

نقش ابعاد سلامت معنوی در پیش بینی الگوهای ارتباطی زناشویی معلمان زن مقطع ابتدایی شهر کرج

محمود بهرامی^{۱*}، رضا بابایی^۱، آرزو فروهر^۲، علی محمد نظری^۲، کیانوش زهراکار^۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۹/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: در بیشتر مواقع، علت ناراضی زناشویی کمبود، مهارت‌های ارتباطی سالم در بعضی از زوجین است، یکی از عوامل تاثیر گذار بر الگوهای ارتباطی زوج‌ها میزان سلامتی است؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش ابعاد سلامت معنوی در پیش بینی الگوهای ارتباطی زناشویی انجام شد.

روش بررسی: نمونه پژوهش، شامل ۳۶۱ نفر از معلمان زن مقطع ابتدایی شهر کرج که در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ مشغول به تدریس بودند، می‌باشند که به تکمیل پرسشنامه‌های الگوهای ارتباطی زناشویی کریستنسن و سالاوی (CPQ) و پرسشنامه سلامت معنوی ایسون و پولوتزین (SWBS) پرداختند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون رگرسیون چند متغیره و از طریق نرم‌افزار SPSS ۲۰ 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 پیش بینی 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.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش، می‌توانیم به اهمیت نقش باورهای مذهبی و معنویت 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 پی‌برد.

واژگان کلیدی: الگوهای ارتباطی زناشویی، سلامت معنوی، معلمان مقطع ابتدایی.

مقدمه

خانواده کارآمد است (۳). در این بین، ارتباط زناشویی به عنوان طولانی‌ترین و عمیق‌ترین نوع ارتباط همواره مورد توجه بوده و عبارت است از فرآیندی که در طی آن زن و شوهر چه به صورت کلامی در قالب گفتار و چه به صورت غیرکلامی در قالب گوش دادن، مکت کردن، 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 (۴). تحقیقات نشان داده است که ارتباط باز، مداوم و روشن، یکی از ویژگی‌های اساسی خانواده‌هایی است که سالم و روشن‌اند. خانواده‌ای که اعضای آن ارتباط صحیح با یکدیگر برقرار می‌کنند بهتر می‌توانند مسائل خود را حل کنند و رضایت بیشتری از ارتباط خوددارند (۵). ارتباط زناشویی می‌تواند دست‌مایه شادی یا منبع بزرگ رنج و تألم باشد. ارتباط، به زن و

خانواده سیستم ارتباطی منحصر به فردی است که با روابط دوستی و کاری متفاوت است. ورود به چنین سیستم ارتباطی سازمان‌یافته‌ای، صرفاً از طریق تولد یا ازدواج صورت می‌گیرد. ارزش اصلی خانواده، حاصل شبکه روابطی است که توسط اعضای آن به وجود آمده است (۱). ارتباطات در میان اعضای خانواده همواره به عنوان جنبه‌ای از روابط اصلی بین فردی برای تحقق بخشیدن به پویایی روابط خانوادگی در نظر گرفته می‌شود (۲). به طوری که می‌توان گفت: ارتباط مؤثر، سنگ زیربنای

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

(نویسنده مسؤل) Email: bahrami201367@gmail.com

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۳. گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

شوهر این امکان را می‌دهد که با یکدیگر به بحث و تبادل نظر بپردازند و مشکلاتشان را حل کنند، زوج‌هایی که نتوانند با یکدیگر ارتباط برقرار کنند، در یک وضعیت نامشخص قرار می‌گیرند (۶). در بیشتر مواقع علت نارضایتی زناشویی، کمبود مهارت‌های ارتباطی سالم در بعضی از زوجین است (۷). احمد علون آبادی و فاتحی زاده (۸)، در پژوهشی دریافتند که بیش‌ترین میزان همبستگی بین رابطه سازنده متقابل رضایت‌مندی زناشویی در زوج‌ها است. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده است که ارتباط زناشویی کارآمد، پیش‌بینی کننده قوی کیفیت زناشویی (۹) و در مقابل ارتباط زناشویی ناکارآمد، سرچشمه عمده نارضایتی است (۱۰). گاتمن (۱۱) 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 (۱۲). 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 (۱۳). 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 مرادده‌ای آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۱۴) پژوهش‌ها نشان داده است که عوامل مختلفی در شکل‌گیری الگوهای ارتباطی مؤثر خواهد بود (۱۳). یکی از مسائل تأثیرگذار بر الگوهای ارتباطی زوج‌ها، وضعیت سلامتی است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی یکی از ابعاد سلامت، سلامت معنوی است (۱۵)، در واقع بعد معنوی سلامت از جمله عوامل مؤثر بر الگوهای ارتباطی زناشویی می‌باشد و یک متغیر اساسی در درک عملکرد زناشویی است و بر اساس یافته‌های پژوهشی، پیش‌بینی کننده قوی در مورد کیفیت زندگی و رضایت زناشویی است (۱۶-۱۷). این بعد از سلامتی باعث می‌شود که فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد (۱۸). 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 (۱۹). سلامت معنوی، تجربه معنوی انسان در دو چشم انداز مختلف است: الف- چشم انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی شان، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است، ب- چشم انداز سلامت وجودی 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 (۲۰). در مورد نقش سلامت معنوی در زندگی روزمره می‌توان به دو مطالعه عصار رودی و همکاران اشاره کرد که بر اساس نتایج آن‌ها سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی و رضایت از زندگی ارتباط مثبتی دارد (۲۱). ثناگویی و همکاران (۱۳) 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 (۲۲) و لیچر (۱۶) در پژوهش خود دریافت که بیشتر زوج‌های دارای سلامت معنوی بالا و مذهبی، نمره‌های بالایی از کیفیت زناشویی گرفته‌اند. لامبرت و دولاهیت (۱۷) نیز در پژوهشی به بررسی این موضوع پرداختند که مذهب چگونه می‌تواند به پیشگیری، حل و مغلوب ساختن تعارض زناشویی کمک کند. نتایج بررسی آن‌ها نشان داد که 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 (۲۳) و ماهونی (۲۴) در یافته‌های تحقیقی خود نشان دادند که مذهب و معنویت بر پایداری روابط زناشویی مؤثر است و می‌تواند رابطه زناشویی را تقویت نماید و به حل تعارضات زناشویی کمک کند. جدیدی و همکاران (۱۵) در پژوهشی نشان دادند که سلامت معنوی، همبستگی معنی‌داری با کیفیت زندگی دارد. غفوری و همکاران (۲۵) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که استفاده از روش بخشودگی مبتنی بر درمان‌های معنوی- مذهبی باعث کاهش تعارضات زناشویی می‌شود. سلامت معنوی نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ کرده و جهت‌سازگاری با شرایط زندگی لازم است. وقتی سلامت معنوی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی، مانند احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. در واقع، اگر فرد چراهای زندگی خود را بداند، می‌تواند با هر چگونگی بسازد (۲۶). در نتیجه می‌توان گفت، 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 ساز و کارهای بالقوه و مفروض بر تأثیرگذاری سلامت معنوی بر پیشگیری از تعارضات زناشویی می‌توان به شبکه‌های اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی و عوامل و ساز و کارهای روانی و فیزیولوژیکی اشاره نمود (۲۷). در واقع، مزیت عمده بررسی نقش سلامت معنوی بر الگوهای ارتباطی زناشویی افزایش ارتباطات سازنده متقابل و کاهش ارتباطات ناکارآمد بین زوج‌ها و در نتیجه بالا رفتن رضایت زناشویی و

وضرب آلفای کرونیخ را برای الگوی ارتباط سازنده متقابل ۰/۷۰ / ارتباط اجتناب متقابل ۰/۷۱ / ارتباط توقع / کناره‌گیری ۰/۶۶ / زن توقع / مرد کناره‌گیری ۰/۵۱؛ و مرد توقع / زن کناره‌گیری ۰/۵۲ / برآورد نموده است. زارعی و احمدی سرخونی (۸) نیز پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونیخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۸ / برآورد کرده‌اند. همچنین در پژوهی دیگر ثناگویی و همکاران (۱۳)، اعتبار مقیاس‌های ارتباط سازنده متقابل، ارتباط اجتنابی متقابل و ارتباط توقع / کناره‌گیر را با استفاده از روش آلفای کرونیخ به ترتیب ۰/۵۴، ۰/۶۸ و ۰/۵۳ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر پایایی این پرسشنامه به شیوه آلفای کرونیخ 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 ۰/۸۱، ۰/۶۲، ۰/۷۸، ۰/۸۰، ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت معنوی (SWBS): 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 اینکه 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 سطح بندی وجود نداشته و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هرچه نمره حاصل بالاتر باشد؛ سلامت مذهبی 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 دسته بندی می‌شود. در پایان، سلامت معنوی به ۳ سطح، پایین بین ۲۰-۴۰، متوسط بین ۴۱-۹۹ و بالا بین ۱۰۰-۱۲۰ تقسیم بندی می‌شود. پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونیخ در مطالعه دهشیری و همکاران (۲۹) برای خرده مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی و برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ و با روش باز آزمایی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۵ تعیین شد. همچنین جعفری و همکاران (۳۰) ضرایب آلفای کرونیخ سلامت مذهبی وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در تحقیق حاضر نیز ضریب آلفای کرونیخ به ترتیب برای خرده مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی و برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۵ و ۰/۹۰ به دست آمد.

کیفیت زندگی در آنان می‌باشد. از این رو این تحقیق با هدف مطالعه نقش ابعاد سلامت معنوی در پیش بینی الگوهای ارتباطی زناشویی صورت گرفت. فرضیه های پژوهش به شرح ذیل است:

۱. سلامت مذهبی توان پیش بینی الگوی ارتباط سازنده متقابل را دارد.
۲. سلامت وجودی توان پیش بینی الگوی ارتباط سازنده متقابل را دارد.
۳. سلامت مذهبی توان پیش بینی الگوی ارتباط اجتنابی متقابل را دارد.
۴. سلامت وجودی توان پیش بینی الگوی ارتباط اجتنابی متقابل را دارد.
۵. سلامت مذهبی توان پیش بینی الگوی ارتباط توقع / کناره گیر را دارد.
۶. سلامت وجودی توان پیش بینی الگوی ارتباط توقع / کناره گیر را دارد.

روش بررسی

جامعه آماری این پژوهش 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 نمونه گیری تصادفی خوشه ای و با توجه به جدول مورگان ۳۶۱ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. بدین صورت که از ۴ ناحیه آموزش و پرورش شهر کرج، از هر ناحیه ۷ مدرسه ابتدایی به شیوه تصادفی انتخاب شده و سپس از میان مدارس انتخاب شده، کل معلمان زن متأهل حجم نمونه ما را تشکیل دادند.

ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه، شامل موارد ذیل است: پرسشنامه الگوهای ارتباطی (CPQ): کریستنس و سالووی در سال ۱۹۸۴ این پرسشنامه را به منظور بررسی الگوهای ارتباطی متقابل زوجها طراحی نمودند. این پرسش نامه ۳۵ سؤال دارد و در یک مقیاس نه درجه‌ای لیکرت از اصلاً امکان ندارد نمره (۱) تا خیلی امکان دارد نمره (۹) درجه بندی شده است. این پرسش نامه رفتارهای همسران را در طول سه مرحله از تعارض زناشویی شامل: الف- هنگامی که مشکلی در روابط زوجها به وجود می‌آید (۴ سؤال) ب- مدت زمانی که درباره مشکل ارتباطی بحث می‌شود (۱۸ سؤال) ج- بعد از بحث درباره مشکل ارتباطی، (۱۳ سؤال) می‌سنجد. پرسش نامه دارای سه زیر مقیاس الف- ارتباط سازنده متقابل ب- ارتباط اجتناب متقابل ج- ارتباط توقع / کناره‌گیری است. زیر مقیاس سوم، شامل دو قسمت مرد متوقع / زن کناره‌گیر و زن متوقع / مرد کناره‌گیر می‌باشد. نمره بالا در مقاس سازنده متقابل، بیانگر ارتباط مناسب و نمره های پایین نشان دهنده ارتباط نامناسب است؛ اما نمره بالا در دو مقیاس ارتباط اجتنابی متقابل و توقع / کناره گیر، نشان دهنده ارتباط نامناسب و نمره پایین نشان دهنده ارتباط مناسب است. در ایران عبادت پور (۲۸) پرسشنامه فوق را هنجاریابی کرده و به منظور برآورد روایی پرسش نامه، همبستگی این پرسش نامه و پرسش نامه رضایت زناشویی را به دست آورده که نتایج نشان می‌دهد همه زیر مقیاس‌های پرسشنامه با رضایت زناشویی انریچ همبستگی دارد

یافته ها

وابسته توسط متغیرهای مستقل از تحلیل رگرسیون گام به گام که نتایج آن در جداول شماره ۳، ۴ و ۵ مشاهده می شود، استفاده شد.

به منظور نشان دادن ارتباط بین متغیرها از روش همبستگی پیرسون که نتایج آن در جدول شماره ۲ و پیش بینی متغیر

جدول (۱): میانگین وانحراف استاندارد نمرات زوج ها 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

ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	ارتباط سازنده						
۲	ارتباط اجتنابی	-.۳۰**					
۳	ارتباط توقع/کناره گیری	-.۱۷**	.۰۶۶**				
۴	سلامت مذهبی	.۰۴۴**	-.۳۷**	-.۲۹**			
۵	سلامت وجودی	.۰۳۱**	-.۲۲**	-.۲۱**	.۰۷۲**		
۶	سلامت معنوی (کل)	.۰۴۱**	-.۳۲**	-.۲۷**	.۰۹۳**	.۰۹۲**	

** $p < .01$

به منظور نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که در جدول زیر مقادیر آن گزارش شده است. همچنین پیش فرض های دیگر مدل رگرسیونی بررسی و تایید گردید (جدول شماره ۳).

نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد 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/کناره گیر رابطه منفی وجود دارد.

جدول (۳): نتایج توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف

متغیر	آماره Z	سطح معناداری
سازنده	۱/۱۲	۰/۱۳۵
اجتنابی	۱/۱۷	۰/۱۲۸
توقع کناره گیر	۱/۳۲	۰/۰۶۱
مذهبی	۱/۱۱	۰/۱۲
وجودی	۰/۹۸	۰/۳۱

گرفت که توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش نرمال می باشد.

با توجه به جدول شماره ۳ از آنجایی که آماره Z برای هیچ یک از متغیرها معنادار نشده است ($p > .05$)، بنابراین می توان نتیجه

جدول (۴): تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی الگوی ارتباطی سازنده متقابل زوج ها توسط ابعاد سلامت معنوی

گام	پیش بین	R	R ²	F	β	B	T	سطح معنی داری
۱	سلامت مذهبی	۰/۴۴	۰/۱۹	۸۷/۲۲	۰/۴۴	۰/۲۷	۹/۳۴	۰/۰۰۱
	سلامت مذهبی				۰/۳۹	۰/۲۵	۸/۲۱	۰/۰۰۱
۲	سلامت وجودی	۰/۴۷	۰/۲۱	۸۵/۴۴	۰/۱۷	۰/۱۱	۴/۰۱	۰/۰۰۱

به آماره T در سطح $p < 0/001$ معنادار می باشد. در گام دوم سلامت مذهبی با سلامت وجودی وارد معادله رگرسیونی شدند که این دو متغیر با هم ۲۱ درصد از واریانس الگوی ارتباط سازنده تبیین می کنند که این میزان به لحاظ آماری معنادار می باشد ($F = 85/44$ و $p < 0/001$). مقادیر بتا در این گام نشان می دهند که سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ضریب تأثیر ۰/۳۹ و ۰/۱۷ در معادله داشته اند که معنادار می باشند ($p < 0/001$).

جدول (۵): تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل زوجها توسط ابعاد سلامت معنوی

گام	پیش بین	R	R ²	F	β	B	T	سطح معنی داری
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
	سلامت وجودی				-۰/۱۳	-۰/۱۱	-۵/۸۵	۰/۰۰۱

به آماره T در سطح $p < 0/001$ معنادار می باشد. در گام دوم سلامت مذهبی با سلامت وجودی وارد معادله رگرسیونی شدند که این دو متغیر با هم ۱۷ درصد از واریانس الگوی ارتباط اجتنابی تبیین می کنند که این میزان به لحاظ آماری معنادار می باشد ($F = 54/40$ و $p < 0/001$). مقادیر بتا در این گام نشان می دهند که سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ضریب تأثیر ۰/۳۳ و -۰/۱۳ در معادله داشته اند که معنادار می باشند ($p < 0/001$).

جدول (۶): تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی الگوی ارتباطی توقع/کناره گیر زوجها توسط ابعاد سلامت معنوی

گام	پیش بین	R	R ²	F	β	B	T	سطح معنی داری
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
	سلامت وجودی				-۰/۱۴	-۰/۲۴	-۲/۷۰	۰/۰۰۱

می باشد. در گام دوم سلامت مذهبی با سلامت وجودی وارد معادله رگرسیونی شدند که این دو متغیر با هم ۱۰ درصد از واریانس الگوی ارتباطی توقع/کناره گیر تبیین می کنند که این میزان به لحاظ آماری معنادار می باشد ($F = 21/80$ و $p < 0/001$). مقادیر بتا در این گام نشان می دهند که سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ضریب تأثیر ۰/۲۵ و -۰/۱۴ در معادله داشته اند که معنادار می باشند ($p < 0/001$).

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول شماره ۴ با استفاده از روش گام به گام نشان می دهد که سلامت مذهبی در گام اول توانسته است ۱۹ درصد 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 می باشد. در این جدول مقادیر B و β نیز به ترتیب نشان دهنده ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد می باشد که تأثیر متغیر پیش بین در معادله رگرسیونی را نشان می دهد. بر این اساس؛ میزان بتا نشان می دهد که سلامت مذهبی اثر مثبت در معادله رگرسیونی داشته و این تأثیر با توجه

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول شماره ۵ با استفاده از روش گام به گام نشان می دهد که سلامت مذهبی در گام اول توانسته است، ۱۳ درصد 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 می باشد. در این جدول مقادیر B و β نیز به ترتیب، نشان دهنده ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد می باشد که تأثیر متغیر پیش بین در معادله رگرسیونی را نشان می دهد. بر این اساس، میزان بتا نشان می دهد که سلامت مذهبی اثر منفی در معادله رگرسیونی داشته و این تأثیر با توجه

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول شماره ۶ با استفاده از روش گام به گام نشان می دهد که سلامت مذهبی در گام اول توانسته است ۸ درصد از تغییرات الگوی ارتباطی توقع/کناره گیر را تبیین کند که این مقدار با توجه به آماره F و سطح معناداری آن ($F = 33/89$ و $p < 0/001$) معنادار می باشد. در این جدول، مقادیر B و β نیز به ترتیب، نشان دهنده ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد می باشد که تأثیر متغیر پیش بین در معادله رگرسیونی را نشان می دهد. بر این اساس میزان بتا نشان می دهد که سلامت مذهبی اثر منفی در معادله رگرسیونی داشته و این تأثیر با توجه به آماره T در سطح $p < 0/001$ معنادار

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش، نقش ابعاد سلامت معنوی در پیش بینی الگوهای ارتباطی زناشویی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج این مطالعه، سلامت معنوی (کل) رابطه مثبت و معناداری با الگوی ارتباطی سازنده و رابطه منفی با الگوهای ارتباطی اجتنابی و توقع / کناره گیر داشت؛ یعنی هرچه سلامت معنوی زوج ها بالا باشد؛ در روابط زناشویی بیشتر از الگوی ارتباطی سازنده استفاده خواهند کرد و اگر از سلامت معنوی پایینی برخوردار باشند؛ الگوی ارتباطی غالب در میان آنها الگوهای ارتباطی اجتنابی و توقع / کناره گیر است. این یافته با نتایج مطالعات شاه و همکاران (۲۲)، ثناگویی و همکاران (۱۳)، لامبرت ودولاهیت (۱۷)، شرام (۳۱)، جدیدی و همکاران (۱۵)، زارعی و احمدی سرخونی (۸)، همسو است. در تبیین این یافته، می توان گفت که سلامت معنوی، پیامدهای مثبت مهمی در روابط زندگی، به ویژه الگوهای مراوده ای و کیفیت زندگی زناشویی دارد. سلامت معنوی باعث می شود که زوج ها احساس بهتری داشته باشند. مذهب و معنویت بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است که منجر به هدف دار شدن و معنی دار شدن زندگی زناشویی می گردد. مفهوم سلامت معنوی، با حس معنی داری و ارزشمندی، احساس تقدس در زندگی و نشانه ارتباط با یک قدرت برتر؛ یعنی خداوند است که در صورت مواجه شدن با مشکلات، در زندگی می توانند از آن کمک گیرند. 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 مواجه با آسیب ها و مشکلات، عملکرد بهتری دارند. همچنین سلامت معنوی، با تاثیر بر فرایندهای فکری باعث می شود حتی در صورت بروز اختلافات زناشویی و تعارضات، زوج ها بتوانند مشکلات خود را در یک فضای عاری از تنش حل کنند و در نتیجه، باعث افزایش رضایت مندی زناشویی شود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سلامت مذهبی در مقایسه با سلامت وجودی بیشترین مشارکت و نقش را در پیش بینی مثبت و معنادار الگوی ارتباط سازنده و پیش بینی منفی و معنادار الگوی ارتباطی اجتنابی و الگوی ارتباطی توقع / کناره گیر دارد. نتایج این یافته ها نشان می دهد که سلامت مذهبی زوج ها نسبت به سلامت وجودی آن ها به طور کلی بالاتر است و نقش بیشتری را در تبیین واریانس انواع الگوهای ارتباطی (سازنده، اجتنابی و توقع/کناره گیر) داشته است. در تبیین این یافته می توان 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 می جویند و اینکه نوع آموزه های دینی که مردم ما دریافت می کنند، در حوزه سلامت مذهبی قرار می گیرد، مفاهیم این حوزه برای آنها آشنا تر است. مثلاً افراد با انجام اعمالی مانند نماز و روزه و دعا و با شرکت در مراسم های مختلف مذهبی و بهره مندی از کتاب ها و آموزه های دینی از حوزه های مختلف مذهبی حمایت دریافت می کنند. پس در نتیجه، سلامت مذهبی در مقایسه با سلامت وجودی پیش بینی کننده بهتری از الگوهای ارتباطی می باشد. در مطالعات مشابه و نزدیک به مطالعه حاضر، این یافته با تحقیقات امی و پارک (۳۲)، بالجانی و همکاران (۳۳)، ثناگویی و همکاران (۱۳)، همسو است و با نتایج مطالعات روبین و همکاران (۳۴) و اله بخشیان و همکاران (۳۵) که نشان دادند سلامت وجودی در مقایسه با سلامت مذهبی همبستگی بیشتری با کیفیت زندگی بیماران دارد نا همخوان است. که دلیل آن می تواند تفاوت در نمونه های پژوهش باشد به طوری که پژوهش حاضر بر روی معلمان؛ اما این پژوهش ها بر روی بیماران مبتلا به سرطان و مولتیپل اسکلروزیس انجام شد که با توجه به شرایط این بیماران و دغدغه آن ها در زمینه بیماری شان و پرداختن در زمینه سلامت وجودی و معنا خواهی دور از انتظار نیست.

بر اساس نتایج این پژوهش، می توان به اهمیت نقش باورهای مذهبی و معنویت در زندگی زناشویی و ارتباطات زوج ها به عنوان عامل مهمی برای مقابله با اختلافات و تعارضات در زمینه الگوهای ارتباطی پی برد. در واقع، مذهب و معنویت، منابع مهم قدرت و حمایت در تمام دوران زندگی بوده و جهت خروج از شرایط بحرانی و تنش زا کمک کننده است. جریگان و ناک (۳۶)، دین و معنویت را بهترین عامل ثبات و پایداری در ازدواج و زندگی زناشویی می دانند، زیرا عمل به باورهای دینی، موجب افزایش مشارکت کلامی، افزایش میزان شادکامی، کاهش چشمگیر پرخاشگری کلامی و تعارضات و اختلافات زناشویی شده، در نهایت، سبب فزونی رضایت زناشویی می شود. در نتیجه می توان گفت سلامت معنوی، همبستگی مثبتی با سطوح پایین تعارضات زناشویی، حمایت معنوی بالاتر و افزایش روابط حمایتی بین زوج ها داشته است.

تشکر قدرانی

نویسندگان این پژوهش از آموزش و پرورش استان البرز و نواحی چهارگانه کرج و بخصوص از معلمان گرامی که در این تحقیق با ما همکاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدرانی می نمایند.

References

1. Goldenberg I, Goldenberg H. Family therapy, translated by Hassan shahi HR, Naghshband S, and Arjomand E. Tehran:Ravan Publication; 2013 . [Persian]
2. Zarnaghash M. Zarnaghash M. Zarnaghash N. The Relationship between Family Communication Patterns and Mental Health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013; 84, 405-410.
3. Asadi M. Effect of Settir short-term group therapy on couples communication patterns. (M. A. thesis).University of Trbyat Moalem. 2009. [Persian]
4. Trenholm S, Yensen A. Interpersonal communication. New York: Wads worth publishing company.1996.
5. Heavey CL, Larson BM, Zumtobel DC, Christensen A. The Communication Patterns Questionnaire: The reliability and Validity of a Constructive Communication Subscale. *J Marriage Fam*. 1996; 58(3): 796-800.
6. Long L, Yang M. Couple therapy and counseling. Translation: Nazari AM, Khodadadi J, Asadi M, Namvaran K, Sahebdel H. Tehran: Avaye Noor Publication. 2012. [Persian]
7. Settir V. People making in family psychology. 6th ed. Translated by Birashk, B. Tehran: Roshd Publication. 2012. [Persian]
8. Zarei E, Ahmadi Sorkhooni T. Spiritual Intelligence and Communication Patterns as Predictors of Marital Satisfaction of Couples Referred to Counseling Centers of Bandar Abbas. *Studies Clinical Psychology and Counseling*. 2012; 2(2): 101-116. [Persian]
9. Ledbetter MA. Family communication patterns and relational maintenance behavior: Direct and mediated association with friendship closeness. *Human Communication Research*. 2009; 35(1): 130-147.
10. Glasser W. Choice Theory (A New Psychology of Personal Freedom) Translation: Firoz Bakht M, first edition, Tehran: Rasa Publication. 2005. [Persian]
11. Gottman, JM. A Theory of Marital Dissolution and Stability. *Journal of Family Psychology*. 1993; 7(1): 57-75.
12. Rasouli M. A Survey on Relationship between Communication Patterns Wife or Husband of Tehran of Universities and Communication Patterns of Their Parents. (MA / Thesis). Tehran: University of Tarbyat Moalem, 2001. [Persian]
13. Sanagoi M, Johnbozorgi M, Mahdavian AR. A Survey on Relationship between Religious Commitments with Couples Communication Patterns. *Journal of Psychology of Religion*. 2011; 4(4): 103-120. [Persian]
14. Charnia MR, Ickes W. Predicting Marital Satisfaction: Social Absorption and Individuation ersus attachment Anxiety and Avoidance. *Personal Relationships*. 2007; 14: 187-208.
15. Jadidi A, Farahaninia M, Johnmohammadi S, Haghani H. A Survey on Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life of Elderly Resident in Nursing Home Kahrizak. *Iran Journal of Nursing*. 2011; 24(49): 27-55. [Persian]
16. Lichter DT, Carmalt J.H. Religion and marital quality among low- income couples, *Social Science Research*. 2008; 38(1):168-187.
17. Lambert NM, Dollahite DC. How Religiosity Helps Couples Prevent, Resolve, and Overcome Marital Conflict. *Family Relations*. 2006; 55(4): 439-449.
18. Gomez R, Fisher JW. Domains of the Spiritual Well-Being and Development and Validation of the Spiritual Well-being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35(8), 1975-1991.
19. Abbasi M, Azizi F, Shamsikoshki E, Naserirad M, Akbari M. Conceptual and Operational Definition of Spiritual Well-Being: A Methodological Study. *Journal of Medical Ethics*. 2012; 6(20):12-47. [Persian]
20. Ellison CW. Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement. *Psychology & Theology*. 1983; 11(4): 330-340.

21. Assarrudy A., Golafshany A, Akabery S.A. A Survey on Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life in Nurses. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2011; 3(4):79-88. [Persian]
22. Shah R, Kulhara P, Grover S, Kumar S, Malhotra R, Tyagi Sh. Contribution of Spirituality to Quality of Life in Patients With Residual Schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2011; 190: (2, 3):200-205.
23. Call VRA, Heaton TB. Religious Influence on Marital Stability. *Journal of the Scientific Study of Religious*. 1997; 36(2): 382-392.
24. Mahoney A. Religion and Conflict in Marital and Parent-Child Relationships. *Journal of Social Issues*. 2005; 61(4):689-706.
25. Ghafouri S, Hassanabadi H, Mahram B, Ghanbari Hashemabady BA. A Survey on Effects of Forgiveness Method Based on Spiritual-Religious Therapies in Reduce Marital Conflict. *Journal of Modern Psychological Studies*. 2011; 6(24):123-142. [Persian]
26. Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual Well-Being and Demands of Illness in People with Colorectal Cancer. *Cancer Nurse*. 1999; 22(2): 134-140.
27. Abbasian L, Abbasi M, Shamsikoushki E, Memariani Z. A Survey on Spiritual Well-Being Scientific Status and Its Role in Diseases Prevention: A Pilot Study. *Journal of Medical Ethics*. 2010; 4(14): 84-104. [Persian]
28. Ebadatpour B. Normalization of Marital Communication Patterns Questionnaire in Tehran in 1999-2000. (MA / Thesis). Tehran: University of Trbyat Moalem. 2000. [Persian]
29. Dehshiri GR, Sohrabi F, Jafari I, Najafi M. A Survey on Psychometric Properties of the Scale of Spiritual Well-Being among College Students. *Journal of Psychological Studies*. 2008; 4(3):129-144. [Persian]
30. Jafari I, Hajilo N, Faghani R, Khazan K. A Survey on Relationship between Spiritual Well-Being and Psychological Hardiness with Elderly Mental Health. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 10(6): 431-440. [Persian]
31. Shrum W. Religion and Marital Instability: Change in the 1970s? Review of Religious Research. 1980; 21(2): 135-147.
32. Amy AI, Park CL. Psychosocial Mediation of Religious Copying Styles. *Personality and Social Psychology Bull*. 2007; 33(6):867-882.
33. Baljany E, Kheshabi J, Amanpour E, Azimi N. A Survey on Relationship between Spiritual Well-Being, Faith and Hope in Cancer Patients *Journal of Nursing and Midwifery, University of Tehran Medical Sciences (Life)*. 2011; 17 (3), 27-37. [Persian]
34. Robin D, Dodd M, Desai N, Pollock B, Graham-Pole J. Spirituality in well and ill adolescents and their parents: the use of two assessment scales. *Pediatric Nurse*. 2009; 35(1): 37-42.
35. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010; 12 (3):29-33. [Persian]
36. Jerrigan FA, Nack N. Emotion status measurement. 2th ed. Abingdon, UK: Radcliffe medical press.1978.