

«مطالعات جامعه‌شناسی»

سال یازدهم، شماره چهل و یکم، زمستان ۱۳۹۷

ص ص ۷۷-۹۴

بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی با میزان سازگاری زناشویی

در بین بانوان متأهل ساکن شهر آستارا

رزیتا امید<sup>۱</sup>

دکتر فیروز راد<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۹/۴

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۱

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی رابطه سلامت اجتماعی با سازگاری زناشویی در بین بانوان متأهل ساکن شهر آستارا می‌باشد. جامعه آماری کلیه زنان متأهل شهر آستارا به تعداد ۱۱۹۰۰ نفر بود که با توجه به فرمول کوکران نمونه آماری ۳۷۳ نفر برآورد گردید. روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای می‌باشد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کییز و پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی مثبت و معنی‌داری بین سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن اعم از انسجام اجتماعی، پذیرش، مشارکت، انطباق و شکوفایی اجتماعی با سازگاری زناشویی در بین بانوان متأهل ساکن شهر آستارا وجود دارد. با توجه به یافته‌ها می‌توان بیان کرد که ابعاد سلامت اجتماعی از متغیرهای اثرگذار مهم بر سازگاری زناشویی می‌باشد و ضرورت برنامه‌ریزی دقیق جهت تقویت ابعاد سلامت اجتماعی را آشکار می‌کند. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. یافته‌ها نشان می‌دهد بین ابعاد سلامت اجتماعی و سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل ساکن شهر آستارا رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. از بین متغیرهای زمینه‌ای بین سن و فاصله سنی زوجین و بین سال‌های مشترک زندگی زناشویی رابطه معنی‌داری وجود ندارد، ولی بین سازگاری زناشویی برحسب پایگاه اقتصادی- اجتماعی زوجین تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

**واژگان کلیدی:** سلامت اجتماعی، سازگاری زناشویی، خانواده، ازدواج، زنان متأهل.

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز- ایران.

E-mail: rozita.omidi11@gmail.com

۲. استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، صندوق پستی ۳۶۹۷ - ۱۹۳۹۵ تهران- ایران (نویسنده مسئول).

E-mail: rad\_291@yahoo.com

## مقدمه

ضرورت پرداختن به سلامت اجتماعی به دلیل نقشی است که سلامت اجتماعی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه‌ای ایفا می‌کند. از آن جا که شرط مهم برای رشد و شکوفایی هر جامعه‌ای وجود افراد آگاه، کارآمد و خلاق است، لذا پرورش و تقویت انگیزه پیشرفت سبب ایجاد انرژی و جهت‌دهی به رفتار و علایق و نیازهای جامعه در راستای اهدافی ارزش‌مند و معین می‌شود و از آن جا که سلامت اجتماعی نقش عمده‌ای در کارکرد همه زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد، بدیهی است که برنامه‌ریزی صحیح و جامع در تأمین سلامت اجتماعی شهروندان کاملاً ضروری به نظر برسد. شهروندی که از سلامت اجتماعی کافی برخوردار نیست نمی‌تواند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی کنار بیاید و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد (موسوی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۵). بنابراین لازم می‌باشد که جامعه در جهت افزایش سلامت اجتماعی مردم بکوشد زیرا بر روی زندگی همه افراد جامعه تأثیرگذار می‌باشد و نهاد خانواده بیشترین تأثیر را می‌پذیرد. سلامت اجتماعی می‌تواند تضمین‌کننده سلامت خانوادگی افراد باشد که آن هم به نوبه خود در سلامت جامعه موثر است. زیرا خانواده، از نهادهای مهم و همیشگی جامعه انسانی است که سلامت آن، نقش مهمی در سلامت فرد و جامعه دارد. احساس کامیابی و شادکامی همسران و همچنین رشد و تربیت فرزندان، به موفقیت خانواده بستگی دارد (پسندیده، ۱۳۹۱: ۱۵). اهمیت سلامت اجتماعی در حدی است که اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعی، با موفقیت بیشتری می‌توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند. آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که ثبات و انسجام بیشتری دارند و احتمالاً می‌توانند در فعالیتهای جمعی بیشتر مشارکت کنند و باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد. این وضعیت می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد داشته باشد (عبدالله‌زاده، ۱۳۸۷؛ به نقل از عجم‌نژاد، ۱۳۹۱). در واقع سلامت اجتماعی به عنوان معلول بسیاری از شاخص‌های توسعه، نقش مهمی در توسعه اجتماعی دارد. سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن شهروندان انگیزه و روحیه‌ای شاد خواهند داشت که این امر موجب خواهد شد آن‌ها در زندگی خود نیز آرامش داشته باشند، و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. و در واقع، زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه‌کننده افراد از سوی دیگر است (لارسن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳: ۲۹۶-۲۸۵). با این وجود، امروزه توجه به امر سلامتی در بین مردم کاهش یافته است به طوری که پژوهش‌های سال‌های اخیر در ایران بیانگر کاهش چشمگیر توجه به سلامتی می‌باشد. اگر در جامعه‌ای همه مردم از سلامت اجتماعی برخوردار باشند یعنی توانایی هضم و جذب شدن در اجتماع را دارند و از توانایی لازم در جهت رفع مشکلات خود برخوردارند. یک قشری از

<sup>۱</sup> Larson

جامعه که نیازمند توجه به سلامتی روحی، روانی و جسمی آنان می‌باشد زنان متأهل هستند که وضعیت سلامت اجتماعی آنان تأثیر مهمی بر سلامت کودکان، خانواده، جامعه و محیط زیست دارد. این در حالی است که زنان اولین مراقبان سلامت خانواده و جامعه بوده و حتی آموزش و فرهنگ نیز از طریق سلامت زنان توسعه می‌یابد. زنان هم دریافت کننده و هم ارائه دهنده اصلی مراقبت در نظام سلامت هستند. بنابراین توجه به سلامتی زنان که به عنوان نیمی از جمعیت می‌توانند نقشی سازنده و تأثیرگذار در روند پیشرفت، تکامل و توسعه جامعه داشته باشند حائز اهمیت می‌باشد (رسولی، ۱۳۸۰: ۴۲). تأثیر سلامت اجتماعی بر خانواده و این که مهم‌ترین مسئله برای همسران، پایداری خانواده و سازگاری زناشویی است. خانواده موفق، خانواده‌ای است که با ثبات و به دور از تزلزل باشد. نبود پایداری، آینده‌ای نامطمئن را در پی دارد و دلگرمی و دلبستگی خانوادگی را ناممکن می‌سازد. فراتر از ثبات و پایداری، خانواده‌ای موفق است که از زندگی خود خرسند و راضی باشد. احساس خرسندی و رضامندی، شوق و اشتیاق به زندگی را افزایش می‌دهد، کانون زندگی را گرم می‌کند و خانواده را کارآمد، پویا و موافق می‌سازد (پسندیده، ۱۳۹۱: ۴۷)، و در کل این موضوع پذیرفته شده است که سازگاری زناشویی یک مفهوم چند بعدی است و در بر گیرنده عوامل گوناگون است که همگی در رضایت یا عدم رضایت در روابط سهم دارند و به همین خاطر در تعریف سازگاری زناشویی اتفاق نظر کلی وجود ندارد. علت این عدم توافق، عوامل اجتماعی، روان-شناختی، شخصیتی و جمعیت‌شناختی مختلفی است که با سازگاری زناشویی ارتباط دارند (تراست<sup>۱</sup>، ۱۹۸۵: ۱۰۷۳-۱۰۷۲). از نظر راجرز سازگاری در ازدواج شامل احساس شادمانی، رضایت و ارضای نیازهایی است که به طور متقابل بر آورده می‌شود. و این مفهوم از ازدواج را به عنوان پایه بسیاری از ازدواج‌ها می‌داند (تیرگری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس ناشی از خوشبختی و رضایت دارند. روابط رضایت‌بخش در بین زوجین از طریق علاقه متقابل، میزان مراقبت از همدیگر و پذیرش و تفاهم همدیگر قابل سنجش است (سینها<sup>۳</sup> و موکرجی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰: ۶۳۹-۶۳۳). سازگاری زناشویی بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها تأثیر گذاشته و زیربنای عملکرد خوب خانواده تلقی می‌گردد و نقش والدینی را تسهیل کرده و سبب توسعه اقتصادی و رضایت بیشتر از زندگی می‌شود (مؤمن‌زاده، ۱۳۸۱: ۱۰). از سوی دیگر وجود ناسازگاری زناشویی در روابط زن و شوهر علاوه بر ایجاد مشکل در موارد فوق باعث اشکال در روابط اجتماعی، گرایش به انحرافات اجتماعی و اخلاقی و افول ارزش‌های فرهنگی در بین زوجین می‌شود (همان).

بنابراین هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند، چنان چه از خانواده‌های سالم برخوردار نباشد. هیچ یک از آسیب‌های اجتماعی نیست که فارغ از تأثیر خانواده پدید آید و در حقیقت حفظ و تداوم این نهاد مقدس در گرو تداوم و سلامت رابطه بین زن و شوهر می‌باشد. رابطه زناشویی که زیربنای نظام

1. Trost

2. Tirgare

3. Sinha, p

4. Mukerjee, N

خانواده می‌باشد در زمره پیچیده‌ترین روابط انسانی است. حال چنان چه انتخاب همسر بر پایه شناخت و به کارگیری معیارهای حساب شده و عمیق‌تری صورت گیرد، احتمال این که زندگی در مسیر سازنده‌تری بیفتد و عشق در پیری به پختگی و شیرینی خاص برسد بیشتر است و دختران و پسران جوانی که می‌خواهند ازدواج نموده و تشکیل خانواده دهند، با آگاهی از این عوامل می‌توانند در انتخاب خود دقت لازم را بنمایند تا بتوانند با انتخاب صحیح، یک زندگی راحت و آرامی را برای خود و فرزندان‌شان به وجود آورند (شاکر و همکاران، ۱۳۹۰).

### اهداف تحقیق

#### هدف کلی

- تعیین رابطه میزان سلامت اجتماعی با میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل ساکن شهر آستارا.

#### اهداف اختصاصی

- تعیین رابطه میزان پذیرش اجتماعی و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا.
- تعیین رابطه میزان مشارکت اجتماعی و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا.
- تعیین رابطه میزان انسجام اجتماعی و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا.
- تعیین رابطه میزان انطباق اجتماعی و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا.
- تعیین رابطه میزان شکوفایی اجتماعی و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا.
- تعیین رابطه سن و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا.
- تعیین رابطه فاصله سنی زوجین با میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل ساکن شهر آستارا.
- تعیین رابطه سنوات زندگی مشترک با میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل ساکن شهر آستارا.
- تعیین تفاوت میزان سازگاری زناشویی بر حسب سطح پایگاه اجتماعی و اقتصادی زوجین.

#### فرضیه‌ها

- بین میزان پذیرش اجتماعی و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا رابطه وجود دارد.

- بین میزان مشارکت اجتماعی و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا رابطه وجود دارد.

- بین میزان انسجام اجتماعی و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا رابطه وجود دارد.
- بین میزان انطباق اجتماعی و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا رابطه وجود دارد.
- بین میزان شکوفایی اجتماعی و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا رابطه وجود دارد.
- بین سن و میزان سازگاری زناشویی زنان متأهل ساکن شهر آستارا رابطه وجود دارد.
- بین فاصله سنی زوجین و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا رابطه وجود دارد.
- بین سنوات زندگی مشترک و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل شهر آستارا رابطه وجود دارد.
- میزان سازگاری زناشویی زنان متأهل ساکن شهر آستارا بر حسب سطح پایگاه اجتماعی و اقتصادی زوجین متفاوت است.

### دیدگاه‌ها و مبانی نظری

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۷ (WHO) سلامتی فقط در رهایی از بیماری نیست، بلکه حالتی بدنی، روانی و آسایش اجتماعی است. و این تعریف، در حکم نوعی پذیرش رسمی سلامت اجتماعی در چارچوب سلامت به طور کلی بوده است. مفهوم سلامت اجتماعی به مراتب کمتر از سلامت جسمانی و یا سلامت روانی آشناست و این در حالی است که به موازات آن یکی از سه رکن اکثر تعاریف از سلامت را تشکیل می‌دهد. شاید تا حدودی علت آن باشد که مفهوم سلامت اجتماعی اساساً به ویژگی‌های جامعه و افراد بر می‌گردد. نخستین اشاره پژوهشی به مفهوم سلامت در بررسی بلوک و سلوی مشاهده شد. آن‌ها اول بار در سال ۱۹۷۲ به تعریف و ساختن شاخص سلامت اجتماعی پرداختند و آن را مترادف با درجه عملکرد اعضا جامعه می‌دانستند. با توجه به دیدگاه‌های مختلف در جامعه دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد.

۱. رویکرد بیماری‌محور: که در این رویکرد حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی تعریف شده است (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۵۵). از این منظر سلامتی حالتی است که علائم بیماری فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشکی است. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی و روان‌شناختی نادیده گرفته می‌شود (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۲۷۴).
۲. رویکرد سلامت‌محور: که در آن سلامت را به عنوان حالت برخوردار از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق نظریه‌ی سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت

را دارا باشد. دوانی و همکاران عقیده دارند که سلامت حقیقتی، فرآیند نیرومند شدن و قادر بودن توام با داشتن یک زندگی خوب را منعکس می‌کند (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲: ۸۳).

### پیشینه تجربی تحقیق

بنی فاطمه و طاهری (۱۳۸۸)، تحقیقی که با هدف تعیین عوامل موثر بر میزان رضایت زناشویی در میان زنان شهر آذرشهر (زنان متأهل ۱۵ ساله) انجام داده بودند. نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌ها نشان دهنده وجود رابطه معنادار بین متغیرهای میزان دین‌داری، سرمایه اجتماعی، طول مدت ازدواج به عنوان متغیر مستقل با میزان رضایت زناشویی به عنوان متغیر وابسته می‌باشد. هم‌چنین میزان رضایت زناشویی بر اساس ساختار قدرت در خانواده، پایگاه اقتصادی- اجتماعی خانواده و تحصیلات زنان متفاوت است. میزان رضایت زناشویی بر اساس میزان اشتغال زنان متفاوت نیست، بین فاصله سنی زوجین و رضایت زناشویی رابطه وجود ندارد.

شاهی و همکاران (۱۳۸۹)، هدف این پژوهش، تعیین رابطه بین سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی در زوج‌های مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان بود. با استفاده از مدل تحلیل رگرسیون چند متغیره و تحلیل واریانس، رابطه بین سلامت روان و رضایت‌مندی زناشویی در بین ۳۰۰ مرد و زن متأهل مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان بررسی شد. هم‌چنین افسردگی و اضطراب به صورت معناداری با رضایت زناشویی همبستگی داشت. سلامت روان فرد، پیش‌بینی کننده رضایت زناشویی است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان با ارتقای سلامت روان فرد، رضایت‌مندی زناشویی زوجها را ارتقاء داد.

زکی و خشوعی (۱۳۹۲)، هدف این تحقیق بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی شهروندان شهر اصفهان بود. بر اساس تاثیر متغیرهای چهارگانه اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی، مسئولیت اجتماعی و بیگانگی اجتماعی بر سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که بین سلامت اجتماعی و متغیرهای مسئولیت‌پذیری اجتماعی، تعهد اجتماعی، اعتماد اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. بین سلامت اجتماعی و بیگانگی اجتماعی نیز رابطه معنادار و معکوس وجود دارد. و هر کدام از متغیرهای زمینه‌ای هفت‌گانه به طور جداگانه (سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، مهاجرت، طبقه اجتماعی، درآمد و حوزه اجتماعی شهری) با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

افشانی و شیرینی (۱۳۹۳)، این پژوهش می‌کوشد تا وضعیت سلامت اجتماعی زنان شهر یزد و رابطه آن را با رضایت از زندگی مورد بررسی قرار دهد. نتایج نشان می‌دهد که بین میزان رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی رابطه معنی‌دار و مستقیمی وجود دارد و با افزایش رضایت از زندگی، سلامت اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌کند.

زارع و صفیاری (۱۳۹۴)، در بررسی خود با هدف تعیین میزان رضایت از زناشویی و عوامل موثر بر آن در میان زنان و مردان متأهل (۶۰-۱۸) سال شهر تهران به این نتیجه دست یافت که میزان رضایت از

زندگی با میزان عشق و علاقه، طول مدت زندگی زناشویی، اختلاف سنی زوجین، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، میزان تحصیلات زوجین رابطه معنادار وجود دارد. همچنین یافته‌های پژوهش وجود رابطه معنادار بین متغیر وابسته و متغیر مستقل یعنی رضایت از زندگی زناشویی و دیگر متغیرهای مستقل پژوهش یعنی، میزان استفاده از رسانه‌ها، تحصیلات همسان زوجین، میزان درآمد خانواده و وضعیت اشتغال زنان متأهل (شاغل و خانه‌دار) را تایید نکرد.

ولدخانی و همکاران (۱۳۹۵)، این پژوهش با هدف بررسی تاثیر سن ازدواج، تفاوت سنی و سبک‌های همسرگزینی بر کیفیت زندگی زناشویی زنان متأهل شهر تهران صورت پذیرفته است. از یافته‌های قابل توجه این پژوهش می‌توان تاثیر منفی ازدواج در سنین نوجوانی و جوانی بر اساس سبک‌های همسرگزینی که به نوعی با اجبار همراه‌اند بر کیفیت زندگی اشاره کرد. همچنین در این پژوهش نشان داده شد که تفاوت سنی زوجین تاثیر معناداری بر کیفیت زندگی زناشویی ندارد.

در پژوهشی که گاریدو و آزپیازو<sup>۱</sup> (۲۰۰۲)، انجام دادند نتایج حاصل نشان می‌دهد که وضعیت سلامت عمومی زنان از لحاظ سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر از مردان است.

در پژوهشی که کبیز و شاپیرو<sup>۲</sup> (۲۰۰۴)، در بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت-شناختی نشان داده‌اند که وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است. در بین زنان و مردانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند (شرایط شغلی یکسان)، زنان از سلامت اجتماعی کمتری برخوردار بودند. در واقع، همان‌گونه که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد، زنان نسبت به مردان به شکل فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی گزارش می‌کنند. در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی پایین‌ترین مقدار را در بین افراد جوان‌تر، کسانی که تجربه ازدواج نافرجام داشتند و افراد مجرد با جایگاه شغلی پایین داشت. همچنین بیشترین میزان مشارکت اجتماعی در زنان مجرد با جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان، در مردان مسن با جایگاه اجتماعی پایین گزارش شد. بیشترین میزان شکوفایی اجتماعی را بزرگسالان ۴۵-۵۴ سال و افرادی با جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان را افراد جوان‌تر با جایگاه اجتماعی پایین به خود اختصاص دادند. بیشترین انطباق اجتماعی نیز در مردان متأهل و دارای جایگاه اجتماعی بالا و کمترین میزان آن در زنان متأهل مسن با وضعیت شغلی پایین مشاهده شد. سرانجام پذیرش اجتماعی در زنان مسن با پایگاه اجتماعی پایین به کمترین میزان را به خود اختصاص داد (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

وندورف و همکاران (۲۰۱۱)، نشان دادند که رابطه متغیرهای همسانی پایگاه اجتماعی-اقتصادی، همسانی سن در زمان ازدواج، همسانی مذهبی، همسانی تحصیلات و طول مدت ازدواج زوجین با مقدار رضایت آن‌ها از زندگی زناشویی معنادار است.

<sup>1</sup>. Garrido and Azpiazo

<sup>2</sup>. Keyezand Shapiro

در پژوهشی که مارگا<sup>۱</sup> (۲۰۱۳)، با عنوان رضایت زناشویی زوجینی که مدت زیادی از زمان ازدواج‌شان می‌گذرد بین ۷۸ زوج هلندی نشان دادند زانی که خود سلامت نسبتاً خوبی دارند، مشکلات سلامتی همسر با رضایت زناشویی آن‌ها ارتباط معنادار و منفی دارد. اما در رابطه با مردان بین مشکلات سلامتی خود و همسران‌شان با رضایت زناشویی آن‌ها رابطه معناداری مشاهده نشد. ساکو<sup>۲</sup> و ساکو (۲۰۱۴)، تحقیقات آن‌ها درباره بی‌ثباتی زناشویی در ایتالیا حاکی از زیاد بودن گرایش به طلاق در دو سال اول ازدواج صرف‌نظر از نوع مراسم ازدواج زوجین بود.

### تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

#### سلامت اجتماعی

واژه سلامت اجتماعی<sup>۳</sup> واژه در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) می‌باشد که هم چگونگی احساس مردم را در برمی‌گیرد و هم نحوه عملکرد آن‌ها (عبدالله‌تبار و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۰). "کییز"<sup>۴</sup> سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل فهم و دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی، همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. "کییز" ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می‌کند. در واقع مدل چند وجهی "کییز" از سلامت اجتماعی شامل پنج جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی آن‌ها معلوم می‌کند. طبق این تعریف شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارتند از: ۱. پذیرش اجتماعی<sup>۵</sup>، ۲. انطباق اجتماعی<sup>۶</sup>، ۳. مشارکت اجتماعی<sup>۷</sup>، ۴. انسجام اجتماعی<sup>۸</sup>، ۵- شکوفایی اجتماعی<sup>۹</sup> (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴؛ به نقل از کوهی، ۱۳۹۲: ۱۰).

#### انسجام اجتماعی

یعنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط خود در جامعه و گروه‌های اجتماعی (کییز، ۲۰۰۴: ۱۱-۹).

1. Marga

2. Sacco, G., Sacco, P.

3. social Health

4. Keyez, C. L. M

5. social acceptance

6. social cherence

7. social contribution

8. social integration

9. social contribution



### پذیرش اجتماعی

یعنی فرد اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل شده درک می‌کند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند(همان).

### مشارکت اجتماعی

باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزش‌مندی برای عرضه به دنیا دارد(همان).

### انطباق اجتماعی

یعنی درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی، فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیشتر بداند(همان).

### شکوفایی اجتماعی

عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توان‌مندی‌های بالقوه برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شوند(همان).

### روش تحقیق

روش به کار رفته برای اجرای پژوهش حاضر از نوع پیمایشی و با استفاده از ابزار پرسشنامه می‌باشد. جامعه آماری تحقیق کلیه زنان متأهل ساکن شهر آستارا به تعداد ۱۱۹۰۰ نفر می‌باشد که از این تعداد، ۳۷۳ نفر از طریق فرمول کوکران و به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. پایایی ابزار نیز با استفاده از آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفته و مقدار آلفای هر دو متغیر بالای ۰/۷۰ صدم و درحد مطلوب است. ضریب پایایی محاسبه شده از طریق نرم افزار SPSS-23 طبق جدول شماره (۱)، به شرح زیر می‌باشد.

جدول شماره (۱): میزان پایایی متغیرهای تحقیق

متغیرها	تعداد گویه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ
سازگاری زناشویی	۳۱	۰/۷۹
سلامت اجتماعی	۳۲	۰/۷۶

## یافته‌های تحقیق

بر اساس یافته‌های پژوهش، بیشترین میزان فراوانی با ۲۹/۵ درصد مربوط به گروه سنی ۳۰-۳۴ و کمترین فراوانی با ۷/۲ درصد مربوط به گروه سنی کمتر از ۲۴ سال می‌باشد. و بیشترین میزان فراوانی با ۲۷/۹ درصد مربوط به زوجینی است که ۱۰-۱۴ سال و کمترین میزان فراوانی با ۱۳/۹ درصد مربوط به زوجینی است که کمتر از ۵ سال از ازدواجشان می‌گذرد. همچنین بیشترین میزان فراوانی با ۳۴ درصد مربوط به فاصله سنی ۴-۶ سال و کمترین میزان فراوانی با ۱۳/۹ درصد مربوط به فاصله سنی ۱۰ سال و بالاتر می‌باشد. و بیشترین میزان فراوانی با ۳۲/۷ درصد مربوط به تحصیلات کارشناسی و کمترین فراوانی با ۴ درصد مربوط به تحصیلات ابتدایی می‌باشد. و بیشترین میزان فراوانی با ۳۱/۹ درصد مربوط به تحصیلات دیپلم و کمترین میزان فراوانی با ۱/۱ درصد مربوط به تحصیلات بیسوادی می‌باشد. همچنین ۲۱/۴ درصد پاسخگویان پایگاه اقتصادی- اجتماعی خود را بالا، ۷۰/۲ درصد متوسط و ۸/۳ درصد پایین اعلام کرده‌اند.

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی و درصدی سلامت اجتماعی و ابعاد آن

شاخص‌های توصیفی	انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	انطباق اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	سلامت اجتماعی
میانگین	۲۲/۰۸۳	۲۰/۸۰۹	۱۶/۹	۱۷/۵۷	۱۷/۱۱	۹۴/۴۹
انحراف معیار	۳/۶۵	۴/۱۵	۲/۸۷	۳/۷	۲/۶۲	۱۴/۷۸
حداقل	۱۳	۱۱	۱۱	۱۰	۹	۶۱
حداکثر	۳۲	۳۱	۲۶	۲۷	۲۶	۱۳۹

نتایج حاصل درباره متغیر سلامت اجتماعی حاکی از آن است که میانگین این متغیر برابر با ۹۴/۴۹ است و در بین ابعاد سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی دارای بیشترین میانگین و بعد مشارکت اجتماعی کمترین میانگین را دارد.

(۳): آمار توصیفی سازگاری زناشویی

میانگین	۱۱۱/۱۰۷
انحراف معیار	۲۰/۴۸
حداقل	۱۰
حداکثر	۱۴۴

نتایج توصیف آماری حاصل درباره سازگاری زناشویی حاکی از آن است که در مجموع ۳۷۳ نفر به سوالات سازگاری زناشویی پاسخ داده‌اند که میانگین پاسخ این متغیر برابر با ۱۱۱/۱۰۷ است.

بر طبق یافته‌های جدول شماره (۴)، از ضریب همبستگی پیرسون می‌توان گفت که بین سلامت اجتماعی با میزان سازگاری زنان متأهل ساکن شهر آستارا رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

**جدول شماره (۴): نتایج ضریب همبستگی بین سلامت اجتماعی و سازگاری زناشویی**

متغیرها	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
سلامت اجتماعی	۰/۲۴۱	۰/۰۰۰

بر طبق یافته‌های جدول شماره (۵)، از ضریب همبستگی پیرسون می‌توان گفت که بین ابعاد سلامت اجتماعی (انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) با میزان سازگاری زناشویی زنان متأهل ساکن شهر آستارا رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

**جدول شماره (۵): نتایج ضریب همبستگی بین ابعاد سلامت اجتماعی با سازگاری زناشویی**

متغیرها	سطح معنی‌داری	ضریب همبستگی
پذیرش اجتماعی	۰/۲۱۷	۰/۰۰۰
مشارکت اجتماعی	۰/۲۳۳	۰/۰۰۰
انسجام اجتماعی	۰/۲۱۵	۰/۰۰۰
انطباق اجتماعی	۰/۲۴۳	۰/۰۰۰
شکوفایی اجتماعی	۰/۱۱۹	۰/۰۰۰

بر طبق یافته‌های جدول شماره (۶)، از ضریب همبستگی پیرسون می‌توان گفت که بین سن و سازگاری زناشویی زنان متأهل ساکن شهر آستارا رابطه معنی‌داری وجود ندارد ( $T = -0/079$ ). بنابراین فرض صفر تأیید و فرض یک رد می‌گردد.

**جدول شماره (۶): نتایج ضریب همبستگی بین سن با سازگاری زناشویی**

متغیرها	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
سن	-۰/۰۷۹	۰/۱۲۸

بر طبق یافته‌های جدول شماره (۷)، از ضریب همبستگی پیرسون می‌توان گفت که بین فاصله سنی زوجین و میزان سازگاری زناشویی در بین زنان متأهل ساکن شهر آستارا رابطه معنی‌داری وجود ندارد. بنابراین فرض صفر تأیید و فرض یک رد می‌گردد. ( $T = -0/075$ )

**جدول شماره (۷): نتایج ضریب همبستگی بین فاصله سنی زوجین با میزان سازگاری زناشویی**

متغیرها	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
فاصله سنی زوجین	-۰/۰۷۵	۰/۲۰۵

برطبق یافته‌های جدول شماره (۸)، از ضریب همبستگی پیرسون می‌توان گفت که بین سنوات زندگی مشترک و میزان سازگاری زناشویی زنان متأهل ساکن شهر آستارا رابطه معنی‌داری وجود ندارد ( $r = -0/660$ ) بنابراین فرض صفر تأیید و فرض یک رد می‌گردد.

**جدول شماره (۸): نتایج ضریب همبستگی بین فاصله سنی زوجین با میزان سازگاری زناشویی**

متغیرها	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
سنوات زندگی مشترک	-۰/۰۶۶	۰/۲۰۵

برطبق یافته‌های جدول شماره (۹)، براساس آزمون F می‌توان گفت که سازگاری زناشویی زنان برحسب پایگاه اجتماعی - اقتصادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان گفت میانگین سازگاری زناشویی افرادی که دارای پایگاه اجتماعی - اقتصادی بالاتری (۱۲۱/۴۱) هستند از میانگین سازگاری زناشویی افرادی که دارای پایگاه اجتماعی متوسط (۱۲۱/۹۱) و پایین (۱۰۱/۱۷) هستند، بیشتر است.

سازگاری زناشویی	تعداد	میانگین	F	سطح معنی‌داری
بالا	۳۱	۱۲۱/۴۱		
پایین	۲۶۲	۱۱۲/۹۱	۱۵/۴۶۹	۰/۰۰۰
متوسط	۸۰	۱/۱۷۱		

### تبیین براساس چارچوب نظری

از نتایج تحقیق حاضر به دست آمد که هر چه قدر سلامت اجتماعی افزایش یابد سازگاری زناشویی هم افزایش خواهد یافت و به خاطر وجود سلامت اجتماعی، زوجین سازگاری بیشتری خواهند داشت که این عمل باعث می‌شود خانواده‌های سالمی در جامعه وجود داشته باشند. وجود خانواده سالم باعث تحویل فرزندان سالم به جامعه خواهد شد و همین‌طور زنان و مردانی که خودشان هم از سلامت جسمانی و روحی و روانی لازم برخوردارند و این‌ها یعنی ضمانت زندگی، زندگی که دیگر قرار نیست به این راحتی از هم بپاشد و باعث مشکلات روحی و روانی زوجین گردد. از آن جایی بین تعاریف سلامت اجتماعی و سلامت روحی و روانی فاصله کمی وجود دارد، نتایج نشان می‌دهد که مقیاس‌های سلامت اجتماعی با سلامت روان

همبستگی مثبت دارند. اما باید توجه داشته باشیم که سلامت روان، عملکرد مثبت و رضایت فرد را تنها از جنبه‌های اجتماعی در ارتباط با وجود موجودیت زندگی آن را نشان می‌دهد و سلامت روان شخصیت شخص را توصیف می‌کند در حالی که سلامت اجتماعی مربوط به جنبه‌های اجتماعی و عمومی افراد است که بر اساس آن عمل می‌کنند. لذا در این مطالعه علاوه بر رابطه سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی، می‌توان به بررسی رابطه رضایت زناشویی با سلامت روان نیز پرداخت. یافته‌های این نظرسنجی با بررسی‌های ذکر شده در رابطه با رضایت زناشویی و سلامت روان است که نشان دهنده رابطه معنی‌داری میان آن‌ها است (مردی پیرسلطان، ۱۳۹۴: ۱۶).

برای تبیین پذیرش اجتماعی و سازگاری زناشویی از نظریه کپیز (۲۰۰۵)، استفاده شد. پذیرش اجتماعی یعنی تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افراد دارای این بعد از سلامت اجتماعی، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همهٔ نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی که دارند می‌پذیرند. در واقع پذیرش اجتماعی به معنی گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق دیگران، و به طور کلی پذیرفتن افراد، علی‌رغم برخی رفتارهای سر در گم کننده و پیچیده آن‌هاست. در پذیرش اجتماعی فرد نگرش مثبتی هم نسبت به خود و هم اجتماع دارد (کپیز، ۱۹۹۸). در واقع شخص می‌تواند همهٔ مشکلات را از خود برطرف کرده و به عنوان عضوی از اجتماع به حیات خود ادامه دهد. هم دیگران را بپذیرد و هم دیگران او را به عنوان عضوی از جامعه بپذیرند. و در ادامه می‌توان گفت سازگاری زناشویی یک امر مهم تلقی می‌شود و سلامت اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر سازگاری زناشویی محسوب می‌گردد. لذا باید اظهار داشت که هر چه محیط زندگی زنان لذت‌بخش باشد و زنان ارزیابی مثبتی درباره رویدادهای زندگی خود داشته باشند زندگی سرشار از نشاط و شادکامی توأم با هیجانات مثبتی را تجربه خواهند کرد، اما زنان دارای سازگاری زناشویی پایین، شرایط و رویدادهای زندگی را نامطلوب ارزیابی کرده و به همین دلیل با هیجانات منفی چون اضطراب، افسردگی و پرخاشگری رو به رو می‌شوند (افشانی، ۱۳۹۳). و نمی‌توانند زندگی نرمالی را داشته باشند و در نتیجه میزان سلامت اجتماعی آنان نیز کاهش می‌یابد.

در نظریه کپیز مشارکت اجتماعی بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که در سطح مطلوبی از این بعدند، اعتقاد دارند عضو مهمی از اجتماع هستند و چیزهای ارزش‌مندی برای ارائه به دیگران دارند. مشارکت اجتماعی نشان دهنده آن است که مردم چگونه و تا چه حد احساس می‌کنند آن چه انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزش‌مند است و کمکی اجتماعی تلقی می‌کنند (کپیز و شاپیرو، ۲۰۰۵: ۵).

کپیز (۱۹۹۸)، معتقد است که انسجام اجتماعی عبارت از درک و عقلانی بودن و قابل پیش‌بینی بودن جامعه است. انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنا بودن زندگی است. احساس انسجام در وجود فرد می‌تواند نشانه‌ای برای سلامتی او باشد. افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه

با رویدادهای غیر قابل پیش‌بینی، انسجام خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آنست. این مقوله با قابلیت معنابخشی به وجود شخص است. انطباق اجتماعی به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابل در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. افراد سالم احساس می‌کنند بخشی از جامعه هستند، بنابراین، انطباق اجتماعی گسترده‌ای است که مردم در آن احساس می‌کنند وجه مشترکی با دیگران دارند و متعلق به جامعه و گروه‌های اجتماعی‌اند (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

شکوفایی اجتماعی عبارت است از ارزیابی توان بالقوه مسیر تکامل اجتماع و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توان‌مندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. افراد سالم در مورد شرایط آینده جامعه امیدوارند و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می‌برند (عبدالله‌تبار و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷۶). در تجزیه و تحلیل نهایی این تحقیق می‌توان گفت که افراد با سطوح بالاتری از سلامت اجتماعی نسبت به آینده جامعه خود بیشتر امیدوارند، خود را به عنوان بخشی از جامعه می‌بینند و قابل درک و قابل پیش‌بینی هستند، می‌توانند به دیگران اعتماد کنند و در نهایت روح همکاری داشته باشد و توانایی همکاری در جامعه. اعتقاد بر این است که فردی که سلامت اجتماعی دارند خود را به عنوان عضوی از جامعه می‌دانند و فکر می‌کنند که او چیزی ارزش‌مند برای تحویل دادن به جهان داراست. همکاری اجتماعی مشابه تعهد و کارآیی است (سام آرام، ۲۰۱۳). بنابراین افزایش سطوح سلامت اجتماعی منجر به یک وجه حیاتی مهم، تعهد و کارآیی در اعضای جامعه می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که آن‌ها قادر خواهند بود در خانواده‌های‌شان به همان اندازه خوب عمل کنند. آن‌ها مشکلات را قابل فهم و پیش‌بینی می‌کنند، آن‌ها احساس تنهایی و پوچی نخواهند کرد؛ آن‌ها احساس می‌کنند که نزدیک خانواده خود هستند و صلح و آرامش را ازدست نمی‌دهند و با روح همکاری، تعهد و کارآیی اهداف خود را در خانواده‌های‌شان به انجام می‌رسانند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش سطح سلامت اجتماعی، سطح رضایت زناشویی و امنیت خانوادگی در نهایت با کاهش سطح تعارضات زناشویی و خسارات اجتماعی مواجه خواهند شد (مردی پیرسلطان، ۱۳۹۴: ۱۸).

می‌توان گفت که حیات خانواده از عناصر متعددی تشکیل می‌شود که سن زوجین یکی از آن‌هاست. بنابراین لزوماً در نتیجه یک عامل، حیات خانوادگی در معرض تهدید قطعی قرار نمی‌گیرد (ساروخانی، ۱۳۹۳: ۶).

سالاری‌فر (۱۳۹۲)، معتقد است که هر چند نظرسنجی در ایران نشان می‌دهد که بیش از ۹ درصد از افراد، ۲۵ تا ۲۰ سالگی را سن مناسب ازدواج برای دختران و برای ازدواج پسران نیز ۲۴ تا ۲۸ سالگی را سن ایده‌آل می‌دانند، اما برخی بر این عقیده‌اند که شروع زندگی مشترک در دوران جوانی با

مشکلات متعددی همراه بوده و دشواری زیادی را برای زندگی زناشویی زوج‌های جوان پدید می‌آورد، در حالی که ازدواج در سنین بالاتر و میانسالی این مشکلات را ندارد (رحیمی، ۱۳۹۴: ۲۲).

فاصله سنی زوجین با میزان سازگاری زناشویی می‌توان گفت که اگر این رابطه مثبت و معنی‌دار بود از نظریه مبادله می‌توانستیم برای آن استفاده کنیم ولی با توجه به رد شدن فرضیه بنابر گفته آلن ژیرار: «بیشتر اوقات، افرادی با هم پیوند زناشویی می‌بندند که از لحاظ سنی به هم نزدیک باشند». هر چند دانشمندان در پذیرش این که تفاوت وسیع سنی میان زن و شوهر در اکثر موارد هم چون عاملی زیان‌مند بر سلامت خانواده تأثیر می‌گذارد، جملگی هم داستان هستند، با این حال در تعیین مرزهایی که اختلاف سنی نباید از آن فراتر رود، وحدت نظر ندارند. به عقیده برنارد بیشترین خرسندی برای زنان هنگامی حاصل می‌شود که با مردی ازدواج کنند که پنج تا شش سال سالمندتر از ایشان باشد و برای مردان همین خرسندی هنگامی به وجود می‌آید که میان صفر تا ده سال بزرگ‌تر از همسران‌شان باشند (ساروخانی، ۱۳۹۳: ۶). نتیجه‌گیری دقیق و مشخص از عقاید و اطلاعات گوناگون این است که فاصله وسیع سنی که شکاف سنی تعبیر می‌شود به استواری و پایداری کانون خانوادگی کمکی نخواهد کرد. هر چند در مورد میزان تفاوت سنی هنجاری در دست نیست (همان: ۶۴). حسینی بیرجندی (۱۳۹۰)، معتقد است در تعیین تفاوت سنی زن و شوهر مرز مشخصی وجود ندارد و مرد بالغ در هر سنی که باشد می‌تواند با زن بالغ در هر سنی ازدواج کند و بالعکس. از طرف دیگر تفاوت سنی زوجین فقط یکی از عوامل مؤثر بر حیات خانواده است و در نتیجه یک عامل، حیات خانواده مورد تهدید جدی قرار نمی‌گیرد و چه بسا زوج‌هایی که از شرط تفاوت سنی مناسب بی‌بهره‌اند ولی علی‌رغم آن از رضایت زناشویی برخوردارند (سالاری‌فر، ۱۳۹۲).

مطالعات نشان داده‌اند که با ادامه ازدواج، خشنودی رو به کاهش می‌رود، زن در دوره ماه عسل و قبل از تولد اولین فرزند از هر زمان دیگر راضی‌تر به نظر می‌رسند. پینه او، بر اساس تحقیقات والن و بورگس که روی ۱۰۰۰ زوج انجام گرفته (سه سال بعد از ازدواج و ۲۰ سال بعد از ازدواج) نشان داد که هر چه از ازدواج می‌گذرد، رضایت و سازگاری زن و شوهر نیز کاهش می‌یابد (طاهری تیمورلویی، ۱۳۸۸: ۶۵). هر چه از ازدواج می‌گذرد زن و شوهر بیشتر احساس می‌کنند که رفاقت و دوستی همسران‌شان را از دست داده‌اند. در یک مطالعه در آمریکا ۴۲٪ زنان و ۴۴٪ شوهران اظهار کرده‌اند که در ابتدای ازدواج لاقلاً در روز یک بار با یکدیگر می‌خندیدند، به تبادل افکار می‌پرداختند. با آرامی گفتگو و با هم کار می‌کردند. روابط مزبور با رسیدن اولین فرزند کاهش می‌یابد (همان).

در این تحقیق شاخص‌های پایگاه اجتماعی شامل شغل پاسخگو و همسر، درآمد خانوار و تحصیلات پاسخگو و همسر بود. داده‌های آماری حاصل از جمع‌بندی رتبه‌های شغلی و تحصیلات و درآمد سرپرست خانواده نشان داد که میزان سازگاری زناشویی بر اساس پایگاه اجتماعی - اقتصادی خانواده متفاوت و معنی‌دار بوده است. در تبیین این یافته می‌توان از ترکیب نظریه‌های اساسی مازلو و نظریه مبادله آلون

گولدر سود جست؛ مازلو معتقد است که نیازهای انسان پایه‌های ارزشی او را تشکیل می‌دهند، به این ترتیب مهم‌ترین منشاء ارزش‌ها نیازها هستند و هر آن چیزی که انسان به آن نیاز داشته باشد برای او با ارزش بوده و این فقط شامل نیازهای جسمی نمی‌شود، بلکه نیاز به احترام و نیاز به روابط اجتماعی و دیگر نیازها را نیز در بر می‌گیرد. مثلاً اگر یک پدیده یا وسیله برای یک فرد موجب کسب احترام شود آن پدیده با ارزش محسوب می‌شود. اما از طرف دیگر نیازهای انسان‌ها همیشه طی مراحل و یا ابزارهای مختلف و مکمل انجام می‌گیرد. لذا هر وسیله‌ای که به انسان کمک کند تا بتواند توسط آن یک مرحله به ارضای نیازهایش نزدیک‌تر شود، آن وسیله با ارزش تلقی می‌گردد. شغل و درآمد و تحصیلات هم ابزاری برای ارضای نیاز به احترام و (منزلت اجتماعی) با ارزش می‌باشند (رفیع‌پور، ۱۳۸۲: ۲۷۱-۲۷۰). پس پایگاه اجتماعی خانواده چون در بر آوردن نیاز به احترام نقش حیاتی دارد ارزش‌مند تلقی می‌گردد. چنان که آلوین گولدر نیز مطرح می‌کند اگر بپذیریم که رضایت عاطفی، هدف ظاهری ازدواج جدید باشد و هدف باطنی پایگاه اجتماعی و رفاه اقتصادی، می‌توان گفت نتیجه این است که هدف نهایی، بر هدف عینی، اثرگذار است. هر چند شوهر داخل سیستم اقتصادی موفق باشد، شبکه مبادلات حقوقی و تعهدات گروه خانوادگی، عمیق‌تر و وسیع‌تر خواهد بود. بنابراین با برآوردن این نیاز سبب ایجاد سازگاری می‌شود (یزدانی، ۱۳۹۱: ۳۶). در واقع باید اشاره کرد ارضای نیازهای فیزیولوژیکی (مسکن، خوراک، پوشاک) معمولاً با پول امکان‌پذیر می‌شود. آن چه پول می‌تواند بخرد، ارضاء کننده نیازهای فیزیولوژیکی است، نه خود پول، و پول فقط می‌تواند موجب ارضای نیازهای فیزیولوژیکی، ایمنی و حتی اجتماعی شود (موسوی، ۱۳: ۳۵). هم‌چنین با توجه به نظریه مازلو می‌توان گفت رضایت افراد در گرو تأمین نیازهای مالی و مادی آنها است. هم‌چنین برگس و لاک (۱۹۵۳)، به تأمین اقتصادی و کفایت اقتصادی به عنوان تعیین کننده اصلی در سازگاری زناشویی و طلاق می‌نگرند. زوج‌هایی که به دنبال طلاق هستند، مشکلات و شکایات مالی را قویاً به عنوان مسئله‌ای عمده طرح می‌کنند (هادیان، ۱۳۸۶: ۷۳).

### منابع

- بنی‌فاطمه، حسین؛ و طاهری تیمورلویی، طاهره. (۱۳۸۸). تعیین عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با میزان رضایت از زندگی زناشویی در میان زنان متأهل شهر آذرشهر، *مجله جامعه‌شناسی*. سال اول، شماره دوم، بهار ۱۳۸۸. صص ۲۹-۷.
- پسندیده، عباس. (۱۳۹۱). *رضایت زناشویی*. چاپ و نشر دارالحديث، چاپ اول.
- رحیمی، روح‌الله؛ عارفی، مختار؛ و مرادی‌زاده، سهراب. (۱۳۹۴). بررسی روابط بین عوامل فردی- خانوادگی و ترجیحات همسرگزینی با رضایت زناشویی زوج‌های هر دو شاغل در آموزش و پرورش. *مجله زن و مطالعات خانواده*. سال هفتم. شماره بیست و نهم. صص ۷۱-۵۳.
- رسولی، محسن. (۱۳۸۰). *رابطه بین الگوهای ارتباطی زن و شوهران دانشجوی دانشگاه تهران و الگوهای ارتباطی والدین آنها*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، تربیت معلم.
- رفیع‌پور، فرامرز. (۱۳۷۸). *آنومی یا آشفتگی اجتماعی*. پژوهشی در زمینه پتانسیل آنومی در شهر تهران، انتشارات سروش.



- ساروخانی، باقر. (۱۳۹۳). **روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی - پیشنهاد و فنون**. تهران: نشر پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، (جلد دوم).
- سالاری فر، محمدرضا. (۱۳۹۰). **خانواده در نگرش اسلام و روان‌شناسی**. تهران: انتشارات سمت و حوزه و دانشگاه.
- شاکر، علی؛ فتحی آشتیانی، علی؛ و مهدویان، علیرضا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و سلامت روانی با سازگاری زناشویی در زوجین. **مجله علوم رفتاری**. دوره پنجم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۰.
- عبدالله‌تبار، ه؛ کلدی، ع؛ محقق‌کی کمال، ح؛ فروزان، آ؛ و صالحی، م. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان، **فصلنامه رفاه اجتماعی**. س ۸ (۳۱ و ۳۰).
- عجم‌نژاد، رضا؛ فتحی، منصور؛ و خاک‌نگین، مریم. (۱۳۹۱). بررسی عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان مراغه. **فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی**. سال دوازدهم. شماره ۴۷.
- قره‌داغی، شکراله؛ مردی پیرسلطان، فهیمه؛ و درخشان‌نیا، فریبا. (۱۳۹۴). **بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و رضایت زناشویی در میان کارکنان بهزیستی کرج**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران.
- کوهی، کمال. (۱۳۹۲). **بررسی رابطه سطح آگاهی تغذیه‌ای و سلامت اجتماعی در بین شهروندان شهر تبریز**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد تبریز.
- مؤمن‌زاده، ف. (۱۳۸۱). **ارتباط تفکرات غیر منطقی و الگوهای دلبستگی با سازگاری زناشویی**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی.
- موسوی، میرطاهر؛ و شیانی، ملیحه. (۱۳۹۴). **سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی - مفاهیم و رویکردها**. تهران: انتشارات آکا.
- هادیان، زینب. (۱۳۸۶). **بررسی رابطه بین انتظارات از همسر و رضایت از زندگی زناشویی در میان زنان متأهل شهر تهران**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی دانشگاه الزهراء.
- یزدانی، عباسعلی، (۱۳۹۱). **بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان منطقه ۵ تهران**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- Larson, James. (1993). "The measurement of social Well-being". *Social Indicators Research*, 28, P.p: 286-296.
- Trots, Jan E. (1985). "Abandon Adjustment!" *Journal of Marriage and the family*. 47, P.p: 1072- 1073.
- Tirgari A. **Relationship structure of emotional intelligence with marital adjustment and application of emotional intelligence intervention program to reduce marital malady justiment** [Dissertation] Tehran psychiatric institution; 2001.
- Sinha sP, Mukherjee N. Marital adjustment space orientation, *J social psychol* 1990. 130 (5), P.p: 633-639.
- Keyes, Corey Lee. M & Shapiro, Adam. (2004). **Social well-being in the United States A Descriptive Epidemiology**. Chicago LI, The University of Chicago press, P.p: 350-372.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-being, *Social Psychology Quarterly*. 61, P.p: 121-140.
- Keyes, Corey Lee. M. (2004). Social well-being, *Social psychology Quarterly*. Vol. 61, N. 2, P.p: 121-190.
- Huppert, Felicia. (2006). Personal and social well-being modul. **European social survey**. Round3.