

بررسی مقایسه ای تعارض زناشویی و سلامت عمومی در زنان شاغل و خانه دار شهر مشهد

علی ممتاز^۱، مهناز غلامزادگان شرق^۲، عاطفه قوتی^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

^۲ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران.

نام نویسنده مسئول:

مهناز غلامزادگان شرق

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۲۴

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی تعارض زناشویی و سلامت عمومی در زنان شاغل و خانه دار شهر مشهد انجام شد. نمونه این پژوهش را ۲۰۰ نفر از دو گروه زنان شاغل و خانه دار (هر گروه شامل ۱۰۰ نفر) تشکیل دادند. تعارض زناشویی و سلامت عمومی این افراد، با استفاده از دو پرسشنامه تعارضات زناشویی (MCQ) و سلامت عمومی (GHQ-28) ارزیابی شد. یافته های پژوهش نشان داد که بین دو گروه از لحاظ تعارض زناشویی و سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود داشت به طوری که زنان شاغل از میزان تعارض زناشویی و سلامت عمومی بالاتری برخوردار بودند ($p < 0.05$). در نتیجه می توان گفت طبق نتایج این پژوهش اشتغال زنان عاملی در تعارض زناشویی و سلامت عمومی محسوب میشود.

واژگان کلیدی: تعارض زناشویی، سلامت عمومی، زنان شاغل، زنان خانه دار.

مقدمه

حرکت سریع جامعه ایران به سوی تمدن، موجب رشد روز افزون تعداد زنان شاغل و ورود آنها از عرصه خصوصی به عرصه عمومی شده است. در این زمینه، می توان به افزایش نسبی سهم زنان شاغل اشاره کرد. شمار زنان شاغل طی سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ نزدیک به سه برابر شده و از ۹۹۸۰۰۰ نفر به ۲۷۸۲۰۰ رسیده است. همچنین نسبت زنان به کل جمعیت شاغل کشور از ۸.۹ درصد به ۱۳.۶ درصد رسیده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۸). تجربیات شخصی و یافته های پژوهشی بر این واقعیت دلالت دارند که شاغل بودن زنان مانند هر پدیده دیگر دربردارنده مجموعه ای از فرصت ها و محدودیت های مختلف است. وجود نگرش ها و باورهای سنتی حاکم بر جامعه که مبتنی بر مرد نان آور و زن خانه دار می باشد، پیامدهای عملی را برای زنان متأهل به وجود آورده است که همان تضاد بین نقش زنان به عنوان یک همسر - مادر در خانه و یک زن شاغل در بیرون از خانه می باشد و تقسیم کار سنتی حاکم بر جامعه که به لحاظ بیولوژیکی یا طبیعی زنان را مادر - همسر فرض می کند و تحولات اخیر در اندیشه های زنان که موجب شده است آنها تنها وظیفه خود را مادری و خانه داری فرض نکرده بلکه پا به پای مردان وارد جامعه شده و در کسب هویت فردی و اجتماعی خود تلاش کنند باعث بروز تنش ها و فشارهایی شده است که نه تنها زنان بلکه خانواده را نیز تحت تاثیر قرار می دهد. داشتن شغل به معنای امروزی آن منجر به ایفای همزمان نقش ها در میان زنان است که تنوع نقش ها را برای زنان به همراه می آورد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۰).

خانواده دیرینه ترین واحد اجتماعی و هسته مرکزی سازمان های اجتماعی گسترده تر می باشد که دارای کنش وری های متعددی است. خانواده در حکم بافت سلولی برای اندام های اجتماعی عمل می کند و از زمانی کنشوری خود را آغاز می کند که برقراری پیوند محکم و دائم بین زن و مرد تحقق می یابد امری که از آن تحت عنوان ازدواج نام برده می شود. یکی از کنش وری های مهم خانواده، برقراری روابط عاطفی بین زن و مرد و گسترش سلامت روانشناختی است که مایه آرامش هر دوی آنها میشود (رابینو^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). نباید فراموش کرد که پدیدآمدن اختلاف و تعارض بین زن و شوهر امری غیرطبیعی نیست. به دلیل ماهیت کنش وری همسران در فضای زندگی مشترک، گاه پیش می آید که اختلاف دیدگاه بین زوجین روی دهد و یا اینکه نیازهای آنها برآورده نشود. نتیجه چنین تعاملات منفی، ناخشنودی، ناامیدی و احساس خشم همسران نسبت به یکدیگر گزارش شده است.

سلامتی به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده و برای ارضای نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان، حیاتی است (بوت وین^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). از نظر اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، سلامت عمومی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در فرد؛ که بین این سه جنبه تاثیر متقابل و پویا وجود دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱)؛ لذا، براساس این تعریف، سلامتی تنها جنبه ی جسمانی افراد را در بر نمی گیرد، بلکه باید به جنبه های روانی و اجتماعی نیز توجه کرد (گاروسفارشی^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). مفهوم سلامت روان، عبارت است از احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی توانایی های بالقوه فکری، هیجانی و ... (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). پژوهش ها نشان داده اند که بسیاری از مشکلات روانی - اجتماعی نظیر اعتیاد، سیگار، الکل و مواد مخدر و... محصول مهارت های زندگی ضعیف است که نیازمند توجه و مداخله به موقع است (رحیمیان و همکاران، ۲۰۱۳). سلامت عمومی در واقع از یک مثلث زیستی، روانی و اجتماعی آن با برخی از مولفه های هوش هیجانی نظیر خودآگاهی هیجانی، خودشکوفایی و عزت نفس که جزء پدیده های روانی است و روابط بین فردی مسئولیت پذیری و همدلی که مربوط به پدیده های اجتماعی است، همخوانی دارد (دانش و همکاران، ۲۰۰۸).

پیشینه پژوهش نشان می دهد که متغیرهای متفاوتی در بین زنان شاغل و خانه دار بررسی شده است که می توان به پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۰) که به بررسی مقایسه میزان رضایت از زندگی زنان شاغل و خانه دار پرداختند، رضانی (۱۳۹۰) که به بررسی مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه دار پرداختند، اشاره کرد.

¹ Rabino

² Botvin

³ Garusifarshi

لذا باتوجه به اطلاعات ذکر شده، درصدد آنیم که به بررسی این موضوع بپردازیم که آیا اشتغال زنان در خارج از خانه در سلامت عمومی و تعارض زناشویی افراد می تواند تاثیر داشته باشد؟ یا آیا بین زنان خانه دار و زنان شاغل تفاوت معناداری در بین سلامت عمومی و تعارض زناشویی وجود دارد؟

روش

این پژوهش به صورت علی - مقایسه ای در نمونه هایی از دو گروه زنان شاغل و خانه دار انجام شد. نمونه آماری پژوهش متشکل از ۲۰۰ نفر زن (۱۰۰ نفر شاغل و ۱۰۰ نفر خانه دار) با دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال بود. در انتخاب نمونه از جامعه زنان شاغل از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد. به این ترتیب که از بین زنان شاغل در آموزش و پرورش ناحیه ۴ مشهد، ۶ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شدند و از میان زنان شاغل این مدارس، ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در انتخاب زنان خانه دار از روش نمونه گیری چندمرحله ای استفاده شد. بدین صورت که از بین افراد خانه دار شهر مشهد ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند.

ابزار

پرسشنامه تعارض زناشویی (MCQ)

این پرسشنامه یک ابزار ۴۲ سوالی است که برای سنجیدن تعارضات زناشویی ساخته شده است. این ابزار هفت جنبه یا هفت بعد از تعارضات زناشویی را اندازه می گیرد که عبارتند از :

- ۱- کاهش همکاری (سوالات ۳، ۹، ۱۹، ۲۱، ۲۷)
- ۲- کاهش رابطه جنسی (سوالات ۴، ۱۰، ۱۵، ۲۸، ۳۳)
- ۳- افزایش واکنش های هیجانی (سوالات ۵، ۱۱، ۱۶، ۲۲، ۲۹، ۳۴، ۳۹، ۴۱)
- ۴- افزایش جلب حمایت فرزند (سوالات ۷، ۱۸، ۲۴، ۳۱، ۳۶)
- ۵- افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود (سوالات ۶، ۱۲، ۱۷، ۲۳، ۳۰، ۳۵)
- ۶- کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان (سوالات ۱، ۱۹، ۲۵، ۳۷، ۴۰، ۴۲)
- ۷- جدا کردن امور مالی از یکدیگر (سوالات ۲، ۸، ۱۳، ۲۰، ۲۶، ۳۲، ۳۸)

نمره گذاری این ابزار به این صورت است که برای هر سوال پنج گزینه در نظر گرفته شده که به تناسب ۱ تا ۵ نمره به آنها اختصاص داده شده است. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ است. حداکثر نمره هر خرده مقیاس مساوی با تعداد سوالهای آن خرده مقیاس ضربدر ۵ است. در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر است (ثنایی، ۱۳۷۹). پرسشنامه تعارضات زناشویی از روایی محتوایی خوبی برخوردار است. در مرحله تحلیل مواد آزمون پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سوال با کل پرسشنامه و مقیاسهای آن، ۱۳ سول از ۵۵ سوال اولیه حذف شده است (ثنایی، ۱۳۷۹). در پژوهش خزایی (۱۳۸۵) نمرات تمامی مولفه های پرسشنامه تعارضات زناشویی از ۰.۳۱ تا ۰.۸۲ با نمره کل تعارض زناشویی در سطح ۰.۰۱ همبستگی معناداری داشتند. دهقان در تحقیق خود برای هنجاریابی پرسشنامه تعارضات زناشویی روی یک گروه ۳۰ نفری بررسی انجام داده و از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰.۷۱ و برای هفت مولفه آن به ترتیب کاهش همکاری ۰.۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰.۶۰، افزایش واکنش های هیجانی ۰.۷۴، افزایش جلب حمایت فرزند ۰.۸۱، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰.۶۵، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰.۸۱ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰.۶۹ بدست آمده است. براتی در تحقیق خود برای اعتبار پایایی پرسشنامه تعارضات زناشویی از روش آلفای کرونباخ استفاده کرده که نمرات برای کل پرسشنامه ۰.۵۳ و برای مولفه به قرار زیر است :

کاهش همکاری ۰.۳۰، کاهش رابطه جنسی ۰.۵۰، افزایش واکنش های هیجانی ۰.۷۳، افزایش جلب حمایت فرزندان ۰.۶۰، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰.۶۴، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰.۶۵، جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰.۵۱.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ارائه شده و دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاسهای مذکور عبارتند از:

- ۱- مقیاس علائم جسمانی ۲- مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب ۳- مقیاس کارکرد اجتماعی ۴- مقیاس علائم افسردگی

از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است. در بررسی (چن، ۱۹۸۳) جهت بررسی روایی همزمان از پرسشنامه چند جنبه ای مینه سوتا استفاده نمودند و به ضریب همبستگی ۰.۵۴ درصد دست یافتند. کالمن و همکاران، ۱۹۸۳ دو پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس ناامیدی یک را اجرا نمودند و ضریب روایی همزمان ۰.۶۹ درصد را گزارش نمودند. در تحقیق هودیامونت و همکاران، ۱۹۸۸ پرسشنامه سلامت عمومی، مقیاس موازنه عاطفی و پرسشنامه شرح حال آمستردام را اجرا نمودند و در هر مورد ضریب همبستگی ۰.۶۰ به دست آمد. تا سال ۱۹۸۸ بیش از ۷۰ مطالعه درباره روایی پرسشنامه سلامت عمومی در نقاط مختلف دنیا به انجام رسیده، به منظور برآورد اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی این پژوهش‌ها فرا تحلیلی شده و نتایج نشان دادند، متوسط حساسیت پرسشنامه برابر با ۸۴ درصد (بین ۷۷ تا ۸۹ درصد) و متوسط ویژگی آن برابر با ۸۲ درصد (بین ۷۸ تا ۸۵ درصد) است (ویلیامز و گلدبرگ، ۱۹۸۷).

یعقوبی (۱۳۷۴) نیز حساسیت این آزمون را ۸۶ درصد و ویژگی آن را ۸۲ درصد گزارش کرده است. پژوهش بهمنی و عسگری (۱۳۸۵) ساختار چهار عاملی آن را از طریق تحلیل عاملی تاییدی (CFA) بررسی و تأیید نموده است.

به منظور ارزشیابی اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی، به اعتقاد گلدبرگ ۱۹۷۹ بررسی همسانی درونی که از طریق ضریب آلفای کرونباخ اندازه گیری می‌شود مناسب ترین روش است. گلدبرگ با مرور پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به دو صورت بازآزمایی و نیز محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به انجام رسیده مقدار اعتبار را بالا و قابل قبول گزارش کرده است. در بررسی گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۹۸) اعتبار تصنیفی برای کل پرسشنامه را ۰.۹۵ گزارش کرده اند. ثبات درونی را با روش آلفای کرونباخ در مطالعه چان (۱۹۸۵) و کی یس (۱۹۸۴) ۰.۹۳ گزارش شده است. ضریب اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه ۲۸ ماده ای پرسشنامه سلامت عمومی با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۷-۱۰ روز روی گروه ۸۰ نفره به میزان ۰.۹۱ برآورد شده که در سطح خطای یک هزارم معنادار است (پالاهنگ، ۱۹۷۴). یعقوبی (۱۳۷۴) ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۰.۸۸ و ضریب اعتبار خرده آزمون‌ها را بین ۰.۵۰ تا ۰.۸۱ گزارش کرده است. میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی برای مقیاس‌های علائم جسمانی ۰.۸۵، اضطراب و بی‌خوابی ۰.۸۷، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰.۷۹، و افسردگی و خیم ۰.۹۱، و کل پرسشنامه ۰.۸۵ بدست آمده است (بهمنی و عسگری، ۱۳۸۵).

نمونه‌های به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-22 از نظر آماری تجزیه و تحلیل شد. به منظور بررسی تعارض زناشویی و سلامت عمومی در دو گروه زنان شاغل و خانه دار از آزمون معنی داری t برای گروه‌های مستقل انجام شد.

یافته‌ها

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه تعارض زناشویی و سلامت عمومی در زنان شاغل و خانه دار مشهد بود. پژوهش حاضر بر روی ۲۰۰ نفر از زنان در دو گروه زنان شاغل (n=100) و زنان خانه دار (n=100) انجام گردید. اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول (۱) شاخص های آمار توصیفی مربوط به جنسیت، تحصیلات و سن

متغیر	زنان شاغل	زنان خانه دار
	n=100	n=100
	n (%)	n (%)
تحصیلات	۱۰ (۱۰)	۴۷ (۴۷)
	۱۴ (۱۴)	۲۶ (۲۶)
	۷۰ (۷۰)	۲۵ (۲۵)
	۶ (۶)	۲ (۲)
سن	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۳۵.۲ (۴.۵)	۳۴.۵ (۵.۶)

به منظور بررسی تعارض زناشویی و سلامت عمومی در دو گروه زنان شاغل و خانه دار از آزمون معنی داری تی مستقل استفاده شد. نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول (۲) نتایج آزمون t مستقل برای بررسی ابعاد سلامت عمومی در دو گروه زنان شاغل و خانه دار

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معناداری
کاهش همکاری	زنان شاغل	۱۰۰	۲۶	۳.۶۴	۳.۸۲	۰.۰۰۰
	زنان خانه دار	۱۰۰	۲۲.۹۵	۳.۱۴		
علائم اضطرابی	زنان شاغل	۱۰۰	۵.۵۰	۳.۶۸	-۲.۰۰۸	۰.۰۴
	زنان خانه دار	۱۰۰	۷.۶۶	۴.۹۰		
کارکرد اجتماعی	زنان شاغل	۱۰۰	۵.۷۵	۲.۳۵	-۲.۵۶	۰.۰۱
	زنان خانه دار	۱۰۰	۷.۶۲	۳.۳۸		
علائم افسردگی	زنان شاغل	۱۰۰	۱.۵۰	۲.۶۷	-۲.۱۸	۰.۰۳
	زنان خانه دار	۱۰۰	۳.۷۱	۴.۹۰		

با انجام آزمون معناداری بین دو گروه زنان شاغل و خانه دار در عامل کاهش همکاری، تفاوت معناداری بین زنان شاغل و خانه دار مشاهده شد، به طوری که نمره زنان شاغل بیشتر از زنان خانه دار بود. یعنی اینکه زنان شاغل نسبت به زنان خانه دار کاهش همکاری بیشتری در محیط خانه دارند. و همچنین تفاوت معناداری بین زنان شاغل و خانه دار مشاهده شد، به طوری که نمره زنان خانه دار بیشتر از زنان شاغل بود. یعنی اینکه زنان خانه دار نسبت به زنان شاغل علائم اضطرابی بیشتری دارند. و در مولفه علائم کارکرد اجتماعی، تفاوت معناداری بین زنان شاغل و خانه دار مشاهده شد. به طوری که نمره زنان خانه دار بیشتر از زنان شاغل بود. یعنی اینکه زنان خانه دار نسبت به زنان شاغل علائم کارکرد اجتماعی بیشتری دارند. و در مولفه علائم افسردگی، تفاوت معناداری بین زنان شاغل و خانه دار مشاهده شد. به طوری که نمره زنان خانه دار بیشتر از زنان شاغل بود. یعنی این که زنان خانه دار نسبت به زنان شاغل افسردگی بیشتری دارند.

جدول (۳) نتایج آزمون t مستقل برای بررسی ابعاد تعارض زناشویی در دو گروه زنان شاغل و خانه دار

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معناداری
کاهش همکاری	زنان خانه دار	۱۰۰	۷.۸	۲.۱۵	۲.۱۲	۰.۰۰۰
	زنان شاغل	۱۰۰	۱۰.۴۱	۵.۱۲		
کاهش رابطه جنسی	زنان خانه دار	۱۰۰	۹.۶۱	۳.۱۰	۲.۱۳	۰.۰۴
	زنان شاغل	۱۰۰	۱۲.۵۴	۳.۱۵		
افزایش واکنش های هیجانی	زنان خانه دار	۱۰۰	۱۳.۱۲	۴.۸۹	۳.۱۳	۰.۰۱
	زنان شاغل	۱۰۰	۱۶.۲۶	۶.۶۹		
افزایش جلب حمایت فرزند	زنان خانه دار	۱۰۰	۷.۹۸	۴.۶۳	۲.۹۸	۰.۰۳
	زنان شاغل	۱۰۰	۱۰.۲۱	۵.۷۸		
افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	زنان خانه دار	۱۰۰	۸.۲۲	۳.۱۱		
	زنان شاغل	۱۰۰	۱۱.۲۳	۳.۷۸	۲.۵۴	۰.۰۰۰
کاهش رابطه با خویشاوندان همسر	زنان خانه دار	۱۰۰	۸.۱۲	۳.۱۰	۴.۵۴	۰.۰۱
	زنان شاغل	۱۰۰	۱۱.۲۳	۳.۷۸		
جدا کردن امور مالی از یکدیگر	زنان خانه دار	۱۰۰	۱۵.۲۱	۳.۴۵	۳.۲۳	۰.۰۰۳
	زنان شاغل	۱۰۰	۱۷.۲۱	۳.۹۸		

با توجه به نتایج جدول ۳ در تمامی ابعاد تعارض زناشویی، گروه زنان خانه دار از تعارض کمتری برخوردارند. در نتیجه نتایج جداول حاکی از آن بود که بین تعارض زناشویی و سلامت عمومی در زنان شاغل و خانه دار تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه میزان تعارض زناشویی و سلامت عمومی در زنان شاغل و خانه دار مشهد بود. یافته ها نشان داد که در چهار بعد سلامت عمومی (کاهش همکاری، علائم اضطرابی، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی) و در هفت بعد تعارض زناشویی (کاهش همکاری، کاهش روابط جنسی، افزایش واکنش هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه با خویشاوندان خود، کاهش رابطه با خویشاوندان همسر و جدا کردن امور مالی از یکدیگر) در دو گروه زنان شاغل و خانه دار تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که در ابعاد سلامت عمومی یافته ها حاکی از برخورداری سلامت عمومی بیشتر در زنان شاغل بود و در ابعاد تعارض زناشویی یافته ها نشان داد که میزان تعارض زناشویی در گروه زنان شاغل به نسبت گروه زنان خانه دار بیشتر است.

نتایج این پژوهش با نتایج حاجیلو و همکاران (۱۳۹۳) در مقاله بررسی مقایسه سلامت روان زنان شاغل و زنان خانه دار به این نتیجه رسیدند که اختلاف معناداری میان سلامت روان زنان شاغل و زنان خانه دار وجود دارد. در تحقیق یوسفی و همکاران (۱۳۸۹) با عنوان ارتباط سلامت روان، اشتغال و تحصیلات دانشگاهی در بین زنان دانشجوی علوم پزشکی اصفهان، بر حسب وضعیت اشتغال (شاغل بودن یا نبودن) رابطه وجود دارد، به طوری که زنان شاغل از سلامت بالاتری نسبت به غیرشاغلان برخوردارند. همچنین پیراسته و همکاران (۱۳۸۰) در پژوهشی بین دانشجویان شاغل و غیرشاغل از نظر سلامت روانی تفاوت معناداری مشاهده می شود و میزان اختلال در دانشجویان غیر شایع تر بوده است، همسو است.

تعارض زناشویی زمانی بالا می گیرد که درجات مختلف استقلال یا وابستگی زوجین به یکدیگر جهت همکاری و تصمیم گیری مورد نیاز باشد (ون و نولن، ۱۹۸۷). درجه اختلاف می تواند در نتیجه حساسیت ها به وجود آید و باعث اختلاف هایی جزئی

تا تعارضات شدید شود و همچنین سلامت شخصی تا حدی به ساختار اجتماعی زندگی فرد بستگی دارد. نگهداری روابط قوی اجتماعی، انجام خدمات داوطلبانه و دیگر فعالیت های اجتماعی به سلامت روانی و حتی افزایش طول عمر منجر می شود (هریس و سورایزن، ۲۰۰۵).

نتایج این پژوهش نشان می دهد که وضعیت اشتغال با تعارض زناشویی و سلامت روان زنان، مرتبط می باشد؛ به نظر می رسد که در جامعه جهانی امروز هرچه زنان و دختران در میدان فعالیت پویایی، تحرک و سرزندگی و تلاش سالم، در زندگی فردی و اجتماعی شان، قرار گیرند، به طرق آسان تری می توانند از سلامت روحی و جسمی خود محافظت نموده، خود را در برابر بسیاری از بیماری ها و اختلالات گوناگون روانی بیمه نمایند. همچنین نتایج حاکی از آن است که زنان شاغل تعارض زناشویی بیشتری دارند. البته تعارض و مشکلات زناشویی منحصر به زوجهای هر دو شاغل نیست. بسیاری از زوجهایی که فقط شوهر شاغل است و زن به خانه داری مشغول است نیز مشکلات و تعارضاتی دارند. آنچه در این میان مهم است ماهیت مداوم تعارض در زندگی زوجهایی است که در آن زنان نیز شاغلند که این امر کیفیت تعاملات روزمره ی زندگی را با چالش مواجه می کند. با توجه به تاثیرات منفی تعارضات در زندگی زناشویی و تاثیرات مخرب بر خانواده و فرزندان و با توجه به اهمیت نهاد خانواده این امر قابل چشم پوشی نمی باشد.

ناگفته نماند تعمیم نتایج این تحقیق به کل زنان شاغل و خانه دار بایستی با احتیاط صورت بگیرد و میتوان با مطالعات آتی به بررسی این مساله در بین زنان با مشاغل دیگر نیز پرداخت.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افراد شرکت کننده در این مطالعه به خاطر صبر و همکاری و همچنین همکارانمان در آموزش و پرورش ناحیه ۴ به دلیل همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می کنیم.

منابع و مراجع

- [۱] ابراهیمی، ج؛ صالحی، ف (۱۳۹۰)، بررسی مقایسه میزان رضایت از زندگی زنان شاغل و خانه دار، مطالعات جامعه شناسی، سال چهارم، شماره سیزدهم، زمستان ۱۳۹۰، صص ۴۷-۶۰
- [۲] امرالهی، ر؛ روشن چسلی، ر؛ شعیری، م؛ آذین، الف (۱۳۹۲)، تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی، مقایسه زنان دارای ازدواج های فامیلی و غیرفامیلی، روانشناسی بالینی و شخصیت، سال بیستم، دوره جدید، شماره ۸، بهار و تابستان ۱۳۹۲
- [۳] حاجیلو، ج؛ رمزی، ص (۱۳۹۳)، بررسی مقایسه سلامت روان زنان شاغل و زنان خانه دار، نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان شناسی، مروتدشت، شرکت اندیشه سازان مبتکر جوان
- [۴] رضائی، ف (۱۳۹۰)، مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه دار، همایش منطقه ای سلامت روان، همدان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان
- [۵] مرکز آمار ایران (۱۳۸۵)، نتایج تفصیلی سرشماری های عمومی نفوس و مسکن کشور، تهران، انتشارات مرکز آمار ایران.
- [۶] نمازی، الف؛ علیزاده، ش؛ طالعی، س (۱۳۹۴)، بررسی ارتباط بین سلامت عمومی، هوش هیجانی و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان مامایی، مجله بالینی پرستاری و مامایی، دوره ۴، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴، صص ۲۰-۲۸
- [۷] یوسفی، ع؛ براتعلی، م؛ عرفان، ع (۱۳۸۹)، ارتباط سلامت روان، اشتغال و تحصیلات دانشگاهی در بین زنان دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، شماره ۱۰
- [8] Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training: Empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention*. 2004; 25(2): 211-32.
- [9] Danesh E, Kakavand AR, Modir Rosta F. Impact of public health and emotional intelligence on academic achievement. *Journal Youth Studies*. 2008; 12:77-90.
- [10] GarusiFarshi MT, Sufiani H. The relationship between personality dimensions and general health in Tabriz's University students. *Studies in Education and Psychology*. 2009;2(19):47-63 .
- [11] Rahimian BE, Mohammadifar M, Najafi M, Dehshiri GR. Life skills influence on students' general health. *Clinical Psychology & Personality*. 2013; 20(8): 23-34.
- [12] Rabino-Massa, E., Prost, M.& Boetsch, G. (2005) Social structure and consanguinity in a French mountain population (1550-1849). *Hum. Biol.* : vol 77(2): PP. 201-12.
- [13] WHO. The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope: World Health Organization; 2001