

مقایسه سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی دانشجویان دختر و پسر  
متاهل و مجرد دانشگاه\*

**A comparison of happiness, physical and mental health in male and female students' married and single of university**

**E. Danesh:** Associate professor, Islamic Azad University, Karaj branch  
E-mail: *esmat\_danesh@yahoo.com*

عصمت دانش: دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

چکیده

**Abstract**

**Aim:** The purpose of this study was to determine the effects of being married vs. being single on reported happiness as well physical and mental health of university students. **Method:** Method was causal-comparative and research instruments were the Oxford Happiness Questionnaire of Argyle and Lu, 1989 and the General Health Questionnaire (GHQ-28) of Goldberg & Heler (1979) and a researcher made Questionnaire for attaining demographic data. Out of a population of 8600 students studying in Amiralmomenin Complex of the Islamic Azad University in the City of Karaj (candidates of the 2005 General Entrance Exam). Random sampling based on the Kerejci-Morgan table (1970), 400 married and single students were selected. **Results:** Results showed that married students rated higher levels of happiness and physical and mental health as compared to single students. Somatic symptoms, anxiety symptoms and sleep disorders, social dysfunction and depression of married students were also lower. There were no significant sex and age differences **Conclusion:** Since marriage has an effective role in maintenance and improving levels of the happiness and physical and mental health, so it is necessary that government adopts contrivances to facilitate marriage.

**هدف:** هدف پژوهش تعیین نقش تأهل و مجرد بر سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه بود. **روش:** روش پژوهش از نوع علی-مقایسه ای و ابزار پژوهش پرسشنامه‌های شادکامی آکسفورد ۱۹۸۹، سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) و پرسشنامه محقق ساخته برای کسب اطلاعات شخصی بود. جامعه آماری ۸۶۰۰ دانشجوی دختر و پسر متاهل و مجرد ورودی ۱۳۸۴ به بعد دانشکده های مجتمع امیرالمؤمنین دانشگاه آزاد واحد کرج بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس طبق جدول کرجسی- مورگان (۱۹۷۰) ۴۰۰ نفر -۲۰۰ دختر و پسر متاهل و ۲۰۰ دختر و پسر مجرد- انتخاب شد. از تعداد ۲۰۰ نفر در هر گروه ۱۰۰ نفر در محدوده سنی ۲۵ تا ۲۹ و ۱۰۰ نفر در محدوده سنی ۳۰ تا ۳۵ قرار داشت. یافته‌ها: یافته ها نشان داد سطح شادکامی و سطح کلی سلامت جسمی و روانی دانشجویان متاهل بیشتر از دانشجویان مجرد است. نشانه های بدنی، علائم اضطراب و اختلال در خواب، میزان افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی در دانشجویان متاهل کمتر از دانشجویان مجرد است. تفاوت سطح شادکامی و سطح کلی سلامت جسمی و روانی و مؤلفه های آن بر اساس جنس و سن در دانشجویان مجرد معنادار نیست. نتیجه‌گیری: از آنجا که ازدواج نقش مؤثری در سطح سلامت عمومی و شادکامی جوانان دارد، لازم است تمهیداتی از سوی سیاستگذاران برای تسهیل در امر ازدواج افراد جامعه صورت پذیرد.

**Keywords:** *happiness, male and female students, married, single, physical and mental health*

**کلید واژه‌ها:** دانشجویان پسر و دختر، سلامت جسمی و روانی، شادکامی، متاهل، مجرد

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۲۴؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۹/۱/۱۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱/۲۹

\* این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است.

## مقدمه

بدون شک یکی از مهمترین تصمیم‌هایی که هر انسان در طول زندگی خود می‌گیرد، انتخاب شریک زندگی است. در واقع ازدواج اولین تعهد عاطفی و حقوقی است که دو نفر آن را در بزرگسالی می‌پذیرند. با همسرگزینی و انعقاد پیمان زناشویی، خانواده تشکیل می‌گردد تا با ارضای نیازهای جسمی، جنسی، عاطفی، احساس‌ایمنی، تعلق خاطر و حرمت نفس در آن رشد و تحول و پیشرفت فردی و اجتماعی میسر شود. بنابراین طی گذشت زمان ازدواج به عنوان زیربنایی برای تشکیل یک جامعه با قوام شناخته شده است که بدون آن نه تمدنی به وجود می‌آید و نه پیشرفتی حاصل می‌شد (بولتون، ۱۳۸۳).

ازدواج ارتباطی را می‌رساند که در مقایسه با دیگر ارتباطات انسانی دارای تأمین بی‌نظیر است، که با هیچیک از دیگر ارتباطات انسانی قابل مقایسه نیست. دیگر ارتباطات انسانی بُعدی از حیات را می‌پوشانند و حال آن که زوجیت مجموعه‌ای از روابط است که ابعاد مختلف جسمی، زیستی، اقتصادی، عاطفی، روانی اجتماعی، معنوی و ذهنی را شامل می‌شود که سلامت هر یک از ابعاد آن با سلامت روانی و بهزیستی زوجین رابطه دارد (لوکاس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

به علت خصوصیات بی‌نظیر روابط زناشویی است که در ادیان الهی به خصوص دین مبین اسلام ازدواج به عنوان امری مقدس توصیه و تاکید گردیده و مقوله ازدواج مشابه لباس (بقره/ ۱۸۷) در نظر گرفته شده است و «اطمینان قلبی و آرامش» که با «یاد خدا» حاصل می‌گردد (رعد/ ۲۸)، با در کنار هم قرار گرفتن دو زوج هم‌مطراز (هم‌کفو) نیز پدید می‌آید. رسول گرامی اسلام (ص) ازدواج را عامل ایجاد اخلاق نیکو در فرد می‌داند و می‌فرماید: «مردان و زنان بی همسر خود را به ازدواج یکدیگر درآورید، چرا که خداوند، اخلاق آنان را نیکو می‌سازد» (دانش، ۱۳۸۴).

امروزه، پژوهش‌های جامعه‌شناسان و روان‌شناسان نیز، حاکی از ارتباط مثبت سلامت روان و ازدواج است. در همین زمینه، مطالعات اداره بهداشت عمومی آمریکا در سال ۲۰۰۸ نشان می‌دهد که بین سلامت روانی و ازدواج، ارتباط معنی‌داری وجود دارد. افراد متأهل در مقایسه با افراد مجرد در وضعیت بهتری از سلامت روانی قرار دارند، نشانه‌های روان‌آزردگی در آن‌ها کمتر دیده می‌شود و درصد کمتری از آن‌ها در بیمارستان‌های روانی بستری‌اند (تبیان، ۱۳۸۷). همین فواید ازدواج و تشکیل خانواده، یعنی ایجاد اخلاق نیکو در افراد، شادکامی، سلامت و بهداشت روانی، انس، آرامش، مودت و رحمت است که خانواده را بین دیگر نهادهای اجتماعی، منحصر به فرد ساخته است به طوری که از آن به عنوان ریشه‌ای‌ترین نهاد اجتماعی یاد می‌شود.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد ازدواج نقش مهمی در سلامت عمومی زوجین ایفا می‌کند (لمب، لی و دماریس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). افراد متأهل از فوائد حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی حاصل از ازدواج لذت می‌برند (لاکسو و پائونون-ایلمونن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲ و وایت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸)، میزان مرگ و میر در آن‌ها پایین‌تر است، و با مهار عوامل متعدد، بسیار شادمان‌تر از افراد مجردند و نیز سلامت جسمی و روانی آن‌ها بیشتر و طول عمرشان زیادتر است (ویلسون و اوسوالد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). بارت<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) نیز به قدرت ازدواج پس از ۱۲ ماه، در کاهش بروز نشانه‌های افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد اشاره کرده است.

وضعیت تأهل و ازدواج با شادکامی نیز ارتباط دارد. در یک مطالعه بین فرهنگی مشخص شد افراد متأهل به طور میانگین شادکام‌تر از افراد مجردند (داینر، گوم، سو و اوشی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). شادکامی ارتباط ضعیفی با افراد مجردی دارد که با هم زندگی می‌کنند. افرادی که می‌توانند چندین دوست صمیمی را انتخاب کنند که با این افراد بتوانند به طور آزادانه احساسات و روابط صمیمانه‌شان را تقسیم کنند، سالمتر و شادترند. پس جای تعجب نیست که آن‌هایی که بسته‌ترین یعنی صمیمی‌ترین<sup>۷</sup> روابط زندگیشان را تجربه کرده‌اند - یعنی اشخاص متأهل - از افرادی که هرگز ازدواج نکرده‌اند یا طلاق گرفته‌اند، شادترند (داینر و مایرز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵).

در مقابل عدم تأهل به اضطراب منتشر، فوبیا و حملات وحشتزدگی منتهی می‌شود (مک لود<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳). داینر، ولسیک و فوجیتا<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۵) نشان دادند بسیاری از چالش‌های درونی، اضطراب، افسردگی و غم بی‌پایان، فوبی و وحشتزدگی در افراد مجرد ناشی از این خلاء بزرگ است. برودی<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۶) استدلال می‌کند، به علت اثرات مخرب تنهایی و تجرد بر جسم و روان است که بیشتر کسانی که طلاق می‌گیرند و جدا می‌شوند مجدداً ازدواج می‌کنند و این امر نشان می‌دهد که مردم مایلند روابط خود را در یک واحد خانوادگی تداوم بخشند، گرچه ممکن است گاهی قادر به انجام این کار نباشند و دچار مشکل شوند. بنابراین بهداشت روانی جامعه در گرو تداوم و بقاء ازدواج و تشکیل خانواده‌ای پایدار است. بنابراین هرگاه خطری در جامعه ازدواج

- 
1. Lamb, Lee & DeMarris
  2. Laakso & Paunonen-Illmonen
  3. Waite
  4. Wilson & Oswald
  5. Barrett
  6. Diener, Gohm, Suh & Oishi
  7. closest
  8. Myers
  9. McLeod
  10. Wolsic & Fujita
  11. Brody

مقایسه سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی دانشجویان دختر و پسر ...

را تهدید کند، سلامت جسمانی و عاطفی اعضای جامعه و نهایتاً بهداشت روانی جامعه نیز به خطر می‌افتد. افزون بر این ازدواج و تشکیل خانواده، نقش مهمی در تزکیه و بقای جامعه دارد و تلاش در جهت استحکام آن، زمینه را برای سلامت اخلاقی و سعادت عمومی جامعه فراهم می‌سازد. چرا که ازدواج مشروع جلوی بی بند و باری، هرج و مرج و آشفتگی های جنسی را می‌گیرد و پسران و دختران جوان را وادار می‌دارد که در چارچوب قواعد و اصول مشخصی، به زندگی اجتماعی تن در دهند (تبیان، ۱۳۸۲).

نتایج پژوهش در مورد ۱۷ ملیت مختلف با کنترل عوامل جنس، سن، سلامتی، موقعیت مالی، داشتن فرزند، سطح تحصیلات، مذهب، میزان طلاق و جز آن نشان داد ضمن این که ازدواج بهترین پیش بینی کننده سلامتی است، افراد متأهل نسبت به افراد مجردی که روابط جنسی خارج از حیطه ازدواج دارند و حتی در مقایسه با افراد مجرد، سلامت روانی مطلوب تری دارند. نتایج این یافته ها برای هر ملیت به طور جداگانه و در کشورهای اروپایی توسط پژوهش دای تلاً (۲۰۰۳، به نقل از ویلسون و اسوالد، ۲۰۰۵) نیز تأیید شد. نتایج پژوهش های اداره بهداشت عمومی آمریکا نیز نشان داده است به طور معنی داری افراد متأهل در مقایسه با افراد مجرد در وضعیت بهتری از نظر سلامت روان قرار دارند و درصد کمتری از آن‌ها مبتلا به بیماری‌های جسمی و روانی هستند (استاک و اشلمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹).

بنابراین با توجه به کلیه مزایایی که ازدواج در وجوه گوناگون شخصیت انسان دارد، و افزایش سن متوسط ازدواج و عدم تمایل بسیاری از دختران و پسران جوان به ازدواج و تشکیل خانواده در ایران و نگرانی همه صاحب نظران، اهمیت و ضرورت انجام پژوهش‌هایی از این دست برجسته می‌شود، تا مسئولین، سازمان ها، مشاوران و خانواده ها بتوانند با طرح و تدوین برنامه‌هایی، جوانان را که نبض پر تپش جامعه محسوب می‌شوند برای ازدواجی روشن بینانه و سنجیده آماده و توانا سازند و به آنان یاری رسانند با آینده نگری و دوراندیشی و جوشش و کوشش، با ازدواجی مناسب و به هنگام از طریق ارضای این نیاز اساسی آرامش و صمیمیت را از عمق روح و جان در زندگی زناشویی تجربه کنند و در راه تعالی شخصیت خویش گام بردارند.

از سوی دیگر هرچند به صورت نظری اثرات مثبت تأهل و پیامد های منفی تجرد، مورد تأیید دیدگاه ها و مکاتب مختلف است و در مورد آن زیاد صحبت شده است، ولی با جستجوهای که به عمل آمده به رغم اهمیت موضوع، پژوهش کمی به ویژه در ایران در این زمینه و با ابعادی که در این طرح مطرح شده، صورت گرفته است. بنابراین نتایج این طرح می‌تواند از نوآوری و بداعت خاصی برخوردار باشد و نه تنها زمینه پژوهش‌های محلی، ملی و بین فرهنگی را فراهم

---

1. DiTella

2. Stack & Eshleman

آورد، بلکه به سیاستگذاری‌ها و برنامه ریزی‌هایی کاربردی برای ایجاد انگیزه ازدواج و تشکیل خانواده در جوانان منتهی شود، که بر اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش بیش از پیش صحنه می‌گذارد. از این رو با توجه به آنچه گذشت/هدفی را که این پژوهش دنبال می‌کند عبارتند از: تعیین و مقایسه سطح شادکامی در دانشجویان متأهل و مجرد دختر و پسر به تفکیک، تعیین و مقایسه سطح کلی و مولفه‌های سلامت جسمی و روانی در دانشجویان متأهل و مجرد دختر و پسر به تفکیک، و شناسایی تأثیر افزایش سن دانشجویان دختر و پسر مجرد بر سطح شادکامی و سلامت عمومی آن‌ها.

همچنین در این پژوهش اثر ازدواج در بهداشت روانی دانشجویان از طریق مقایسه سطح شادکامی، سلامت جسمی و روانی دانشجویان متأهل و مجرد با ابعاد دیگر این پژوهش که سن و جنس است، با آزمون فرضیه‌های زیر سنجیده می‌شود.

۱. سطح شادکامی در دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد است.
۲. سطح شادکامی دانشجویان دختر مجرد با دانشجویان پسر مجرد متفاوت است.
۳. سطح شادکامی دانشجویان دختر و پسر سنین بالاتر کمتر از دانشجویان دختر و پسر سنین پایین‌تر است
۴. سطح کلی سلامت جسمی و روانی در دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد است.
۵. نشانه‌های بدنی در دانشجویان متأهل کمتر از دانشجویان مجرد است.
۶. علائم اضطراب و اختلال در خواب در دانشجویان متأهل کمتر از دانشجویان مجرد است.
۷. اختلال در کارکرد اجتماعی در دانشجویان متأهل کمتر از دانشجویان مجرد است.
۸. میزان افسردگی در دانشجویان متأهل کمتر از دانشجویان مجرد است.
۹. سطح کلی سلامت عمومی دختران مجرد با پسران مجرد تفاوت دارد.
۱۰. نشانه‌های بدنی در دانشجویان دختر و پسر مجرد سنین بالاتر بیشتر از دختر و پسر مجرد سنین پایین‌تر است.
۱۱. علائم اضطراب و اختلال در خواب در دانشجویان دختر و پسر مجرد سنین بالاتر بیشتر از دانشجویان دختر و پسر مجرد سنین پایین‌تر است.
۱۲. اختلال در کارکرد اجتماعی در دانشجویان مجرد سنین بالاتر بیشتر از دانشجویان مجرد سنین پایین‌تر است.
۱۳. میزان افسردگی در دانشجویان مجرد سنین بالاتر بیشتر از دانشجویان مجرد سنین پایین‌تر است.
۱۴. سطح کلی سلامت جسمی و روانی در دانشجویان مجرد سنین بالاتر کمتر از دانشجویان مجرد در سنین پایین‌تر است.

مقایسه سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی دانشجویان دختر و پسر ...

۱۵. نشانه های بدنی، علائم اضطراب و اختلال در خواب، میزان افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی دختران مجرد با پسران مجرد متفاوت است.

## روش

این پژوهش از نوع طرح های علی مقایسه ای است. جامعه آماری کلیه دختران و پسران جوان متأهل و مجرد ورودی ۱۳۸۴ به بعد دانشکده های ساختمان امیرالمومنین دانشگاه آزاد واحد کرج به تعداد ۸۶۰۰ نفر بودند. براساس جدول کرجسی- مورگان<sup>۱</sup> (۱۹۷۰) تعداد کل آزمودنی ها ۴۰۰ نفر شد. با استفاده از ترکیبی از نمونه گیری هدفمند<sup>۲</sup> و نمونه گیری اتفاقی<sup>۳</sup> (یا در دسترس) برای هر گروه ۲۰۰ نفر دختر و پسر متأهل و ۲۰۰ نفر دختر و پسر مجرد انتخاب شد. در هر گروه ۱۰۰ نفر در محدوده سنی ۲۵ تا ۲۹ سال و ۱۰۰ نفر در محدوده سنی ۳۰ تا ۳۵ سال قرار داشت. آزمودنی ها در دو گروه متأهل و مجرد به غیر از وضعیت تأهل در بقیه متغیرها حتی- الامکان همتاسازی شدند. افرادی که سابقه بیماری های روانی، بستری شدن در بیمارستان، مصرف دارو به خاطر بیماری جسمی و روانی، اعتیاد به مواد مخدر داشتند، کنار گذاشته شدند.

## ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه شادکامی اکسفورد<sup>۴</sup>. در میان پرسشنامه های مختلف شادکامی پرسشنامه شادکامی اکسفورد جایگاه ویژه ای دارد و در پژوهش های چنددی به کار رفته است. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط آرگایل و لو<sup>۵</sup> تهیه شده است. چون آزمون بک<sup>۶</sup> یکی از موفق ترین مقیاس های افسردگی بوده است، آرگایل پس از رایزنی با بک بر آن شد تا جملات مقیاس افسردگی بک را معکوس کند. بدین ترتیب ۲۱ ماده تهیه شد. سپس ۱۱ ماده به آن افزوده شد، تا سایر جنبه های شادکامی را در برگیرد. بعد از آن، این سیاهه ۳۲ ماده ای در مورد ۸ دانشجو اجرا و از دانشجویان خواسته شد تا گزینه ها را مرتب و درباره روایی صوری پرسش ها نیز قضاوت کنند. این امر سبب تغییر برخی مواد آزمون و نیز حذف ۳ ماده گردید. بنابراین فرم نهایی سیاهه ۲۹ ماده دارد (آزموده، شهیدی و دانش، ۱۳۸۶). برای محاسبه اعتبار سیاهه شادکامی اکسفورد نوربالا و علیپور (۱۳۷۸)، در پژوهش خود با ۲۵ نفر از دانشجویان، آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را به دست

1. Kerejci-Morgan
2. purposive sampling
3. accidental sampling
4. Oxford Happiness Inventory (OHI)
5. Argyle & Lu
6. Beck

آوردند که در مقایسه با پژوهش‌های دیگران بالاتر است. آرگایل ۱۹۹۰ آلفای ۰/۹۰، فارنهایم و بروینگ<sup>۱</sup> ۱۹۹۰ آلفای ۰/۸۷ و فرانسیس و همکاران ۱۹۹۸ آلفای ۰/۸۹ و ۰/۹۰ را به دست آوردند (آزموده و همکاران، ۱۳۸۶). اعتبار سیاهه شادکامی اکسفورد را نوربالا و علیپور (۱۳۷۸)، با حجم نمونه ۲۵ دانشجو از طریق آزمون - باز آزمون پس از ۳ هفته ۰/۷۹ گزارش کردند. آرگایل و لو ۱۹۹۰ اعتبار باز آزمایی ۰/۷۸ را پس از ۶ هفته و ۰/۶۷ را پس از ۵ ماه گزارش کرده اند (آزموده و همکاران، ۱۳۸۶). نوربالا و علیپور (۱۳۷۸) با فرمی کوتاهتر از سیاهه شادکامی اکسفورد اعتبار ۰/۷۱ را پس از ۸ ماه و همبستگی میان هر یک از مواد آزمون با نمره کل را ۰/۴۰ تا ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند.

هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می شود جملات هر گروه را در پرسشنامه به دقت بخواند، سپس جمله ای را علامت بزند که بهتر از همه طرز احساس او را در روزهای اخیر مشخص می کند. در همه ۲۹ گروه به گزینه الف نمره ۰، به گزینه ب نمره ۱، به گزینه ج نمره ۲، و به گزینه ج نمره ۳، تعلق می گیرد بنابراین دامنه نمرات بین ۰ تا ۸۷ قرار می گیرد.

۲. پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی<sup>۲</sup>. این پرسشنامه، سرندی مبتنی بر روش خود- گزارش دهی است که توسط گلدبرگ و هیلر<sup>۳</sup> (۱۹۷۹) تدوین شد و دارای چهار زیر مقیاس به شرح زیر است که هر مقیاس هفت پرسش دارد:

مقیاس A: نشانه‌های بدنی. این مقیاس مربوط به نشانه های بدنی مشکلات روانی است و سئوالات آن احساس سلامتی و بیماری، سردرد، احساس نیاز به داروهای تقویتی، احساس ضعف و سستی و احساس داغ یا سرد شدن بدن را می سنجد.

مقیاس B: علائم اضطراب و اختلال خواب. سوال های این مقیاس مربوط به بی خوابی، احساس فشار و تنیدگی، عصبانیت و بدخلق شدن، ترس و وحشت بی دلیل، دلشوره و ناتوانی در انجام کارها است.

مقیاس C: اختلال در کارکرد اجتماعی<sup>۴</sup>. در این مقیاس توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره زندگی اندازه گیری می شود.

مقیاس D: علائم افسردگی است. این مقیاس علائم اختصاصی افسردگی از قبیل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و توانایی انجام امور را بررسی می کند (نابل<sup>۵</sup>،

1. Furnham & Brewing
2. General Health Questionnaire- 28 (GHQ- 28)
3. Goldberg & Hiller
4. social dysfunction
5. Noble

۲۰۰۱). نمرات فرد در تمام زیر مقیاس‌ها می‌تواند در دامنه‌ای بین ۱۴ تا ۲۱ قرار گیرد. این پرسشنامه به عنوان ابزار پژوهشی معتبری در پژوهش‌ها، با هدف ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت مورد استفاده قرار گرفته است (استورا، ۱۳۷۷). در آخرین جلسه انجمن سازمان بهداشت جهانی این پرسشنامه به عنوان ابزاری معتبر و روا مطرح شده است. بهترین شاخص‌های روایی پرسشنامه‌های غربالگری دو شاخص حساسیت<sup>۱</sup> و ویژگی<sup>۲</sup> است. «ویژگی» یک آزمون غربالگرانه عبارت از نسبت افراد سالم درست شناسایی شده با منفی‌های واقعی که به عنوان درصد غیربیماران بیان می‌شود. «حساسیت» آزمون غربالگری عبارتست از نسبت بیماران درست شناسایی شده با مثبت‌های واقعی که به عنوان درصد بیماران بیان می‌شود (دانش و فیروزبخت، ۱۳۸۵). تا کنون بیش از ۷۰ مطالعه در مورد اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی در نقاط مختلف دنیا انجام شده است که از این تعداد ۴۵ مطالعه اطلاعات مفصلی راجع به روش‌های نمونه‌گیری ارائه داده‌اند که این موجب می‌شود بتوان مقایسه‌های مستقیمی بین آن‌ها انجام داد. ویلیامز<sup>۳</sup>، گلدبرگ و ماری<sup>۴</sup> ۱۹۸۸ این مطالعات را فرا تحلیل<sup>۵</sup> کردند. نتایج نشان داد که متوسط حساسیت پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۸۳٪ بین (۷۰٪ تا ۸۹٪) و متوسط ویژگی آن برابر ۸۲٪ (بین ۷۸٪ تا ۸۵٪) است (یعقوبی، ۱۳۷۴). همچنین برای ارزیابی پایایی آن پالاهنگ، نصر، براهنی و شاه محمدی (۱۳۷۵) با فاصله زمانی یک هفته تا ده روز، پس از آزمون اول ۸۰ نفر را دوباره مورد ارزیابی قرار دادند. این پژوهشگران سه خوشه ۱۰ خانواری را در شهر کاشان به تصادف برگزیدند. نتایج نشان داد که بهترین نقطه برش<sup>۶</sup> در مردان با روش نمره‌گذاری ساده لیکرت نمره ۲۲ است. حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه طبقه‌بندی<sup>۷</sup> به ترتیب ۸۸٪، ۷۸٪ و ۱۹٪ بود. بهترین نقطه برش در زنان نمره ۲۱، و حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه طبقه‌بندی به ترتیب ۸۸٪، ۷۹٪ و ۱۶٪ بود. با بهره‌گیری از ضریب همبستگی پیرسون پایایی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی محاسبه شد که ۰/۹۱ بود. زارع، جعفری و رنجبر (۱۳۸۷) نیز اعتبار آزمون را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. هنگام اجرا از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود جملات هر گروه را در پرسشنامه به دقت بخوانند، سپس جمله‌ای را علامت بزنند که در هر گروه بهتر از همه طرز احساس او را در روزهای اخیر مشخص می‌کند. در همه

1. sensitivity
2. specificity
3. Williams
4. Mari
5. Meta analysis
6. Cut –off point
7. Overall Misclassification Rate



۲۸ گروه به گزینه الف نمره ۰، به گزینه ب نمره ۱، به گزینه ج نمره ۲، و به گزینه ج نمره ۳، تعلق می‌گیرد بنابراین دامنه نمرات بین ۰ تا ۸۴ قرار می‌گیرد.

۳. پرسشنامه اطلاعات شخصی. این پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعاتی از قبیل سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، جنس، میزان درآمد، طول مدت زناشویی متأهلین، استفاده و یا عدم استفاده از داروهای اعصاب در حال یا گذشته، اعتیاد به مواد و نظایر آن مورد استفاده قرار گرفت.

### یافته‌ها

فرضیه‌ها به ترتیب در مورد ۸ گروه آزمودنی به تفکیک سن و جنس مورد آزمون قرار گرفت و نتایج در جدول‌های زیر ارائه شد.

جدول ۱. نتایج آزمون  $t$  در مورد سطح شادکامی دانشجویان متأهل و مجرد

گروه‌ها	تعداد	میانگین	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	F تست لون	t	df	P
مجرد	۲۰۰	۴۲/۵۶	-۵/۴۴	۱۳/۰۱	۰/۱۷۱	-۴/۱۳	۳۹۸	۰/۰۰۰۱
متأهل	۲۰۰	۴۸/۰۰		۱۳/۲				

با توجه مقدار  $t$  محاسبه شده در جدول ۱ سطح شادکامی دانشجویان متأهل به طور معناداری بیشتر از دانشجویان مجرد است.

جدول ۲. نتایج آزمون  $t$  در مورد تفاوت سطح شادکامی دانشجویان دختر و پسر مجرد و تفاوت سطح شادکامی دانشجویان دختر و پسر مجرد سنین بالاتر و پایین‌تر

مجرد	تعداد	میانگین	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	F تست لون	t	df	p
دختر	۱۰۰	۴۵/۴۵	۲/۱۵	۱۱/۱۷	۱۱/۱۰۸	۱/۹۱	۱۹۸	۰/۳۵
پسر	۱۰۰	۴۲/۳۰		۱۳/۰۶				
۳۰-۳۵	۱۰۰	۴۴/۴۷	-۱/۶۳	۱۳/۸۵	۱۱/۱۰۸	-۱/۳۱	۱۹۸	۰/۲۳
۲۵-۳۰	۱۰۰	۴۶/۱۰		۱۲/۹۳				

با توجه به نتایج جدول ۲ تفاوت سطح شادکامی دانشجویان دختر مجرد با دانشجویان پسر مجرد و تفاوت سطح شادکامی دانشجویان دختر و پسر مجرد سنین بالاتر و پایین‌تر معنادار نیست.

جدول ۳. نتایج آزمون t سطح کلی سلامت عمومی و مولفه های آن در دانشجویان متأهل و مجرد

گروه ها	متغیر	تعداد	میانگین	تفاوت میانگین ها	انحراف معیار	F تست لون	t	df	p
مجرد	سطح کلی سلامت	۲۰۰	۲۷/۲۸	۸/۶۱	۱۸/۴۶	۱۱/۱۰۸	-۵/۳۶	۳۹۸	۰/۰۰۰۱
	عمومی	۲۰۰	۱۸/۶۶						
مجرد	نشانه های بدنی	۲۰۰	۶/۳۱	۱/۸۶	۴/۶۸	۵/۸۱	۴/۳۶	۳۹۸	۰/۰۱۶
	متأهل	۲۰۰	۴/۴۵						
مجرد	علائم اضطراب و اختلال در خواب	۲۰۰	۷/۰۰	۱/۸۰	۵/۳۳	۶/۰۷	۳/۷۴	۳۹۸	۰/۰۱۴
	متأهل	۲۰۰	۵/۱۹						
مجرد	اختلال در کارکرد اجتماعی	۲۰۰	۸/۴۶	۲/۸۹	۴/۶۸	۷/۶۹	۶/۹۹	۳۹۸	۰/۰۰۶
	متأهل	۲۰۰	۵/۵۶						
مجرد	افسردگی	۲۰۰	۵/۵۹	۲/۱۲	۴/۶۸	۲۲/۷۴	۳/۸۵	۳۹۸	۰/۰۰۰۱
	متأهل	۲۰۰	۳/۴۶						

با توجه به نتایج جدول ۳ سطح کلی سلامت جسمی و روانی دانشجویان متأهل به طور معناداری بیشتر از دانشجویان مجرد است. نشانه های بدنی، علائم اضطراب و اختلال در خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی در دانشجویان متأهل کمتر از دانشجویان مجرد است.

جدول ۴. نتایج آزمون t در مورد مؤلفه های مقیاس سلامت عمومی دانشجویان دختر و پسر مجرد

سنین بالاتر و پایین تر

سن مجردین به سال	مؤلفه های سلامت عمومی	تعداد	میانگین	تفاوت میانگین ها	انحراف معیار	F تست لون	t	df	p
۳۰-۳۵	نشانه های بدنی	۱۰۰	۵/۴۴	۰/۱۱	۴/۵۹	۲/۷۶	۰/۲۵۲	۱۹۸	۰/۰۹۷
		۱۰۰	۵/۳۳						
۲۵-۳۰	اضطراب و اختلال خواب	۱۰۰	۶/۳۰	۰/۴۱	۵/۰۷	۱/۸۲	۰/۸۲۸	۱۹۸	۰/۱۷۸
		۱۰۰	۵/۸۹						
۳۰-۳۵	اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۰۰	۹/۰۰	۱/۰۹	۵/۰۴	۴/۲۲	۱/۶۵	۱۹۸	۰/۴۱
		۱۰۰	۷/۹۱						
۲۵-۳۰	افسردگی	۱۰۰	۶/۰۰	۰/۸۲	۶/۵۴	۲/۲۱	۰/۹۲۴	۱۹۸	۰/۱۳
		۱۰۰	۵/۱۸						
۳۰-۳۵	سطح کلی سلامت عمومی	۱۰۰	۲۸/۷۶	۲/۹۶	۱۹/۷	۲/۰۰	۱/۱۳۴	۱۹۸	۰/۱۵۸
		۱۰۰	۲۵/۸۰						
دختر مجرد	سطح کلی سلامت عمومی	۱۰۰	۵/۴۴	-۰/۹۲	۱۳/۱۲	۰/۱۳۹	۰/۴۸۵	۱۹۸	۰/۷۰۹
		۱۰۰	۵/۳۳						
پسر مجرد									

همانطور که جدول ۴ نشان می دهد تفاوت سطح نشانه های بدنی، علائم اضطراب و اختلال در خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی و سطح کلی سلامت جسمی و روانی در دانشجویان دختر و پسر مجرد سنین بالاتر و سنین پایین تر و همچنین تفاوت سطح کلی سلامت عمومی دختران مجرد با پسران مجرد معنادار نیست.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس در مورد تفاوت در نمره های مولفه های مقیاس سلامت عمومی بین دختران

مجرد و پسران مجرد

معنی داری	F	میانگین مجدورات	df	مجموع مجدورات	منبع تغییرات	متغیر
۰/۱۰۱	۲/۷۱۶	۳۸/۷۲۰	۱	۳۸/۷۲۰	بین گروهی	نشانه های بدنی
		۱۴/۲۵۴	۱۹۸	۲۸۲۲/۳۰۰	درون گروهی	
			۱۹۹	۲۸۶۱/۰۲۰	کل	
۰/۸۳۷	۰/۰۴۳	۰/۷۲۰	۱	۰/۷۲۰	بین گروهی	علائم اضطراب و اختلال در خواب
		۱۶/۸۶۵	۱۹۸	۳۳۳۹/۲۰۰	درون گروهی	
			۱۹۹	۳۳۳۹/۹۲۰	کل	
۰/۲۲۹	۱/۴۵۵	۱۸/۶۰۵	۱	۱۸/۶۰۵	بین گروهی	میزان افسردگی
		۱۲/۷۸۵	۱۹۸	۲۵۳۱/۳۵۰	درون گروهی	
			۱۹۹	۲۵۴۹/۹۵۵	کل	
۰/۱۴۳	۲/۱۶۷	۵۲/۰۲۰	۱	۵۲/۰۲۰	بین گروهی	اختلال در کارکرد اجتماعی
		۲۴/۰۰۰	۱۹۸	۴۷۵۲/۰۶۰	درون گروهی	
			۱۹۹	۴۸۰۴/۰۹۰	کل	

همان طور که جدول ۵ نشان می دهد تفاوت دختران و پسران مجرد از نظر نشانه های بدنی، علائم اضطراب و اختلال در خواب، میزان افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی معنادار نیست.

### بحث و نتیجه گیری

با آزمون فرضیه اول این پژوهش مشخص شد سطح شادکامی دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد است. همخوان با این یافته در اولین پژوهش ها، گوو و هیوگز و استایل<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) گزارش کردند ازدواج حتی پس از کنترل عوامل مداخله گری مانند سن، جنس و نژاد، شادکامی افراد را به خوبی پیش بینی می کند. گرین و رودجرز (۲۰۰۱) و ویلسون و اوسوالد (۲۰۰۵) نیز به این نتیجه دست یافتند افراد متأهل با کنترل عوامل متعدد، بسیار شادمان تر از

1. Gove, Hughes, & Style
2. happiness

مقایسه سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی دانشجویان دختر و پسر ...

افراد مجرد هستند. در تبیین این یافته می توان گفت. نیازی که بیشترین شادی ها را به همراه دارد نیاز به تقسیم زندگی خود با دیگری است. ازدواج با ایجاد هیجان هایی در حد اعلاى خود، می تواند منشاء شادی بسیار، همچون ترکیبی یگانه از توانایی ها دو فرد باشد. درازدواج، افراد به سرچشمه‌ای از شادی و بهشتی سوای این دنیا دست می یابند. عوامل دیگری که ممکن است در شادکامی افراد متأهل نقش داشته باشد این است که افراد متأهل ارتباط جنسی رضایت بخشی دارند. پژوهش ها نشان می دهد بیش از نیمی (۵۴٪) از مردان متأهل و ۴۳٪ از زنان متأهل از رابطه جنسی خود بسیار راضی اند. افراد متأهل ثروت و سرمایه اقتصادی بیشتری دارند (استاک و اشلمن، ۱۹۹۸). از آنجا که افراد متأهل قادر به ذخیره دارایی های خود هستند، در مجموع ثروتمندترند. در واقع متوسط دارایی خانوار برای متاهلین ۱۳۲۰۰۰ دلار در مقایسه با ۳۵۰۰۰ دلار برای مجردها و ۴۲۲۷۵ دلار برای افراد بیوه و ۲۳۶۷۰ دلار برای افراد مطلقه است (لوکاس، ۲۰۰۳).

آزمون فرضیه دوم و سوم نشان داد تفاوت سطح شادکامی دانشجویان دختر مجرد با دانشجویان پسر مجرد و دانشجویان دختر و پسر سنین بالاتر (۳۵-۳۰سال) و سنین پایین تر (۲۹-۲۵ سال) معنادار نیست. در تبیین این یافته می توان گفت تجرد و احساس تنهایی به اندازه ای شادکامی فرد را کاهش می دهد که با افزایش سن تفاوت معنی داری در میزان آن ایجاد نمی شود.

با آزمون فرضیه چهارم الی هشتم مشخص شد سطح کلی سلامت جسمی روانی دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد است و نشانه های بدنی، علائم اضطراب و اختلال در خواب، میزان افسردگی، و اختلال در کارکرد اجتماعی دانشجویان متأهل کمتر از دانشجویان مجرد است. همخوان با این یافته پژوهش ها نشان داده اند ازدواج نقش مهمی در سلامت عمومی زوجین ایفا می کند (لمب، لی و دماریس، ۲۰۰۳). افراد متأهل از فوائد حمایت های اجتماعی و اقتصادی حاصل از ازدواج لذت می برند (لاکسو و پائونون- ایلمونن، ۲۰۰۲ و وایت، ۲۰۰۸)، میزان مرگ و میر در آن ها پایین تر است، و سلامت جسمی و روانی آن ها بیشتر و طول عمرشان زیادتر است (ویلسون و اوسوالد، ۲۰۰۵). نتایج مطالعه استاک و اشلمن (۱۹۹۸) در مورد ۱۷ ملیت مختلف با کنترل عوامل جنس، سن، سلامتی، موقعیت مالی، داشتن فرزند، سطح تحصیلات، مذهب، میزان طلاق و جز آن نشان داد ضمن این که ازدواج بهترین پیش بینی کننده سلامتی است، افراد متأهل نسبت به افراد مجردی که روابط جنسی خارج از حیطة ازدواج دارند و حتی در مقایسه با افراد مجرد، سلامت روانی مطلوب تری دارند. نتایج این یافته ها برای هر ملیت به طور جداگانه و در کشورهای اروپایی توسط پژوهش های دیگر نیز تأیید شد (ویلسون و اسوالد، ۲۰۰۵). هوروتیز، وایت و وایت (۱۹۹۶) در مطالعه طولی خود گزارش دادند

که ازدواج باعث کاهش بروز نشانه های افسردگی برای زنان و کاهش سوء مصرف مواد برای مردان می شود. بارت (۲۰۰۲) نیز به قدرت ازدواج پس از ۱۲ ماه در کاهش بروز نشانه های افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد اشاره کرد. مارکس و لامبرت (۱۹۹۸) با انجام مطالعه طولی دیگر در سال های ۸۸-۱۹۸۷ و ۹۳-۱۹۹۲، گزارش کردند که ازدواج بر سلامت روان زوجین تأثیر مثبتی دارد این پژوهشگران معتقدند انتقال به دوره ازدواج در حد زیادی تمام نشانه های سلامت روان را بالا می برد. سرانجام سیمون (۲۰۰۲) در مطالعه خود تأکید کرد که ازدواج برای زنان و مردان منافع روانی بسیاری دارد.

لاکسو و پائونون-ایلمونن (۲۰۰۲) نیز ضمن تأکید بر نقش مهم دریافت حمایت اجتماعی پس از ازدواج، آن را به دوحیطه حمایت تقدیری<sup>۱</sup> و حمایت اطلاعاتی<sup>۲</sup> تقسیم می کنند که حمایت تقدیری شامل بازخوردها و تقدیرهای اجتماعی، و حمایت اطلاعاتی شامل نصایح، پیشنهادهای و راهنمایی ها است. این پژوهشگران اعتقاد دارند دریافت هر دوی این حمایت ها منجر به کاهش بروز نشانه های افسردگی در زوجین می شود و تأثیر منفی بر تنش دارد.

باتوجه به تمام مزایایی که پژوهش ها نشان دادند ازدواج از نظر حمایت و ارضای نیازهای زیستی-روانی و اجتماعی برای افراد متأهل به ارمغان می آورد، به نظر بدیهی می رسد که سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی افراد مجرد پائین تر از افراد متأهل باشد، که نتایج پژوهش حاضر نیز موید آن بود.

از سوی دیگر آزمون فرضیه نهم الی پانزدهم نشان داد، در دانشجویان دختر و پسر مجرد سنین بالاتر و سنین پایین تر و دختران مجرد و پسران مجرد تفاوت سطح کلی سلامت جسمی و روانی و نشانه های بدنی، علائم اضطراب و اختلال در خواب، میزان افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی معنادار نیست. در تبیین این یافته ها می توان گفت علائم جسمی و روانی در سنی که فرد نیاز به شریک زندگی را در خود احساس می کند بروز می کند و با افزایش سن بر شدت این علائم به طور معنی داری افزوده نمی شود. به علاوه به خطر افتادن سلامت جسمی و روانی در افراد مجرد در هر دو جنس دیده می شود و از نظر شدت علائم تفاوت معنی داری بین آن ها دیده نمی شود. در حالی که با آزادی های بیشتری که معمولاً پسران از نظر اجتماعی دارند این طور به نظر می رسد که شدت علائم آسیب شناختی در دختران به خاطر مسائل فرهنگی و اجتماعی بیشتر باشد. با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش های پیشین به عنوان تفسیر نهایی می توان گفت:

1. appraisal support
2. informational support

مقایسه سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی دانشجویان دختر و پسر ...

- از آنجا که ازدواج مطمئن ترین و پسندیده ترین رسم اجتماعی برای ایجاد رابطه با جنس مخالف برای دستیابی به هویت انسانی و هویت جنسی است، نمی توان از آن اجتناب کرد.
  - ازدواج می تواند به غنی ترین و پایدارترین روابط انسانی منتهی شود و نیازهای جسمی و روانی انسان را ارضاکند.
  - ازدواج منافع اجتماعی، خانوادگی و فردی بسیاری در بردارد.
  - افراد متأهل سالمترند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند و عمر طولانی تری دارند.
  - شک نیست که سلامت عمومی زوج ها تحت تأثیر متغیرهای متعددی از جمله موقعیت زندگی زناشویی و موقعیت اجتماعی- اقتصادی آن ها (چارسی، ۲۰۰۴)، محل جغرافیایی و میزان دریافت حمایت اجتماعی (گرین و رودجرز، ۲۰۰۱) و غیره قرار دارد.
  - افراد متأهل از ثروت و جایگاه اقتصادی بالاتری بهره مندند و روابط جنسی رضایت بخش تری در قیاس با افراد مجرد و افراد با «رابطه بدون ازدواج» دارند.
- بنابراین ضروری است و پیشنهاد می شود اقداماتی جهت تسهیل ازدواج دختران و پسران صورت گیرد تا از آثار تجرد بر کاهش شادکامی و کمبود رضایت از زندگی و به خطر افتادن سلامت جسمی و روانی دختران و پسران و به تبع آن جامعه جلوگیری شود.
- لازم است به محدودیت‌های پژوهش نیز اشاره شود تا با در نظر گرفتن آن‌ها نتایج پژوهش‌های آتی پر بارتر گردد. مهمترین محدودیت نداشتن آمار دانشجویان در حال تحصیل به تفکیک جنس و وضع تأهل و نیز آزمودنی‌ها در سنین ۳۵-۳۰ سال بود، به همین جهت زمان زیادی صرف پیدا کردن این آزمودنی‌ها شد. محدودیت بعدی محدود بودن مکان آزمودنی‌ها به دانشکده‌های دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بود و محدود بودن این پژوهش به متغیر تأهل و تجرد و در نظر نگرفتن نقش عواملی مانند میزان مذهبی بودن، وضعیت و پایگاه اقتصادی، خصوصیات شخصیتی، شغل، و سازگاری زناشویی زن و شوهر در شادکامی و سلامت عمومی آزمودنی‌ها محدودیت دیگر بود.

## منابع

قرآن کریم.

آزموده، پیمان، شهیدی، شهریار، و دانش، عصمت. (۱۳۸۶). رابطه بین جهت گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی در دانشجویان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان شناسی انجمن ایرانی روان شناسی*. بهار، ۱۱(۱): ۶۰-۷۴.

استورا. (۱۳۷۷). *تنیدگی یا استرس بیماری تمدن*، ترجمه پریخ دادستان، انتشارات سمت، تهران.

بولتون، رابرت. (۱۳۸۳). *روان شناسی روابط انسانی*. ترجمه حمیدرضا سهرابی. تهران. انتشارات رشد.

پلاهنگ، حسن، نصر، مهدی، براهنی، محمد نقی، و شاه محمدی، داوود. (۱۳۷۵). بررسی همه-گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. ۲(۴): ۱۹-۲۷.

تبیان. (۱۳۸۲). *نقش ازدواج در سلامت روان جوانان*. تاریخ مشاهده ۱۳۸۷. <http://www.Tebyan>

دانش، عصمت. (۱۳۸۴). *نقش خودشناسی در درمان اختلالات زناشویی*. انتشارات گلشن اندیشه.

دانش، عصمت، و فیروزبخت، زینب. (۱۳۸۵). استرس و سلامت عمومی کارمندان برج کنترل و کارمندان دفتری هواپیمایی برج آسمان. *فصلنامه اندیشه و رفتار، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی، تابستان*، ۱۲(۲): ۱۶۴-۱۶۰.

زارع، مهدی، جعفری، مریم، و رنجبر، مریم. (۱۳۸۷). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان دانشجویان عضو و غیرعضو در شرکت تجارت هرمی گلدکویست. *مجموعه مقالات چهارمین همایش سراسری بهداشت روان دانشجویان، دانشگاه شیراز*. ص ۲۱۴.

نوربالا، احمد علی، و علیپور، احمد. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. ۵ (۱ و ۲): ۴۰-۲۸.

یعقوبی، نورالله. (۱۳۷۴). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا - گیلان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

- Barrett, A. E. (2002). Marital transition and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*. 45: 451-464.
- Brody, G. (2006). Serial marriage: A heuristic analysis of an emerging family form. *Psychological Bulletin*. 103: 211-222.
- Charisse, J. S. (2004). *Marital relationship status, social support, and psychological well-being among rural, low-income mothers*. Retrieved March 5, 2007, from <http://www.Findarticle.com>.
- Diener, E., Gohm, C.L., Suh, M., & Oishi, S. (2006). Similarity of the relation between marital status and subjective well being across culture. *Journal of Cross-Culture Psychology*. 31: 419-436.
- Diener, E., Wolsic, B., & Fujita, F. (2005). Physical attractiveness and subjective well-being. *Journal of personality and social psychology*. 69: 92-129.
- Diener, E., & Myers, D. (1995). Who is happy? *Psychological science*. 6(1): 10-19.
- Gove, W. R., Hughes, M., & Style, C. B. (1983). Does marriage have positive effects on the Psychological well-being of the individuals? *Journal of Marriage and the Family*. 34: 122-132.
- Goldberg, D. P., & Hiller, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 9: 131-145.
- Green, B. L. & Rodgers, A. (2001). Determinants of social among low-income mothers: A longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*. 29(3): 419-440.

- Horwitz, A. V., White, H. R., & White, H. (1996). Becoming married and mental health: Longitudinal study of a cohort of young adults. *Journal of Marriage and the Family*. 58: 895-907.
- Kerejci, R.V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Education Psychological measurement*. 30: 607-610.
- Laakso, H., & Paunonen-Illmonen, M. (2002). Mother's experience of social support. *Journal of Clinical Nursing*. 11(2): 176-185.
- Lamb, K. A., Lee, G. R., & DeMarris, A. (2003). Union formation and depression: Selection and relationship effects. *Journal of Marriage and the Family*. 65 (4): 953-962.
- Lucas, R. E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness. Reactions to changes in marital status. *Journal of personality and social psychology*. 84(3): 527-539.
- Marks, N. F., & Lambert, J. D. (1998). Marital status continuity and change among young and adults: Longitudinal effects on psychological well-being. *Journal of Family Issues*. 19: 652-686.
- McLeod, J. D. (2003). Anxiety disorders and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology*. 103: 767-776.
- Noble, W. (2001). Psychology. *Austrelin journal of psychology*, 53(1): 18-28.
- Simon, R. W. (2002). Revisiting the relationship among gender, marital status and mental health. *American Journal of Sociology*. 107: 1065-1096.
- Stack, S., & Eshleman, J. R. (1998). Marital status and happiness: A 17 nation study. *Journal of Marriage and the Family*. 60: 527-536.
- Stack, S., & Eshleman, J. R. (2009). Marital status and physical and psychological health. *Journal of Marriage and the Family*. 71: 52-63.
- Waite, L. J. (2008). *Marital values and expectations in context: Results from a 21-city survey*. Retrieved December 5, 2007, from <http://www.Findarticle.com>.
- Wilson, Ch. M., & Oswald, A. J. (2005). *How does marriage affect physical and psychological health? A survey of the longitudinal evidence*. Retrieved March 5, 2007, [www.findarticle.com](http://www.findarticle.com).