

## نقش ابعاد سلامت معنوی در پیش‌بینی الگوهای ارتباطی زناشویی

## معلمان زن مقطع ابتدایی شهر کرج

محمود بهرامی<sup>۱</sup>رضا بابایی<sup>۲</sup>آرزو فروهر<sup>۳</sup>علی محمد نظری<sup>۴</sup>کیانوش زهراکار<sup>۵</sup>

## چکیده

**مقدمه:** در بیشتر مواقع علت نارضایتی زناشویی، کمبود مهارت‌های ارتباطی سالم در بعضی از زوجین است. یکی از عوامل تأثیرگذار بر الگوهای ارتباطی زوجها، میزان سلامت معنوی است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ابعاد سلامت معنوی در پیش‌بینی الگوهای ارتباطی زناشویی انجام شد.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)  
Email: bahrami201367@gmail.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد رشته مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۴. دانشیار گروه مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۵. استادیار گروه مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۸/۴

**روش:** نمونه شامل ۳۶۱ نفر از معلمان زن مقطع ابتدایی شهر کرج که در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ مشغول به تدریس بودند، می‌باشند، که به تکمیل پرسشنامه‌های الگوهای ارتباطی زناشویی کریستنسن و سالووی<sup>۱</sup> و پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پولوتزین<sup>۲</sup> پرداختند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون رگرسیون چندمتغیره و از طریق نرم‌افزار SPSS 20 صورت گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان می‌دهد که سلامت معنوی (کل) با الگوی ارتباطی سازنده زناشویی رابطه مثبت و معنادار ( $p < 0/01$ ) ولی با الگوهای ارتباطی اجتنابی و توقع/کناره‌گیر رابطه منفی و معناداری داشت. همچنین نتایج نشان داد ابعاد سلامت معنوی، توان پیش‌بینی انواع الگوهای ارتباطی زناشویی (سازنده، اجتنابی و توقع/کناره‌گیر) را دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سلامت مذهبی در مقایسه با سلامت وجودی در پیش‌بینی مثبت و معنادار ( $p < 0/01$ ) الگوی ارتباط سازنده و پیش‌بینی منفی و معنادار الگوهای ارتباطی اجتنابی و توقع/کناره‌گیر بیشترین مشارکت و نقش را دارد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این مطالعه، می‌توانیم به اهمیت نقش باورهای مذهبی در زندگی زناشویی و ارتباطات زوجها در معلمان زن مقطع ابتدایی شهر کرج به عنوان عامل مهمی برای مقابله با اختلافات و تعارضات در زمینه الگوهای ارتباطی پی برد.

## واژگان کلیدی

الگوهای ارتباطی زناشویی، سلامت معنوی، معلمان مقطع ابتدایی

## مقدمه

خانواده، سیستم ارتباطی منحصربه‌فردی است که با روابط دوستی و کاری متفاوت است. ورود به چنین سیستم ارتباطی سازمان‌یافته‌ای، صرفاً از طریق تولد، ازدواج یا فرزندخواندگی صورت می‌گیرد. (گلادینگ، ۱۳۸۶ ش.) ارزش اصلی خانواده، حاصل شبکه روابطی است که توسط اعضای آن به وجود آمده است. (گلدنبرگ، گلدنبرگ<sup>۲</sup>، ۱۳۹۲ ش.) در داخل چنین سیستمی، افراد به وسیله حلقه‌های عاطفی قدرتمند، بادوام و متقابل به یکدیگر گره خورده‌اند، (اسدی، ۱۳۸۸ ش.) به طوری که ارتباطات در میان اعضای آن همواره به عنوان جنبه‌ای از روابط اصلی بین فردی برای تحقق‌بخشیدن به پویایی روابط خانوادگی در نظر گرفته می‌شود، (زرنقاش<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳ م.) به طوری که می‌توان گفت: ارتباط مؤثر سنگ زیربنای خانواده کارآمد است. (اسدی، ۱۳۸۸ ش.) در این بین ارتباط زناشویی<sup>۵</sup> به عنوان طولانی‌ترین و عمیق‌ترین نوع ارتباط که همه انواع ارتباط از جمله اقتصادی، اجتماعی، زیستی و روانی و معنوی را در خود دارد، همواره مورد توجه بوده است و عبارت است از فرآیندی که در طی آن زن و شوهر<sup>۶</sup> چه به صورت کلامی در قالب گفتار و چه به صورت غیر کلامی در قالب گوش‌دادن، مکث‌کردن، حالت چهره و ژست‌های مختلف با یکدیگر به تبادل احساسات و افکار می‌پردازند. یکی از راه‌های نگرستن به ساختار خانواده، توجه به الگوهای ارتباطی زوج‌ها، یعنی کانال ارتباطی است که از طریق آن زن و شوهر با یکدیگر به تعامل می‌پردازند. (ترنهم<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۶ م.)

ارتباط فقط به یک رویکرد درمانی تعلق ندارد. ارتباط هم بخشی از رویکردهای درمانی است و هم خودش یک رویکرد درمانی به حساب می‌آید. (ویکس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۱ م.) بسیاری از درمانگران بر اهمیت فرایند ارتباط در

مراجعه‌کنندگان تحت درمان خود تأکید می‌ورزند. فولی (۱۹۷۴ م؛ به نقل از بای، ۱۳۹۰ ش.) از جمله نظریه‌پردازانی که به مبحث ارتباطات و به خصوص ارتباطات زناشویی پرداخته‌اند. همچنین می‌توان به ستیر، گاتمن، جی هی لی و مینوچین اشاره کرد. ارتباط یکی از عوامل مهم در سیستم‌ستیر است. او می‌گوید: ارتباطات، عامل تعیین‌کننده در انواع مختلف روابطی است که افراد با یکدیگر دارند و نحوه سازگاری آن‌ها را با محیط مشخص می‌کند. ارتباطات گره‌ای است که اعضا را به یکدیگر متصل می‌کند. زمانی که خانواده با آرامش و راحت رفتار می‌کنند، ارتباطات میان اعضای خانواده، باز، صحیح، همراه با جرأت و دریافت‌کننده هستند. برعکس زمانی که سیستم خانواده مشکل دارد، در کوششی بیهوده برای کاهش اضطراب<sup>۹</sup> یا تنش، ارتباطات قطع یا تحریف می‌شوند. (بای، ۱۳۹۰ ش.) همچنین در نظریه سیستمی زیرمنظومه زن و شوهری باید الگوهایی به وجود آورند که در آن هر کدام عملکرد دیگری را در بسیاری از زمینه‌ها حمایت کند. باید الگوهای مکملی به وجود آورند که به هر کدام از آن‌ها این امکان را بدهد که تسلیم شود بی‌آنکه احساس کند تسلیم شده است. (مینوچین، ۱۳۹۲ ش.) این زیرمنظومه باید به یک الگوی مراوده‌ای مناسب دست یابد. اگر زن و شوهر در دستیابی به یک الگوی مراوده‌ای سالم شکست بخورند وارد انواع و اقسام روابط ناسالم می‌شوند در چنین موقعی مرزهای<sup>۱۰</sup> زن و شوهر از سایر زیرمنظومه‌ها، سست می‌شود و روابط مختلف دیگری شکل می‌گیرد؛ این امر می‌تواند بر رابطه آن‌ها با زیرمنظومه فرزندان، خانواده اصلی طرفین و شبکه روابط دوستانه اثر بگذارد و رابطه دوتایی زن و شوهر تبدیل به رابطه مثلث‌سازی<sup>۱۱</sup> شده با هریک از زیرمنظومه‌های فوق شود. به طوری که وقتی زن و شوهر تعارضات خود را به طور مناسب حل نکنند، فرزندان آن‌ها وارد عرصه تعارضات زناشویی می‌شوند. (رایت،

۱۹۹۷ م؛ به نقل از اسدی، ۱۳۸۸ ش.) نظریه پردازان ارتباط زناشویی الگوهای ارتباطی زیادی را شناسایی کرده‌اند. فاورز و السون<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۲ م.) در گونه‌شناسی معروف خود زوجین را به چهار دسته، زوجین سرزننده، سازگار، سنتی و متعارض تقسیم کرده‌اند. گاتمن (۱۹۹۳ م.) در بین زوجین آشفته هفت الگوی ارتباطی مشکل‌ساز را که وجه تمایز آن‌ها از زوجین سالم است را شناسایی نموده است از جمله: عواطف منفی متقابل، نسبت پایین رفتارهای مثبت به منفی، نسبت بالای انتقاد، تدافعی رفتار نمودن، تحقیر و عیب‌جویی و اسناددهی‌های منفی و ثابت به همسر. کریستنسن و شنک (۱۹۹۱ م.) سه الگوی ارتباطی بین زوجین را معرفی کرده‌اند که عبارت‌اند از:

۱- الگوی ارتباط سازنده متقابل: در طی آن هر کدام از زوجین سعی می‌کنند در مورد مشکل ارتباطی خود بحث و گفتگو کنند، احساسات‌شان را نسبت به هم ابراز نمایند و برای مشکل ارتباطی پیشنهاد راه حل و مذاکره بدهند و هر دو احساس می‌کنند که همدیگر را درک می‌کنند؛

۲- الگوی ارتباط اجتناب متقابل: در طی آن هر دو سعی می‌کنند از بحث‌کردن درباره مشکل دوری گزینند؛

۳- الگوی ارتباط توقع/کناره‌گیر: در طی آن هریک از زوجین سعی می‌کنند به وسیله انتقادکردن، غرزدن و یا پیشنهاد تغییردادن، دیگری را وارد بحث درباره مشکل نمایند، در حالی که دیگری سعی می‌کند بحث را تمام کند، به وسیله تغییردادن موضوع از آن اجتناب کند، ساکت باقی بماند و یا حتی اتاق را ترک کند. مطالعات نشان داده است که ارتباط باز، مداوم و روشن، یکی از ویژگی‌های اساسی خانواده‌هایی است که کارکرد سالمی دارند. خانواده‌ای که اعضای آن

ارتباط صحیح با یکدیگر برقرار می‌کنند، بهتر می‌توانند مسائل خود را حل بکنند و رضایت بیشتری از ارتباط خود دارند. (هیوی<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۶ م.)

ارتباط زناشویی می‌تواند دست‌مایه شادی یا منبع بزرگ رنج و تألم باشد. ارتباط، به زن و شوهر این امکان را می‌دهد که با یکدیگر به بحث و تبادل نظر پردازند و مشکلات‌شان را حل کنند، زوج‌هایی که نتوانند با یکدیگر ارتباط برقرار کنند در یک وضعیت نامشخص قرار می‌گیرند (لانگ<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) در بیشتر مواقع علت نارضایتی زناشویی<sup>۱۵</sup> کمبود مهارت‌های ارتباطی سالم در بعضی از زوجین است. (ستیر<sup>۱۶</sup>، ۱۳۹۱ ش.) احمد علون‌آبادی و فاتحی‌زاده (۱۳۸۴ ش.)؛ به نقل از زارعی و احمدی سرخونی، ۱۳۹۱ ش.) در مطالعه‌ای دریافتند که بیشترین میزان همبستگی بین رابطه سازنده متقابل و رضایت‌مندی زناشویی در زوجها است. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند ارتباط زناشویی کارآمد پیش‌بینی‌کننده قوی کیفیت زناشویی<sup>۱۷</sup> (لدبر<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۹ م.) و در مقابل ارتباط زناشویی ناکارآمد سرچشمه عمده نارضایتی است. (گلاس<sup>۱۹</sup>، ۱۳۸۴ ش.) گاتمن<sup>۲۰</sup> (۱۹۹۳ م.) در تحقیقی نشان داد که ارتباط زناشویی ناشاد اغلب نتیجه الگوهای ارتباطی منفی است. یک رویکرد برای مطالعه رابطه زناشویی، تبیین الگوهای ارتباطی زوجها از طریق جستجو برای یافتن مکانیسم‌های علی نحوه شکل‌گیری این الگوهاست. (رسولی، ۱۳۸۰ ش.) اهمیت توجه به الگوهای ارتباطی نه تنها از جهت اثرگذاری آن بر رضایت زناشویی، بلکه تغییر الگوهای ارتباطی در مقایسه با دیگر عوامل تأثیرگذار در ناسازگاری زناشویی مانند ویژگی‌های شخصیتی و شرایط اجتماعی و اقتصادی عملی‌تر است. (ثناگوی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

یکی از اهداف اصلی تحقیقات درباره روابط بین زوجین پیش‌بینی رضایت زناشویی با مشخص کردن عواملی است که بر کیفیت تعامل بین زوجین و الگوهای

مراوده‌ای آن‌ها تأثیر می‌گذارد. (کارنیا<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۷ م.) مطالعات نشان داده است که عوامل مختلفی در شکل‌گیری الگوهای ارتباطی مؤثر خواهد بود. (ثناگوی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) یکی از مسائل تأثیرگذار بر الگوهای ارتباطی زوجها، وضعیت سلامتی است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی یکی از ابعاد سلامت، سلامت معنوی<sup>۲۲</sup> است. (جدیدی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) اصطلاح سلامت معنوی نخستین‌بار در سال ۱۹۷۱، توسط اومبرگ تحت عنوان بهزیستی معنوی وضع شد که بیش از همه بر بهزیستی شخصی فرد و ارتباط با خدای او تأکید دارد. سلامت معنوی از جمله عوامل مؤثر بر الگوهای ارتباطی زناشویی می‌باشد و بر اساس یافته‌های پژوهشی، پیش‌بینی‌کننده قوی در مورد کیفیت زندگی و رضایت زناشویی است. (لیچر<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹ م؛ لامبرت<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶ م.) این بعد از سلامتی باعث می‌شود فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد. (گومز<sup>۲۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۳ م.) در یک تعریف جامع می‌توان گفت سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید. (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) در واقع سلامت معنوی آدمیان را بایستی بر مبنای فرایندی از کنش متقابل انسان در جهان هستی و یک قدرت برتر و حاکم قدسی تعریف کرد. در سنجش سلامت معنوی افراد دیدگاه ما نسبت به سلامت معنوی نباید تحت بررسی واقع شود، بلکه در این سنجش باید شناخت‌ها، کنش‌ها، عواطف و ثمرات شخصی افراد مورد بررسی قرار گیرد. (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) سلامت معنوی، تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز مختلف است:

- ۱- چشم‌انداز سلامت مذهبی<sup>۲۶</sup> که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی‌شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است؛
- ۲- چشم‌انداز سلامت وجودی<sup>۲۷</sup> که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند بحث می‌کند و به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود. (الیسون<sup>۲۸</sup>، ۱۹۸۳ م.) در مورد نقش سلامت معنوی در زندگی روزمره می‌توان به دو مطالعه عصارودی و همکاران اشاره کرد که بر اساس نتایج آن‌ها سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی و رضایت از زندگی ارتباط مثبتی دارد. (عصارودی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) ثناگویی و همکاران (۱۳۹۰ ش.) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین پای‌بندی مذهبی و نوع الگوهای ارتباطی زوجها رابطه معناداری وجود دارد و می‌توان از طریق پای‌بندی مذهبی، الگوهای ارتباطی زوجها را پیش‌بینی کرد. شاه و همکاران<sup>۲۹</sup> (۲۰۱۱ م.) و لیتز (۲۰۰۹ م.) در پژوهش خود دریافت که بیشتر زوج‌های دارای سلامت معنوی بالا و مذهبی، نمره‌های بالایی از کیفیت زناشویی گرفته‌اند. لامبرت و دولاهیت (۲۰۰۶ م.) نیز در پژوهشی به بررسی این موضوع پرداختند که مذهب چگونه می‌تواند به پیشگیری، حل و مغلوب‌ساختن تعارض زناشویی کمک کند. نتایج بررسی آن‌ها نشان داد اعتقادات مذهبی می‌تواند در سه جهت: حل تعارض، پیشگیری از وقوع مشکل و آشتی در روابط به فرایند حل تعارض کمک کند. در پژوهشی دیگر کال و هیتون<sup>۳۰</sup> (۱۹۹۷ م.) و ماهونی<sup>۳۱</sup> (۲۰۰۵ م.) در یافته‌های تحقیقی خود نشان دادند که مذهب و معنویت بر پایداری روابط زناشویی مؤثر است و می‌تواند رابطه زناشویی را تقویت نموده و به حل تعارضات زناشویی<sup>۳۲</sup> کمک کند. جدیدی و همکاران (۱۳۹۰ ش.) در پژوهشی نشان دادند که سلامت

معنوی همبستگی معنی‌داری با کیفیت زندگی دارد. غفوری و همکاران (۱۳۹۰) ش. نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که استفاده از روش بخشودگی مبتنی بر درمان‌های معنوی - مذهبی باعث کاهش تعارضات زناشویی می‌شود. سلامت معنوی با فراهم کردن شرایط مناسب برای رشد معنوی و کاهش تأثیر عوامل آسیب‌زای معنوی در زندگی شخصی و در حوزه عمومی نقش مهمی را در ارتباطات زناشویی ایفا می‌کند. به همین علت می‌توان گفت سلامت معنوی می‌تواند اثری مثبت بر الگوهای ارتباطی زناشویی داشته باشد. از مهم‌ترین عوامل و سازوکارهای بالقوه و مفروض بر تأثیرگذاری سلامت معنوی بر پیشگیری از تعارضات زناشویی می‌توان به شبکه‌های اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی و عوامل و سازوکارهای روانی و فیزیولوژیکی اشاره نمود. (عباسیان و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) از این رو این مطالعه با هدف بررسی نقش ابعاد سلامت معنوی در پیش‌بینی الگوهای ارتباطی زناشویی صورت گرفت و بر این اساس فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفته است:

- ۱- سلامت معنوی (مذهبی و وجودی) توان پیش‌بینی الگوهای ارتباطی زوجین را دارد؛
- ۲- سلامت مذهبی در مقایسه با سلامت وجودی نقش بیشتری در پیش‌بینی الگوهای ارتباطی زوجین دارد.

## روش

این مطالعه یک مطالعه مقطعی بوده که جامعه آماری این مطالعه را کلیه معلمان زن متأهل مقطع ابتدایی شهر کرج که تعدادشان ۶۰۰۰ نفر بوده و در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ مشغول به تدریس بودند، تشکیل می‌دهند که با استفاده از

روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و با توجه به جدول مورگان ۳۶۱ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. بدین‌صورت که از هر ناحیه از نواحی چهار آموزش و پرورش شهر کرج با توجه به لیست اسامی مدارس، ۷ مدرسه ابتدایی به شیوه تصادفی ساده انتخاب شده و سپس از میان مدارس انتخاب‌شده کل معلمان زن متأهل حجم نمونه ما را تشکیل دادند.

### ۱- ابزار جمع‌آوری اطلاعات

**پرسشنامه الگوهای ارتباطی:** کریستنس و سالوی در سال ۱۹۸۴ این پرسشنامه را به منظور بررسی الگوهای ارتباطی متقابل زوجها طراحی نمودند. این پرسشنامه ۳۵ سؤال دارد و در یک مقیاس نه درجه‌ای لیکرت از اصلاً امکان ندارد نمره (۱) تا خیلی امکان دارد نمره (۹) درجه‌بندی شده است. این پرسشنامه رفتارهای همسران را در طول سه مرحله از تعارض زناشویی شامل: ۱- هنگامی که مشکلی در روابط زوجها به وجود می‌آید (۴ سؤال)؛ ۲- مدت‌زمانی که درباره مشکل ارتباطی بحث می‌شود (۱۸ سؤال)؛ ۳- بعد از بحث درباره مشکل ارتباطی، (۱۳ سؤال) می‌سجد. پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس: ۱- ارتباط سازنده متقابل<sup>۳۳</sup>؛ ۲- ارتباط اجتناب متقابل<sup>۳۴</sup>؛ ۳- ارتباط توقع/کناره‌گیری<sup>۳۵</sup> است. زیرمقیاس سوم شامل دو قسمت مرد متوقع/زن کناره‌گیر و زن متوقع/مرد کناره‌گیر می‌باشد. نمره بالا در مقیاس سازنده متقابل، بیانگر ارتباط مناسب و نمره‌های پایین نشان دهنده ارتباط نامناسب است، اما نمره بالا در دو مقیاس ارتباط اجتنابی متقابل و توقع/کناره‌گیر، نشان‌دهنده ارتباط نامناسب و نمره پایین نشان‌دهنده ارتباط مناسب است. در ایران، عبادت‌پور (۱۳۷۹ ش.) پرسشنامه فوق را هنجاریابی کرده و به منظور برآورد روایی پرسشنامه، همبستگی این پرسشنامه و پرسشنامه رضایت زناشویی را به دست آورده که نتایج نشان می‌دهد

همه زیرقیاس‌های پرسشنامه با رضایت زناشویی انریچ همبستگی دارد و ضریب آلفای کرونباخ را برای الگوی ارتباط سازنده متقابل  $0/70$  ارتباط اجتناب متقابل  $0/71$  ارتباط توقع/کناره‌گیری  $0/66$  زن توقع/مرد کناره‌گیری  $0/51$  و مرد توقع/زن کناره‌گیری  $0/52$  برآورد نموده است. زارعی و احمدی سرخونی (۱۳۹۱ ش.) نیز پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین  $0/72$  تا  $0/78$  برآورد کرده‌اند. همچنین در پژوهی دیگر ثناگویی و همکاران (۱۳۹۰ ش.) اعتبار مقیاس‌های ارتباط سازنده متقابل، ارتباط اجتنابی متقابل و ارتباط توقع/کناره‌گیر را با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب  $0/54$ ،  $0/68$  و  $0/53$  گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر پایایی این پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. این ضریب برای ابعاد ارتباط سازنده متقابل، ارتباط اجتنابی متقابل، ارتباط توقع/زن/کناره‌گیر مرد، ارتباط توقع/مرد/کناره‌گیر زن و ارتباط توقع/کناره‌گیر به ترتیب  $0/81$ ،  $0/62$ ،  $0/78$ ،  $0/80$ ،  $0/87$  به دست آمد.

**پرسشنامه سلامت معنوی:** این پرسشنامه توسط الیسون و پولوتزین طراحی شده که دارای ۲۰ گویه است که ۱۰ گویه فرد آن سلامت مذهبی و ۱۰ گویه زوج سلامت وجودی را می‌سنجد. بعد سلامت مذهبی شامل چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی خود، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند و بعد سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند، می‌باشد که دامنه نمره سلامت مذهبی وجودی هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ است. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی وجودی سطح‌بندی وجود نداشته و قضاوت بر اساس نمره به دست‌آمده صورت می‌گیرد. هرچه نمره حاصل بالاتر باشد، سلامت مذهبی و وجودی نیز بالاتر است. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. دامنه سؤالات

به صورت ۶ گزینه‌ای در مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی می‌شود. در پایان سلامت معنوی به ۳ سطح، پایین بین ۲۰-۴۰، متوسط بین ۴۱-۹۹ و بالا بین ۱۰۰-۱۲۰ تقسیم‌بندی می‌شود. پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در مطالعه دهشیری و همکاران (۱۳۸۷ ش.) برای خرده مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی و برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۷، ۰/۹۰ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۵ تعیین شد. همچنین جعفری و همکاران (۱۳۹۱ ش.) ضرایب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای خرده‌مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی و برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۵ و ۰/۹۰ به دست آمد.

### یافته‌ها

به منظور نشان‌دادن ارتباط بین متغیرها از روش همبستگی پیرسون که نتایج آن در جدول شماره ۲ و پیش‌بینی متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام که نتایج آن در جداول ۳، ۴ و ۵ مشاهده می‌شود، استفاده شد.

در مطالعه حاضر، ۳۶۱ معلم زن مقطع ابتدایی شهر کرج شرکت کردند. محدوده سن معلمان ۱۹ تا ۵۵ سال و میانگین سنی آنان  $(39/11 \pm 8/82)$  بود. میانگین مدت ازدواج نمونه‌ها برابر با  $(3/28 \pm 1/57)$  بود. ۱۰/۸ درصد دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۳۸٪ کاردانی، ۴۶/۲ درصد کارشناسی و ۵٪ نیز دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد بودند. در بین نمونه‌ها ۱۴/۷ درصد بدون فرزند، ۲۷/۴ درصد دارای یک فرزند، ۴۱/۳ درصد دارای ۲ فرزند، ۱۳/۳ درصد دارای سه

فرزند و ۳/۳ درصد نیز دارای چهار فرزند به بالا بودند. از میان عبارتهای سلامت معنوی، گویه «معتقدم خداوند غیر قابل تجسم است و به من و زندگی روزانه من توجه ندارد» ( $5/39 \pm 1/37$ ) و از گزینههای مربوط به سلامت مذهبی «ارتباط با خداوند در احساس سلامتی من نقش دارد» ( $5/32 \pm 1/32$ ) و گویه «معتقدم هدف خاصی برای زنده‌بودنم وجود دارد» ( $5/14 \pm 1/41$ ) از گزینههای مربوط به سلامت وجودی بالاترین میانگین را کسب کرده‌اند. همچنین از میان عبارتهای الگوهای ارتباطی، گویه «من و همسرم احساس می‌کنیم یکدیگر را در وضعیتهای مختلف درک می‌کنیم» از متغیر الگوی ارتباط سازنده با میانگین ( $6/70 \pm 2/74$ )، گویه «من و همسرم از بحث در مورد مشکل دوری می‌کنیم» از متغیر الگوی ارتباط اجتنابی با میانگین ( $4/74 \pm 3/02$ )، گویه «همسرم سعی می‌کند آشتی کند انگار که هیچ اتفاقی نیفتاده است، در حالی که من فاصله می‌گیرم» از متغیر الگوی ارتباط توقع/کناره‌گیر با میانگین ( $5/05 \pm 3/12$ ) بیشترین میانگین را به خود اختصاص داده‌اند.

بر اساس اطلاعات جدول ۱ در بین الگوهای ارتباطی میانگین الگوی ارتباطی توقع/کناره‌گیر بیشتر از دو بعد دیگر ( $81/70$ ) است و پس از آن به ترتیب بعد ارتباط سازنده متقابل و ارتباط اجتنابی متقابل با میانگین ( $38/44$ ) و ( $19/18$ ) قرار دارند. همچنین در بین ابعاد سلامت معنوی بعد سلامت مذهبی با میانگین ( $51/07$ ) و سلامت وجودی با میانگین ( $45/05$ ) قرار می‌گیرد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که سلامت مذهبی و سلامت وجودی و سلامت معنوی کل، همبستگی مثبت و معناداری با الگوی ارتباطی سازنده دارند، اما با الگوهای ارتباطی اجتنابی و توقع/کناره‌گیر رابطه منفی وجود دارد.

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۳ با استفاده از روش گام‌به‌گام نشان می‌دهد که سلامت مذهبی در گام اول توانسته است ۱۹٪ از تغییرات الگوی ارتباط سازنده را تبیین کند که این مقدار با توجه به آماره  $F$  و سطح معناداری آن ( $F=87/22$  و  $P<0/001$ ) معنادار می‌باشد. در این جدول مقادیر  $B$  و  $\beta$  نیز به ترتیب نشان‌دهنده ضرایب رگرسیونی غیر استاندارد و استاندارد می‌باشد که تأثیر متغیر پیش‌بین در معادله رگرسیونی را نشان می‌دهد. بر این اساس میزان بتا نشان می‌دهد که سلامت مذهبی اثر مثبت در معادله رگرسیونی داشته و این تأثیر با توجه به آماره  $T$  در سطح  $P<0/001$  معنادار می‌باشد. در گام دوم سلامت مذهبی با سلامت وجودی وارد معادله رگرسیونی شدند که این دو متغیر با هم ۲۱٪ از واریانس الگوی ارتباط سازنده تبیین می‌کنند که این میزان به لحاظ آماری معنادار می‌باشد ( $F=85/44$  و  $P<0/001$ ). مقادیر بتا در این گام نشان می‌دهند که سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ضریب تأثیر ۰/۳۹ و ۰/۱۷ در معادله داشته‌اند که معنادار می‌باشند ( $P<0/001$ ).

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۴ با استفاده از روش گام‌به‌گام نشان می‌دهد که سلامت مذهبی در گام اول توانسته است ۱۳٪ از تغییرات الگوی ارتباط اجتنابی را تبیین کند که این مقدار با توجه به آماره  $F$  و سطح معناداری آن ( $F=57/85$  و  $P<0/001$ ) معنادار می‌باشد. در این جدول مقادیر  $B$  و  $\beta$  نیز به ترتیب نشان‌دهنده ضرایب رگرسیونی غیر استاندارد و استاندارد می‌باشد که تأثیر متغیر پیش‌بین در معادله رگرسیونی را نشان می‌دهد. بر این اساس میزان بتا نشان می‌دهد که سلامت مذهبی اثر منفی در معادله رگرسیونی داشته و این تأثیر با توجه به آماره  $T$  در سطح  $P<0/001$  معنادار می‌باشد. در گام دوم سلامت مذهبی با سلامت وجودی وارد معادله رگرسیونی شدند که این دو متغیر با هم

۱۷٪ از واریانس الگوی ارتباط اجتنابی تبیین می‌کنند که این میزان به لحاظ آماری معنادار می‌باشد ( $F=54/40$  و  $P<0/001$ ). مقادیر بتا در این گام نشان می‌دهند که سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ضریب تأثیر  $0/33-$  و  $0/13-$  در معادله داشته‌اند که معنادار می‌باشند ( $P<0/001$ ).

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۵ با استفاده از روش گام به گام نشان می‌دهد که سلامت مذهبی در گام اول توانسته است  $8/٪$  از تغییرات الگوی ارتباطی توقع/کناره‌گیر را تبیین کند که این مقدار با توجه به آماره  $F$  و سطح معناداری آن ( $F=33/89$  و  $P<0/001$ ) معنادار می‌باشد. در این جدول مقادیر  $B$  و  $\beta$  نیز به ترتیب نشان‌دهنده ضرایب رگرسیونی غیر استاندارد و استاندارد می‌باشد که تأثیر متغیر پیش‌بین در معادله رگرسیونی را نشان می‌دهد. بر این اساس میزان بتا نشان می‌دهد که سلامت مذهبی اثر منفی در معادله رگرسیونی داشته و این تأثیر با توجه به آماره  $T$  در سطح  $P<0/001$  معنادار می‌باشد. در گام دوم سلامت مذهبی با سلامت وجودی وارد معادله رگرسیونی شدند که این دو متغیر با هم  $10٪$  از واریانس الگوی ارتباطی توقع/کناره‌گیر تبیین می‌کنند که این میزان به لحاظ آماری معنادار می‌باشد ( $F=21/80$  و  $P<0/001$ ). مقادیر بتا در این گام نشان می‌دهند که سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ضریب تأثیر  $0/25-$  و  $0/14-$  در معادله داشته‌اند که معنادار می‌باشند ( $P<0/001$ ).

### نتیجه‌گیری

در این مطالعه نقش ابعاد سلامت معنوی در پیش‌بینی الگوهای ارتباطی زناشویی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج این مطالعه، سلامت معنوی (کل) و ابعاد سلامت معنوی (مذهبی و وجودی) رابطه مثبت و معناداری با الگوی ارتباطی سازنده و رابطه منفی با الگوهای ارتباطی اجتنابی و توقع/کناره‌گیر داشت. همچنین توان پیش‌بینی انواع الگوهای ارتباطی زناشویی را دارند. از این رو فرضیه اول این مطالعه تأیید می‌شود. این یافته‌ها با نتایج مطالعات شاه و همکاران، (۲۰۱۱ م.) ثناگویی و همکاران، (۱۳۹۰ ش.) لامبرت و دولاهیت، (۲۰۰۶ م.) شرام<sup>۳۶</sup>، (۱۹۸۰ م.) جدیدی و همکاران (۱۳۹۰ ش.) و زارعی و احمدی سرخونی (۱۳۹۱ ش.) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که معنویت موجب دادن هادی، در تصمیم‌گیری‌ها و فشارها می‌گردد، برای معتقدین خود حمایت اجتماعی در جنبه‌های انسانی فراهم می‌کند، مثبت‌نگری و خوش‌بینی ایجاد کرده، احساس تسلط‌داشتن، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس‌ها و مشکلات را می‌افزاید که تمام این موارد از پیامدهای دینداری و گرایش به زندگی معنوی است که سلامت معنوی پیامدهای مثبت مهمی در روابط زندگی، به ویژه الگوهای مراوده‌ای و کیفیت زندگی زناشویی دارد. طبق همین مکانیسم راهنمایی در تصمیم‌گیری‌ها به زوجین کمک می‌کند که در صورت مواجهه‌شدن با مشکلات ارتباطی به جای این‌که از مشکل اجتناب کرده و از حل آن عاجز بمانند بر تصمیم بر حل مشکل ارتباطی خود اهتمام لازم را بورزند و با برخورداری از ویژگی پذیرش و تحمل ناملایمات و سازگاری با استرس‌هایی که در الگوهای مراوده‌ای آنان ایجاد می‌شود به دلیل برخورداری از ویژگی شناسایی راه حل اصولی و درست به طور قابل توجهی از ناسازگاری در ارتباطاتشان اجتناب کنند و الگوی ارتباطی سازنده‌ای را

در روابط زناشویی خود بکار بندند. (ثناگویی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) به عبارتی مذهب و معنویت بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است و طبق نظر فیشر (۲۰۱۰ م.) سلامت معنوی یکی از ابعاد بنیادین سلامت و بهزیستی و نیروی هماهنگ کننده و تکمیل کننده سایر ابعاد انسان از جمله ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و هیجانی است. طبق نظر گومز و فیشر (۲۰۰۳ م.) فرد دارای سلامت معنوی، احساس هویت، کمال، رضایت مندی از روابط، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش و توازن درونی می کند. برخورداری از این ویژگی ها به زوجین کمک می کند که در تعاملات زناشویی خویش به نحو احسن نقش خویش را ایفا کرده و از روابط خود نهایت رضایت مندی را کسب نمایند. نتیجه برخورداری از سلامت معنوی، رسیدن به آرامش درونی و احساس راحتی و ارتباط بین فردی رضایت بخش است و عدم وجود آن، با احساس پوچی، عدم احساس رضایت و بی معنا بودن زندگی و در نتیجه ارتباطات ناکارآمد و کیفیت زناشویی پایین همراه است. پژوهش های مختلف نشان داده اند افرادی که از سلامت معنوی بالایی برخوردارند، به هنگام مواجهه با آسیب ها و مشکلات، عملکرد بهتری دارند. همچنین سلامت معنوی، با تأثیر بر فرایندهای فکری باعث می شود حتی در صورت بروز اختلافات زناشویی و تعارضات، زوجها بتوانند مشکلات خود را در یک فضای عاری از تنش حل کنند و در نتیجه باعث افزایش رضایت مندی زناشویی شود. بر اساس نتایج به دست آمده در تحلیل رگرسیون بررسی میزان بتا (جدول ۳) نشان داد که سلامت مذهبی در مقایسه با سلامت وجودی بیشترین مشارکت و نقش را در پیش بینی مثبت و معنادار الگوی ارتباط سازنده ( $\beta = 0/39$  و  $p < 0/01$ ) و پیش بینی منفی و معنادار الگوی ارتباطی اجتنابی ( $\beta = -0/33$  و  $p < 0/01$ ) و الگوی ارتباطی توقع/کناره گیر ( $\beta = -0/25$  و  $p < 0/01$ ) دارد. نتایج این یافته ها نشان می دهد که

سلامت مذهبی زوجها نسبت به سلامت وجودی آنها به طور کلی بالاتر است و نقش بیشتری را در تبیین واریانس انواع الگوهای ارتباطی (سازنده، اجتنابی و توقع/کناره‌گیر) داشته است. از این رو فرضیه دوم این مطالعه نیز تأیید می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به فرهنگ کشورمان و این‌که مردم ایران با توجه به بافت فرهنگی جامعه، مردمی مذهبی و از عقاید و باورهای فرهنگی غنی برخوردارند و در ارتباط با خداوند و وجودی مقدس به او اعتقاد دارند و در خیلی از مشکلات و حوادث زندگی به خداوند تمسک می‌جویند و این‌که نوع آموزه‌های دینی که مردم ما دریافت می‌کنند، در حوزه سلامت مذهبی قرار می‌گیرد، مفاهیم این حوزه برای آنها آشناتر است. مثلاً افراد با انجام اعمالی مانند نماز، روزه، دعا و با شرکت در مراسم‌های مختلف مذهبی و بهره‌مندی از کتاب‌ها و آموزه‌های دینی از حوزه‌های مختلف مذهبی حمایت دریافت می‌کنند. پس در نتیجه سلامت مذهبی در مقایسه با سلامت وجودی پیش‌بینی‌کننده بهتری از الگوهای ارتباطی می‌باشد. ارتباط سازنده متقابل، نشان از وحدت زوجین در تعامل با همدیگر دارد. زن و شوهر با کمک همدیگر برای رفع مشکلات و عیب‌پوشی همدیگر تلاش دارند، به سرزنش یا تحقیر و ملامت یکدیگر نمی‌پردازند و در تعامل با همدیگر برای حل مسائل، مشارکت دارند. باور با اعتقادات دینی و رعایت آموزه‌های اخلاقی اسلام، به زن و شوهر کمک می‌کند که در روابط زناشویی خود چنین تعاملی را داشته باشند. الگوی ارتباطی توقع/کناره‌گیر که حاکی از سرزنش و ملامت، گله و شکایت زوجین از همدیگر است نیز به شدت از نظر دیدگاه تربیتی اسلام منفور است. از نظر اسلام همه انسان‌ها محترم و زن و مرد نزد خداوند ارزش یکسانی دارند. بنابراین تحقیر یا سرزنش همسر به هیچ‌وجه جایز نیست، به طوری که در قرآن کریم تمسخر و استهزا به شدت نهی شده است.

تمسخر و استهزا صمیمیت بین زوجین را از بین می‌برد و میزان رضایت زناشویی آنان را کاهش می‌دهد. در مطالعات مشابه و نزدیک به مطالعه حاضر، این یافته با تحقیقات امی و پارک<sup>۳۷</sup>، (۲۰۰۷ م.) بالجانی و همکاران، (۱۳۹۰ ش.) ثناگویی و همکاران (۱۳۹۰ ش.) همسو است و با نتایج مطالعات روبین و همکاران<sup>۳۸</sup> (۲۰۰۹ م.) و اله‌بخشیان و همکاران (۱۳۸۹ ش.) که نشان دادند سلامت وجودی در مقایسه با سلامت مذهبی همبستگی بیشتری با کیفیت زندگی بیماران دارد ناهمخوان است که دلیل آن می‌تواند تفاوت در نمونه‌های پژوهش باشد به طوری که مطالعه حاضر بر روی معلمان، اما این پژوهش‌ها بر روی بیماران مبتلا به سرطان<sup>۳۹</sup> و مولتیپل اسکلروزیس<sup>۴۰</sup> انجام شد که با توجه به شرایط این بیماران و دغدغه آن‌ها در زمینه بیماری‌شان و پرداختن در زمینه سلامت وجودی و معناخواهی دور از انتظار نیست.

با مرور مطالعات مختلف در این زمینه، می‌توان نتیجه گرفت که اثرگذاری دین بر ارتباطات زوجین، به ماهیت و حقیقت دین برمی‌گردد، زیرا دین یک نیروی روانشناختی است که می‌تواند روی نتایج زندگی انسانی تأثیر گذارد. در حقیقت اسلام با آموزه‌های اعتقادی، اخلاقی و فقهی، مدلی را برای روابط همسران تبیین می‌کند که با آگاهی و رعایت این آموزه‌ها از طرف همسران، ارتباط سازنده متقابل بیشتر بین آن‌ها برقرار می‌شود. اصل و اساس اسلام، توحید و یگانگی خداوند متعال است. اعتقاد به یگانگی و قدرت بی‌نهایت و اراده مؤثر او که فوق همه اراده‌هاست به یکپارچگی و انسجام شخصیت زوجین کمک می‌کند. وقتی همسری معتقد باشد به این که تمام رویدادها و حوادث از سوی خداست، رزق به دست اوست، مصلحت و خیر امور توسط او رقم می‌خورد، در برابر بسیاری از حوادث زندگی که موجب فشارهای روانی شده و مانع از برقراری ارتباط سازنده می‌شود،

مقاومت می‌کند و با توکل بر خداوند، صبوری، مدارا، بخشش، تقواورزیدن، قناعت‌ورزی، رعایت حقوق متقابل یکدیگر و تدبیر صحیح برای حل مشکلات، اقدام می‌کند و به سرزنش و مقصر دانستن دیگری یا جلوگیری از ارتباط برقرارکردن نمی‌پردازد. در واقع مذهب، دستورات و استانداردهایی برای زندگی خانوادگی فراهم می‌کند. التزام عملی به وظایف دینی و اخلاقی از سوی زوجین پایبند به مذهب می‌تواند در چگونگی الگوی ارتباطی آن‌ها تأثیر مهمی داشته باشد؛ بدین‌گونه که زوجین مؤمن خود را موظف به انجام دستورات دینی و اخلاقی دانسته و اعتقاد دارند که در صورت انجام‌دادن تکالیفشان به خدای خویش نزدیک‌تر شده، رحمت او را به سمت خود جذب می‌کنند و در صورت انجام‌ندادن و سرکشی‌کردن از وظایفشان از خدای خویش دور شده، زمینه غضب او را فراهم می‌کنند. برای مثال، خانمی که می‌داند رضای الهی در پرتو اطاعت از شوهر است از همسرش اطاعت می‌کند تا نماز و سایر عبادات او نیز در این راستا از بین نرود. یا شوهری که می‌داند که رضای الهی در پرتو مدارانمودن با همسرش، معاشرت نیکو با او و رعایت حقوق او محقق خواهد شد، سعی می‌کند که روابط خود را به این سمت سوق دهد. (ثناگویی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) بر اساس نتایج این مطالعه، می‌توان به اهمیت نقش باورهای مذهبی در زندگی زناشویی و ارتباطات زوج‌ها به عنوان عامل مهمی برای مقابله با اختلافات و تعارضات در زمینه الگوهای ارتباطی پی برد. در واقع مذهب منابع مهم قدرت و حمایت در تمام دوران زندگی بوده و جهت خروج از شرایط بحرانی و تنش‌زا کمک‌کننده است.

### سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از آموزش و پرورش استان البرز و نواحی چهارگانه کرج و به خصوص از معلمان گرامی که در این تحقیق با ما همکاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات زوجها در الگوهای ارتباطی زناشویی و ابعاد

سلامت معنوی

| متغیر                        | میانگین | انحراف استاندارد | فراوانی |
|------------------------------|---------|------------------|---------|
| الگوی ارتباط سازنده متقابل   | ۳۸/۴۴   | ۱۲/۱۳            | ۳۶۱     |
| الگوی ارتباط اجتناب متقابل   | ۱۹/۱۸   | ۹/۰۶             | ۳۶۱     |
| الگوی ارتباط توقع/کناره گیری | ۸۱/۷۰   | ۳۲/۵۴            | ۳۶۱     |
| سلامت مذهبی                  | ۵۱/۰۷   | ۹/۳۹             | ۳۶۱     |
| سلامت وجودی                  | ۴۵/۰۵   | ۱۰/۶۱            | ۳۶۱     |
| نمره کل سلامت معنوی          | ۹۶/۱۳   | ۶۰/۱۸            | ۳۶۱     |

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین ابعاد سلامت معنوی و الگوهای ارتباطی زناشویی

| متغیر                  | ۱      | ۲      | ۳      | ۴      | ۵      | ۶ |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| ارتباط سازنده          | ۱      |        |        |        |        |   |
| ارتباط اجتنابی         | **۰/۳۰ | ۱      |        |        |        |   |
| ارتباط توقع/کناره گیری | **۰/۱۷ | **۰/۶۶ | ۱      |        |        |   |
| سلامت مذهبی            | **۰/۴۴ | **۰/۳۷ | **۰/۲۹ | ۱      |        |   |
| سلامت وجودی            | **۰/۳۱ | **۰/۲۲ | **۰/۲۱ | **۰/۷۲ | ۱      |   |
| سلامت معنوی (کل)       | **۰/۴۱ | **۰/۳۲ | **۰/۲۷ | **۰/۹۳ | **۰/۹۲ | ۱ |

\*\* p<۰/۰۱

جدول ۳: تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی الگوی ارتباطی سازنده متقابل زوجها  
توسط ابعاد سلامت معنوی

| گام | پیش‌بین     | R    | R <sup>2</sup> | F     | $\beta$ | B    | T    | P     |
|-----|-------------|------|----------------|-------|---------|------|------|-------|
| ۱   | سلامت مذهبی | ۰/۴۴ | ۰/۱۹           | ۸۷/۲۲ | ۰/۴۴    | ۰/۲۷ | ۹/۳۴ | ۰/۰۰۱ |
| ۲   | سلامت مذهبی | ۰/۴۷ | ۰/۲۱           | ۸۵/۴۴ | ۰/۳۹    | ۰/۲۵ | ۸/۲۱ | ۰/۰۰۱ |
| ۳   | سلامت وجودی | ۰/۴۷ | ۰/۲۱           | ۸۵/۴۴ | ۰/۰۷    | ۰/۱۱ | ۴/۰۱ | ۰/۰۰۱ |

جدول ۴: تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل زوجها  
توسط ابعاد سلامت معنوی

| گام | پیش‌بین     | R     | R <sup>2</sup> | F     | $\beta$ | B     | T     | P     |
|-----|-------------|-------|----------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| ۱   | سلامت مذهبی | -۰/۳۷ | ۰/۱۳           | ۵۷/۸۵ | -۰/۳۷   | -۰/۳۱ | -۷/۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| ۲   | سلامت مذهبی | ۰/۴۱  | ۰/۱۷           | ۵۴/۴۰ | -۰/۳۳   | -۰/۲۹ | -۸/۱۸ | ۰/۰۰۱ |
| ۳   | سلامت وجودی | ۰/۴۱  | ۰/۱۷           | ۵۴/۴۰ | -۰/۱۳   | -۰/۱۱ | -۵/۸۵ | ۰/۰۰۱ |

جدول ۵: تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی الگوی ارتباطی توقع/کناره‌گیر زوجها  
توسط ابعاد سلامت معنوی

| گام | پیش‌بین     | R    | R <sup>2</sup> | F     | $\beta$ | B     | T     | P     |
|-----|-------------|------|----------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| ۱   | سلامت مذهبی | ۰/۲۹ | ۰/۰۸           | ۳۳/۸۹ | -۰/۲۹   | -۰/۴۹ | -۵/۸۲ | ۰/۰۰۱ |
| ۲   | سلامت مذهبی | ۰/۳۲ | ۰/۱۰           | ۲۱/۸۰ | -۰/۲۵   | -۰/۴۱ | -۴/۵۸ | ۰/۰۰۱ |
| ۳   | سلامت وجودی | ۰/۳۲ | ۰/۱۰           | ۲۱/۸۰ | -۰/۱۴   | -۰/۲۴ | -۲/۷۰ | ۰/۰۰۱ |

پی‌نوشت‌ها

1. CPQ
2. SWBS
3. Goldenberg & Goldenberg
4. Zarnaghash & Zarnaghash
5. Marital communication
6. Couple
7. Trenholm & Yensen
8. Weeks & Treat
9. Stress
10. Boundaries
11. Triangulation
12. Fowers & Olson
13. Heavy, Larson & Christensen
14. Long & Yang
15. Marital satisfaction
16. Settir
17. Marital quality
18. Ledbetter
19. Glasser
20. Gottman
21. Charnia & Ickes
22. Spiritual
23. Lichter & Carmalt
24. Lambert & Dollahite
25. Gomez & Fisher
26. Religious health
27. Existential health
28. Ellison
29. Shah, Kulhara, Grover, Kumar, Malhotra & Tyagi
30. Call & Heaton
31. Mahoney
32. Marital conflict
33. Mutual constructive communication
34. Avoid relationship

35. Related demand/ withdraw
36. Shrum
37. Amy & Park
38. Robin, Dodd & Desai
39. Cancer
40. Multiple sclerosis

#### فهرست منابع

- Abbasi, M. Azizi, F. Shamsikoshki, E. Naseri Rad, M. Akbari, M. (2012). Conceptual and operational definition of spiritual health: a methodological study (Persian). *Journal of Medical Ethics*. 6(20):12-47.
- Abbasian, L. Abbasi, M. Shamsi Koushki, E. Memariani, Z. (2010). Check the status of spiritual health and its role in disease prevention: a pilot study (Persian). *Journal of Medical Ethics*. 4(14): 84-104.
- Allahbakhshian, M. Jafarpouralavi, M. Parvizy, S. Haghany, H. (2010). Relationship between spiritual well-being and quality of life in patients with multiple sclerosis (Persian). *Journal of Zahedan Information Sciences*. 3: 29-33.
- Amy, AI. Park, CL. (2007). Psychosocial Mediation of Religious Copying Styles. *Pers Soc Psychol Bull*. 33(6): 867-82.
- Asadi, M. (2009). *Effect of short-term group therapy Settir communication patterns of couples*. University of Trbyat moalem. 20-40.
- Assar Rudy, A. Golafshany, A. Akabery, SA. (2011). Relationship between spiritual well-being and quality of life in nursing. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 3(4): 79-88.
- Baiy, R. Baiy, F. (2011). *Psychology of human relations*. Tehran: Danzheh Publication. 1-30.
- Baljany, E. Kheshabi, J. Amanpour, E. Azimi, N. (2011). The relationship between spiritual health, faith and hope in patients with cancer.

*Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Life).* 17(3): 27-37.

Call, VR. Heaton, TB. (1997). Religious influence on marital stability. *Journal for the Scientific Study of Religios.* 36: 382-92.

Charnia, MR. Ickes, W. (2007). Predicting marital satisfaction: Social absorption and inidividuation versus attachment anxiety and avoidance. *Personal Relationships.* 14: 187-208.

Christensen, A. Shenk, JL. (1991). Communication, conflict and psychological distance in non distressed, clinic and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 59: 458-63.

Dehshiri, GR. Sohrabi, F. Jafari, I. Najafi, M. (2008). Examine the psychometric properties of the scale of spiritual well-being among college students. *Journal of Psychological Studies.* 16: 129-45.

Ebadat Pour, B. (2000). *Normalization questionnaire marital patterns in Tehran in 1999-2000.* Tehran: University of Trbyat moalem. 22-50.

Ellison, CW. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Psycholo Theol.* 11(4): 30-40.

Fernsler, JI. Klemm, P. Miller, MA. (2012). Spiritual wellbeing and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing.* 22: 134-40.

Fisher, J. (2010). *Development and application of a spiritual well-being questionnaire called shalom religions.* 1: 105-21.

Fowers, BJ. Olson, DH. (1992). four types of premarital couples: An empirical typology based on prepare. *Journal of Family Psychology.* 6: 10-21.

Ghafouri, S. Hassan Abadi, H. Mahram, B. Ghanbari Hashemabady, BA. (2011). Study the effects of Forgiveness Method based on therapies spiritual-religious inreduce marital conflict. *Journal of Modern Psychological Studies.* 6(24): 123-42.

- Glading, S. (2007). *Family Therapy*. Translated by Farshad Bahari, Badri Sadat Bahrami, Susan Seif and Mostafa Tabrizi. Tehran: Tazkieh Publication. 10-20.
- Glasser, W. (2005). *Choice Theory (A New Psychology of Personal Freedom)*. Translation Mehrdad Firoz Bakht. First edition. Tehran: Rasa Publication. 23-4.
- Goldenberg, I. Goldenberg, H. (2013). *Family Therapy*. Translated by HamidReza Hassan shahi, Siamak Naghshband and Elham Arjomand. Tehran: Ravan Publication. 10.
- Gomez, R. Fisher, JW. (2003). Domains of the Spiritual well-being and development and validation of the Spiritual well-being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 35: 1975-91.
- Gottman, JM. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of Family Psychology*. 7: 57-75.
- Heavy, CL. Larson, B. Christensen, A. (1996). The communication patterns questionnaire: The reliability and validity of a constructive communication subscale. *Journal of Marriage and Family*. 63: 797-801.
- Jadidi, A. Farahaninia, M. JohnMohammadi, S. Haqqani, H. (2011). The relationship between spiritual well-being and quality of life of elderly nursing home residents Kahrizak. *Iran Journal of Nursing*. 24(49): 27-55.
- Jafari, I. Hajilo, N. Faghani, R. Khazan, K. (2012). Relationship between spiritual well-being and psychological hardiness and mental health nursing. *Journal of Behavioral Sciences*. 10(6): 431-40.
- Lambert, NM. Dollahite, DC. (2006). How religiosity helps couples prevent, resolve, and overcome marital conflict. *Family Relations*. 55: 439-49.
- Ledbetter, MA. (2009). Family communication patterns and relational maintenance behavior: Direct and mediated association with friendship closeness. *Human Communication Research*. 35(1): 130-47.

- Lichter, DT. Carmalt, JH. (2009). Religions and marital quality among low-income couples. *Social Science Research*. 38(1): 168-87.
- Long, L. Yang, M. (2012). *Couple Counseling and Therpy*. Translated by Ali Mohammad Nazariy, Javad Khodadadi, Masoud Asadi, Kobra Namvaran and Hossein Sahebdel. Tehran: Avay noor Publication. 18.
- Mahoney, A. (2005). Religion and conflict in marital and parent-child relationship. *Journal of Social Issues*. 61(4): 689-706.
- Minoochin, S. (2013). *Family and Family Therapy*. Translated by Bagher Sanaei. Tehran: Amirkabir Publication. 87.
- Rasouli, M. (2001). *The relationship between communication patterns and woman or husband universities in Tehran and communication patterns of their parents*. Tehran: University of Tarbyat moalem. 20-50.
- Robin, D. Dodd, M. Desai, N. (2009). Spirituality in well and ill adolescents and their parents: the use of two assessment scales. *Pediatr Nurse*. 35(1): 37-42.
- Sanagoi, M. Johnbozorgi, M. Mahdavian, AR. (2011). Relationship between religious commitment and communication patterns of couples. *Journal of Psychology of Religion*. 4(4): 103-20.
- Settir, V. (2012). *People Making in Familypsychology*. 6<sup>th</sup> ed. Translated by Behrouz Birashk. Tehran: Roshd Publication. 1-15.
- Shah, R. Kulhara, P. Grover, S. Kumar, S. Malhotra, R. Tyagi, SH. (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research*. 190: 200-5.
- Shrum, W. (1980). Religion and Marital Instability: Change in 1970s?. *Review of Religious Research*. 21(2): 135-47.
- Trenholm, S. Yensen, A. (1996). *Interpersonal Communication*. New York: wads worth publishing company. 254-5.

Weeks, GR Treat, SR. (2001). *Couples in Treatment Teaching and Practice*. NP Eption. 9-10.

Zareiy, E. Ahmadi Sorkhooni, T. (2012). Spiritual intelligence as predictors of marital satisfaction and communication patterns of couples Counseling Centers of Bandar Abbas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2(2): 101-16.

Zarnaghash, M. Zarnaghash, M. Zarnaghash, N. (2013). The Rrlationship between Family Communication Patterns and Mental Health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 84: 405-10.

#### یادداشت شناسه مؤلفان

**محمود بهرامی:** دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.  
(نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: bahrami201367@gmail.com

**رضا بابایی:** دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

**آرزو فروهر:** کارشناس ارشد رشته مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

**علی محمد نظری:** دانشیار بخش مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

**کیانوش زهراکار:** استادیار بخش مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

## Role of spiritual health dimensions in explaining wedlock communicative patterns between women teachers in Karaj

Mahmoud Bahrami

Reza Babaei

Arezoo Foruohar

Ali Mohammad Nazari

Kianoush Zahrakar

### Abstract

**Background:** the aim of present study was to investigate the role of spiritual health dimensions in explaining wedlock communicative patterns between women teachers in Karaj

**Methods:** The sample consisted of 361 primary school women teachers in Karaj city who were teaching in the 92-93 school year which completed marital communication patterns of Christensen & Sullaway (CPQ) and Ellison spiritual health and Pvlvtzyn (SWBS) questionnaires. For data analysis, the mean and standard deviation of the descriptive statistics and inferential statistics of the Pearson correlation and multiple regression by Spss20 were used.

**Results:** The findings show that the spiritual health (total) have positive and significant relationship with marital constructive communication pattern ( $p < 0/01$ ), but had significant negative relationship with avoidance and demand / retiring communication patterns. The results also showed spiritual health dimensions can predict marital communication patterns (manufacturer, avoidance and demand/retiring). The results of the regression analysis showed that the religious health in compared with existential health have the greatest role in predicting positive and significant ( $p < 0/01$ ) constructive communication pattern and predicting negative and significant ( $p < 0/01$ ) communication patterns avoidance and demand / retiring.

**Discussion & Conclusion:** Base of the results of this study we can understand the role of religious belief and spirituality in marriage and couple relationships primary school women teachers in the city of

Karaj as an important factor to combat with disputes and conflicts on the communication patterns.

**Keywords**

Marital Patterns, Spiritual Health, Primary School Teachers