمون سلامت روان (SCL90-R)

زير مقياس شاخص آماري	وسواس و اجبار	افسردگي	اضطراب	ترس مرضي
ميانگين	۱۸/۱۳	۲۵/۷	۱۷/۷	۷/۰۴
انحراف معيار	۷/۷۷	۱۰/۰۱	۷/۸۶	۶/۳۶

نمره ميانگين گروه در وسواس و اجبار ۱۸/۱۳ است و بر اساس جدول هنجار SCL90-R براي جامعه ايراني نمره

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

بين ۱۲ تا ۲۶ در اين زير مقـياس از نظـر رواني بيـمار محسوب مي شود و اين موضوع بيان گر سطح اختلال در گروه مورد بررسي است (۱۲).

در مورد افسردگي نمره ۱۶ تا ۳۴ و درمورد اضطراب نمره ۱۱ تا ۲۵ نشانه بيماري است. بدين ترتيب افراد حاضر در مطالعه در اين موارد بيمار تلقي مي شوند. در مورد فوبيا نمره به دست آمده درحد مرزي است (۱۲).

در بررسي شركت كنندگان بر اساس ميانگين و انحراف معيار هريک از زير مقياس هاي مورد ارزيابي سلامت روان مشخص شد كه ۱۵ درصد گروه مورد مطالعه در زمينه افسردگي، ۱۷ درصد در زمينه اضطراب، ۱۷درصد در زمينه ترس مرضي و ۱۳ درصد در زمينه وسواس و اجبار بالاي يک انحراف معيار از ميانگين قرار دارند. به اين ترتيب ميانگين كساني كه بالاي يک انحراف معيار در زمينه هاي آسيب شناسي رواني دچار مشكل جدي بودند ۱۵/۲۵ درصد بود. درجدول ۳ همبستگي بين متغيرهاي مورد آزمون نشان داده شده است.

جدول ۳- رابطه همبستگي بين متغيرهاي مورد آزمون

مقياس و زيرمقياس هاي پرسشنامه انريچ متغيرهاي جمعيت شناختي و مقياس و زيرمقياس هاي سلامت روان	امتياز كلي رضايت مندي زناشويي	تعريف آرماني	رضايت زناشويي	مسايل شخصيتي	ارتباط	حل تعارض	مديريت مالي	فعاليت هاي اوقات فراغت	رابطه جنسي	فرزندان و فرزندپروري	خانواده و دوستان	جهت گيري مذهبي
سن	-	-	-	-	-	-	-	-	* -۰/۱۴۰	**۰/۲۰۶	-	**۰/۱۶۴
تحصيلات	* ۰/۱۴۱	-	-	-	-	-	-	-	**۰/۲۰۲	-	-	-
تعداد فرزندان	-	-	-	-	-	-	-	-	* -۰/۱۶۴	**۰/۳۲۴	-	* ۰/۱۳۴
امتياز كلي سلامت روان	-	-۰/۱۳۵	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
وسواس و اجبار	* -۰/۱۴۱	* -۰/۱۴۴	* -۰/۱۲۸	-	-	-	-	-	* -۱۵۴	-	-	-
افسردگي	**-۰/۲۵۹	**-۰/۲۵۱	**-۰/۲۳۳	-	-	* -۱۲۹	-	-	**-۲۱۶	-	-	-
اضطراب	* -۰/۱۳	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ترس مرضي	-	-	* ۰/۱۴۹	-	-	-	-	*۰/۲۰۳	-	-	-	-

** سطح معني داري P< ۰/۰۵*

*** سطح معني داري P<۰/۰۱*

بر اساس نتايج به دست آمده با افزايش سن مهارت هاي فرزنـدپروري (r=۰/۲۰۶) جهـت گيـري مذهـبي (r=۰/۱۶۴) بهبود مي يابد (P<۰/۰۵) ولي ارتباط جنسي كاهش مي يابد (P<۰/۰۵ ، r=-۰/۱۴)

هرچه تحصيـلات بالاتر مي‌رود ميـزان كلي رضايت مندي زناشـويي (r=۰/۱۴۱ ، P< ۰/۰۵) نيـز بيـش تر مي شـود و ارتباط جنسي نيز بهبود (r=۰/۲۰۲، P<۰/۰۱) مي يابد.

با افـزايش تعـداد فرزنـدان، مهـارت هـاي فرزنـدپروري (r=۰/۳۲۴، P<۰/۰۱) و اعتقادات مذهبي (r=۰/۱۳۴ ، P< ۰/۰۵) بهـتر مي شـود و ارتبـاط جنسي (r= -۰/۱۶۴ ، P< ۰/۰۵) كاهش مي يابد. با كاهش امتياز كلي سلامت روان تمايل آزمودني براي پاسخ متعارف به سؤال هاي افزايش مي يابد (r= - ۰/۱۳۵ ، P< ۰/۰۵).

هرچـه وسواس و اجبـار بيش تر مي شـود ميـزان كلي رضـايت منـدي زناشويي (r= - ۰/۱۴۱ ، P< ۰/۰۵) و تمايل آزمودني براي پاسخ هاي متعارف به پرسش ها (r= -۰/۱۴۴ ، P< ۰/۰۵) و ارتباط جنسي (r= - ۰/۱۵۴ ، P< ۰/۰۵) كاهش مي يابد.

هرچه افسردگي بيش تر مي شود ميزان كلي رضايت مندي زناشويي (r= -۰/۲۵۹ ، P<۰/۰۱) و تمايل آزمودني براي پاسخ هاي متعارف به پرسش ها (r= -۰/۲۵۱ ، P<۰/۰۱) و ارتباط جنسي (r= - ۰/۲۱۶، P<۰/۰۱) و قدرت حل تعارضات

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

(P< ۰/۰۵ ، r= -۰/۱۲۹) کم تر مي شود.

هرچه اضطراب بیش تر مي شود میزان کلي رضایت مندي زناشویي (P< ۰/۰۵ ، r= - ۰/۱۳) کم تر مي شود و هرچه ترس مرضي افزایش مي یابد فعالیت هاي اوقات فراغت (P< ۰/۰۵ ، r= ۰/۲۰۳) و رضایت زناشویي (P< ۰/۰۵ ، r= ۰/۱۴۹) بیش تر مي شود.

در این مطالعه همبستگي معني داري بین امتیاز کلي رضایت مندي زناشویي و سلامت روان وجود نداشت (P=۰/۲۴۷ ، r= -۰/۰۷۴). اگرچه همبستگي معني داري بین میزان رضایت مندي زناشویي و ترس مرضي دیده نشد (P=۰/۶۷۷ ، r= ۰/۰۲۷) اما این ارتباط در خصوص اضطراب وسواس و اجبار و به خصوص افسردگي به صورت منفي دیده مي شود.

بحث

در پژوهش حاضر، سه زیر مقیاس وسواس و اجبار، اضطراب و افسردگي با رضایت مندي زناشویي شرکت کنندگان همبستگي منفي داشتند. این یافته بدین معني است که شرکت کنندگان دچار افسردگي، وسواس و اجبار و اضطراب، از روابط زناشویي خود ناراضي تر بودند.

با افزایش سن و افزایش تعداد فرزندان مهارت هاي والدین در پرورش کودکان شان افزایش مي یابد که اهمیت حصول تجربه را در والدین نشان مي دهد. هم چنین اعتقادات مذهبي همراه با این دو عامل تغییر مي کند که تأثیر این اعتقادات را در اندازه خانواده نشان مي دهد. افزایش سن و تعداد فرزندان با کاهش ارتباط جنسي همراهي دارد که از یک طرف مي تواند حاصل تأثیر مستقل سن به افت زیست مایه و توانایي هاي جنسي باشد و از طرف دیگر، با افزایش تعداد فرزندان فرصت برقراري ارتباط جنسي والدین کم تر مي شود. اما جالب است که سن و تعداد فرزندان همبستگي معني داري با رضایت مندي زناشویي نداشته اند.

رضایت مندي زناشویي در زنان داراي تحصیلات بیش تر بهتر از سایرین است (۱۵). این موضوع در همبستگي رضایت مندي زناشویي و رضایت از ارتباط جنسي با تحصیلات در مطالعه حاضر نیز مشهود است. اضطراب اهمیت خاصي در روابط زناشویي دارد، به ویژه در میان زوج هاي جوان که ممکن است از اضطراب بیش تري رنج ببرند. همان گونه که ویسمن و همکارانش (۱۶) و بلوم و همکارانش (۱۷) در دو مطالعه مجزا به آن اشاره کرده اند، اضطراب در این گروه مي تواند منجر به کاهش چشم گیر رضایت مندي زناشویي و افزایش احتمال طلاق شود. بریتون اثرات مشابهي براي اضطراب قبل زایمان روي رضایت مندي زناشویي مادراني که به تازگي زایمان کرده اند گزارش کرده است. این مورد در خصوص زناني که به اجبار ازدواج کرده اند و متعاقباً دچار افسردگي شده اند نیز ممکن است صدق کند. این افراد رضایت مندي مطلوبي را در روابط زناشویي خود تجربه نمي کنند (۱۸).

گیسر و همکارانش (۱۹) نشان دادند که افزایش اختلال روان شناختي در میان بیماران دچار کمردرد با رضایت مندي کم تر در روابط مشترک زوجین ارتباط دارد ویسمن و همکارانش (۲۰) به اثر افسردگي و اضطراب در این خصوص اشاره کرده و نشان داده اند که اثر افسردگي در خصوص نارضایتي در زندگي مشترک از تأثیر اضطراب بیش تر است، همان طور که در مطالعه ما نیز همبستگي منفي قابل ملاحظه تري براي تأثیر افسردگي نسبت به اثر اضطراب در این خصوص مشاهده شد. از طرف دیگر، ترس مرضي در مطالعه حاضر با میزان کلي رضایت مندي زناشویي همبستگي نداشت. شاید این مطلب ناشي از خصوصیات قابل تحمل آن در مقایسه با سایر مشکلات اضطرابي و افسردگي باشد و شاید وجود ترس مرضي به نحوي باعث ارتباط نزدیک تر فرد مبتلا با شریک زندگي خود مي شود.

در مطالعه حاضر افسردگي و اضطراب با کاهش رضایت مندي زناشویي و افسردگي با کاهش ارتباط جنسي و توانایي حل تعارض همراهي دارد. این ارتباطات مي تواند حاصل تأثیر

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

عوامل مختلف و به ويژه اثر مستقيم افسردگي در كاهش زيست مايه و انرژي و انگيزه هاي جنسي باشد. براساس جستجوي مؤلفان، مطالعه اي كه به بررسي اثرات مستقيم وسواس و اجبار به رضايت مندي زناشويي پرداخته باشد به دست نيامد. در اين پژوهش وسواس و اجبار تأثيراتي مشابه اثرات افسردگي روي رضايت مندي زناشويي و ارتباط جنسي نشان داد. البته اين همبستگي در سطحي پايين تر از افسردگي معني دار بوده است. شايد تداخل وسواس و اجبار با نيازهاي زندگي مشترک در بروز نارضايتي زناشويي دخيل باشد.

همان طور كه اشاره شد رابطه اي بين ميزان كلي رضايت مندي زناشويي و امتياز كلي سلامت روان به دست نيامد. اين موضوع با توجه به اين فرضيه كه امتياز بالاتر در مقياس سلامت روان پرسشنامه SCL-90-R نشانه اي از مشكلات روانپزشكي بيش تري است كه مي تواند زير مقياس هاي رضايت مندي زناشويي را تحت تأثير قرار دهد، جاي بررسي و تأمل بيش تر دارد. البته با توجه به همبستگي منفي كه بين امتياز كلي سلامت روان و زير مقياس تحريف آرماني (كه نشان دهنده تمايل آزمودني به دادن پاسخ هاي متعارف به سؤالات است) وجود دارد شايد بتوان گفت كه با افزايش آسيب رواني (افزايش امتياز كلي سلامت روان پرسشنامه SCL-90-R) ميزان پاسخ دهي متعارف به پرسش هاي پرسشنامه رضايت مندي زناشويي انريچ كم تر مي شود و اين مي تواند توجيه كننده عدم همبستگي امتياز كلي رضايت مندي زناشويي و سلامت روان باشد.

دروگاكتيس و همكارانش (۲۱) نشان دادند كه تعاريف مردان از روابط جنسي با تعاريف زنان در اين خصوص و نظرات آن ها در مورد رضايت مندي زناشويي با يكديگر متفاوت است. بدين ترتيب جاي خالي مصاحبه و ارزيابي شوهران به عنوان يكي از محدوديت هاي مطالعه ما پر رنگ تر مي شود. يكي ديگر از محدوديت هاي اين مطالعه نداشتن گروه شاهد بود. در اين مطالعه عوامل مداخله گري از قبيل عوامل اقتصادي، فرهنگي و قومي را در ميان شركت كنندگان در نظر نگرفتيم. اين در حالي است كه ميراحمدي زاده و همكارانش (۶) به تأثير چنين عواملي در رضايت مندي زناشويي اشاره كرده اند.

كريچلويكز (۲۲) و بشارت و همكارانش (۵) نشان دادند كه زوج هاي راضي در مقايسه با زوج هاي ناراضي از راه كارهاي بهتر حل مساله در زندگي خود استفاده مي كنند و تأثير اين مطلب در رضايت مندي زناشويي آن ها خود را نشان مي دهد. داشتن رضايت مندي زناشويي بدون در نظر گرفتن اهميت آن در تداوم زندگي مشترک مي تواند به زوجين در جهت تحكيم روابط زناشويي شان كمک كند. برخي مداخلات روان شناختي براي بهبود رضايت مندي زناشويي توصيه شده است. اولري و همكاران (۲۳) به تاثير درمان زناشويي (Marital Therapy) در اين مورد اشاره مي كنند. لذا توصيه مي شود در جريان بررسي و درمان اختلالات روان پزشكي در زنان متأهل مشكلات زناشويي نيز مورد توجه قرار گيرد و در كنار درمان اختلالات روانپزشكي استراتژي هاي مدون درمان زناشويي جهت بهبود رضايت مندي و كيفيت زندگي مشترک مد نظر قرار گيرد. تحقيقات آتي مي بايد به بررسي بهترين راه كارهاي درماني در خصوص ارتقاي رضايتمندي زناشويي در زنان دچار اختلالات اضطرابي و افسردگي بپردازد.

REFERENCES

1. Dwyer D. International Relationships. Components and effects of relationships. Chapter 7. 1st ed. Routledge. London. 2000; P: 93.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

2. Whisman MA, Uebelacker LA, Weinstock LM. Psychology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partner. J Consult Clin Psychol 2004; 72: 830-8.

3. Azar M, Noohi S, Shafiee Kandjani AR. Relationship between female sexual distress and mental health status in referred to two public and private settings in Iran, Tehran during 2004-2005. J Sex Med 2007; 4(5): 1262-8.

4. Fowers BJ, Montel KH, Olson DH. Predicting marital success for premarital couple types based on PREPARE. J Marital Fam Ther 1996; 22: 103-19.

۵. بشارت محمد علي، تاشك آناهيتا، رضازاده سيد محمدرضا. تبيين رضايت زناشويي و سلامت رواني بر حسب سبك هاي مقابله اي. روانشناسي معاصر بهار ۱۳۸۵، سال اول، شماره ۱: صفحات ۴۸ تا ۵۶.

۶. مير احمدي زاده عليرضا، نخعي امرودي نوذر، طباطبايي سيد محمد رضا، شفيعيان رامين. رضامندي زناشويي و تعيين عوامل تأثير گذار بر آن در شيراز، انديشه و رفتار، بهار ۱۳۸۲، سال هشتم، شماره ۴: صفحات ۵۶ تا ۶۳.

7. Overbeek G, Vollebergh W, Groaf RD, Scholte R, Kemp RD, Engels R. Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III –R disorders. J Fam Psychol 2006; 20: 284-91.

۸. ظهيرالدين عليرضا، خدايي فر فاطمه، بررسي نيم رخ هاي شخصيتي مراجعين طلاق به دادگاه خانواده، تهران در سال ۱۳۸۰. فصلنامه فيض، ۱۳۸۲، دوره ۷، شماره ۲۵: صفحات ۱ تا ۷.

9. Rankin-Esquer LA, Burnett CK, Baucom DH, Epstein N. Autonomy and relatedness in marital functioning. J Marital Fam Ther 1997; 23: 175-90.

10. White LK, Edwards JN. Emptying the nest and parental well-being: an analysis of National panel Data. Am Social Rev 1990; 55: 235-42.

11. Lundblad AM, Hansson K. Relational problems and psychiatric symptoms in couple therapy. Int J Soc Welfare 2005; 14: 256-64.

۱۲. سليمانيان علي اكبر. بررسي تأثير تفكرات غير منطقي بر اساس رويكرد شناختي بر نارضايتي زناشويي. پايان نامه كارشناسي ارشد چاپ نشده. دانشگاه تربيت معلم. دانشكده روانشناسي و علوم تربيتي، ۱۳۷۳.

۱۳. اسرار صديقه، حق شناس حسن. بررسي اعتبار و روايي پرسشنامه رضايتمندي زوجين انريچ در گروهي از متأهلين داراي مشكل زوجي و بدون مشكل زوجي در شيراز. خلاصه مقالات كنگره پژوهش هاي روانپزشكي و روانشناسي در ايران. ۲۸ تا ۳۰ ارديبهشت ۱۳۸۴، تهران، صفحات ۱۲ و ۱۳.

۱۴. ميرزايي رقيه، ارزيابي و اعتبار آزمون SCL 90 در ايران. پايان نامه كارشناسي ارشد روانشناسي و علوم رفتاري دانشگاه تهران، ۱۳۵۹.

۱۵. موسوي اشرف سادات. بررسي ميزان رضايت از زندگي زناشويي و عوامل تهديد كننده ازدواج در زنان تحصيل كرده. خلاصه مقالات همايش سالیانه انجمن علمي روانپزشكان ايران. ۲ تا ۵ آذر ۱۳۸۳، تهران، صفحات ۵۴ و ۵۵.

16. Whisman MA, Uebelacker LA, Tolejko N, Chatav Y, Mcklevie M. Marital discord and well-being in older adults: is the association confounded by personality? Psychol Aging 2006; 21: 626-31.

17. Bloom BL, Niles RL, Tatcher AM. Source of marital dissatisfaction in newly separated persons. J Fam Issues 1985; 3: 359-73.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

18. Briton JR. Pre-discharge anxiety among mothers of newborns: prevalence and correlates. Acta Paediatr 2005; 94: 1771-6.
19. Geisser ME, Cano A, Leonard MT. Factors associated with marital satisfaction and mood among spouses of persons with chronic back pain. J Pain 2005; 6: 518-25
20. Whisman MA, Uebelacker LA. Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. J Fam Psychol 2006; 20: 369-77.
21. Drogatis LR, Meyer JK, Gallant BW. Distinction between male and female invested partners in sexual disorders. Am J Psychiatry 1997; 134: 385- 90.
22. Kriegelewics O. Problem-solving strategies and marital satisfaction. Psychiatr Pol 2006; 40: 245-59.
23. O'leary KD, Riso LP, Beach SRH. Attributions about the marital discord/ depression link and therapy outcome. Behavior Ther 1990; 21: 413- 22.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]