

نقش ازدواج در سلامت عمومی زوج های جوان: مطالعه ای طولی

The Role of Marriage on the Mental Health of Newly Married Couples: A Longitudinal Study

M, S. Sadeghy, MA: General psychology
E-mail: m_sadeghi@sbu.ac.ir
H, R. Pouretamad, PhD: Shahid Beheshti Uni.
M, A. Mazaheri, PhD: Shahid Beheshti Uni.

منصوره السادات صادقی: دانشجوی دکتری روان شناسی دانشگاه شهید بهشتی
دکتر حمیدرضا پوراعتقاد: دانشگاه شهید بهشتی
دکتر محمدعلی مظاهری: دانشگاه شهید بهشتی

Abstract: Purpose of this study was to determine the trend of changes in the mental health of married couples. **Method** was a descriptive-comparative study in which 230 married couples were selected from student's mass marriages in Tehran universities. From this sample, 213 couples in the first year of the study, 116 couples in the second year, 46 couples in the third year, 95 couples in the fourth year, 56 married couples in the fifth year, and finally 27 couples in the fourth year of their marriage completed the General Health Questionnaire (GHQ). **Results** indicated that except for the somatic symptoms subscale, differences between mean scores of other subscales as well as the total GHQ mean scores in different years were not significant. The best predictor of the GHQ total score in the fifth year of the study was the event of getting married itself. Also there were gender differences in terms of the GHQ scores: i.e. females have reported lower mental health in comparison with males. **Discussion:** The result showed a change may occur during first year of marriage is in relations and responsibilities of couples and the expression of tension in obtaining communication and conflict – resolution skills. Furthermore, this tension may be increased in women by occupational family and occur at ional roles during first years of marriage which impacts their mental health negatively.

Key words: marriage, newly married couple, general health, longitudinal study

چکیده: هدف پژوهش حاضر تعیین روند تغییر سلامت عمومی در زوجین است. روش پژوهش از نوع توصیفی-مقایسه ای است که برای انجام آن ۲۳۰ زوج از دانشجویان دانشگاه های تهران با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. از این تعداد ۲۱۳ زوج در سال اول مطالعه، ۱۱۶ زوج در سال دوم، ۴۶ زوج در سال سوم، ۹۵ زوج در سال چهارم، ۵۶ زوج در سال پنجم و در نهایت ۲۷ زوج که حدود ۴ سال از عقد آنان گذشته بود به پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ، ۱۹۷۹ پاسخ دادند. داده ها با آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، رگرسیون و t وابسته تحلیل شد. یافته ها نشان داد به جز زیرمقیاس نشانه های بدنی، تفاوت میانگین زیرمقیاس ها و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی در بین سال های مختلف مطالعه، تفاوت معناداری ندارد. معتبرترین پیش بینی کننده نمره کل سلامت عمومی در سال پنجم مطالعه و ازدواج کردن زوجین است. وضعیت سلامت عمومی در بین زوج های دانشجوی مختلف در هر سال مطالعه تفاوت داشت و وضعیت سلامت عمومی زنان در مقایسه با شوهران خود نامطلوب تر بود. نتیجه گیری: در تبیین نتایج حاضر می توان به تغییر در روابط و مسئولیت های زوجین، و تنش حاصل از چگونگی کسب مهارت های ارتباطی و نحوه حل تعارض ها در سال های نخستین ازدواج اشاره نمود. همچنین در زنان این تنش می تواند با پذیرش نقش های خانوادگی یا کاری در اوایل ازدواج افزایش یافته و تاثیر نامطلوبی بر سلامت روانی آن ها داشته باشد.

کلید واژه ها: ازدواج، زوج های جوان، سلامت عمومی، مطالعه طولی

مقدمه

چندین دهه است که پژوهش‌هایی پیرامون نقش ازدواج و سلامت روانی زوجین انجام می‌شود. برخی مطالعات نشان داده‌اند که ازدواج منافع بسیار زیادی، البته برای مردان دارد (گرین و رودگرز^۱، ۲۰۰۱) و مطالعات دیگر نشان دادند که ازدواج باعث کاهش تنیدگی در زنان می‌شود (براون^۲، ۲۰۰۰ و مک‌گراث^۳، ۱۹۹۰، به نقل از چاریسی^۴، ۲۰۰۴). در این میان مطالعاتی نیز نشان داده‌اند زنان ازدواج کرده درجات بالاتری از تنیدگی‌ها را تجربه می‌کنند و بنابراین شاید بتوان ازدواج را به عنوان یکی از منابع تعارض در نظر گرفت (کاتن^۵، ۱۹۹۹؛ هورویتز و وایت^۶، ۱۹۹۶).

علیرغم مطالب ذکر شده پژوهشگران اعتقاد دارند که ازدواج نقش مهمی در سلامت عمومی زوجین ایفا می‌کند (لمپ و لی و دماریس^۷، ۲۰۰۳). افراد متأهل از فوائد حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی حاصل از ازدواج لذت می‌برند (لاکسو و پائونون-ایلمونن^۸، ۲۰۰۲ و وایت^۹، ۲۰۰۰)، میزان مرگ و میر در آن‌ها پایین‌تر است (کومبز^{۱۰}، ۱۹۹۱)، و با کنترل عوامل متعدد، بسیار شادمان‌تر از افراد مجرد هستند (چان و لی^{۱۱}، ۲۰۰۱، به نقل از ویلسون و اوسوالد^{۱۲}، ۲۰۰۵، گرین و راجرز^{۱۳}، ۲۰۰۱) و نیز سلامت جسمی و روانی آن‌ها بیشتر و طول عمرشان زیادتر است (ویلسون و اوسوالد، ۲۰۰۵).

در اولین پژوهش‌ها در مورد ازدواج و سلامت عمومی گاو و هیوگز و استایل^{۱۴} (۱۹۸۳) گزارش کردند ازدواج حتی پس از کنترل عوامل مداخله‌گری مانند سن، جنس و نژاد، شادکامی^{۱۵} افراد را به خوبی پیش‌بینی می‌کند. نتایج مطالعه استاک و اشلمن^{۱۶} (۱۹۹۸) در مورد

1. Green & Rodgers
2. Brown
3. McGrath
4. Charisse
5. Cotton
6. Horwitz & White
7. Lamb
8. Laakso & paunonen-Illmonen
9. Waite
10. Combs
11. Chun & Lee
12. Wilson & Oswald
13. Green & Rodgers
14. Gove, Hughes, & Style
15. Happiness
16. Stack & Eshleman

نقش ازدواج در سلامت عمومی زوج های جوان...

درمورد 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 روان مطلوب تری دارند. نتایج این یافته ها برای هر ملیت به طور جداگانه و در کشورهای اروپایی توسط پژوهش دای تلا^۱ (۲۰۰۳، به نقل از ویلسون و اسوالد، ۲۰۰۵) نیز تأیید شد.

به اعتقاد جانسون و وئو^۲ (۲۰۰۲) چند دلیل می تواند برای بالاتر بودن سلامت روان این افراد ذکر شود. اول این که افراد متأهل شاید قبل از ازدواج نیز افراد شادتری بوده اند، دوم، در مطالعات مقطعی ممکن است این افراد تازه ازدواج کرده باشند و مدتی پس از ازدواج آن ها این نتایج به دست نیاید و سوم، به دلیل این که ازدواج و طلاق با انواع مهم نقش ها و شبکه های اجتماعی ارتباط دارند ممکن است اثر این متغیر در مطالعات نادیده گرفته شده باشد.

در تباین با یافته های فوق، هوروتیز و همکاران (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. برت^۳ (۲۰۰۲) نیز به قدرت ازدواج در کاهش بروز نشانه های افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد پس از ۱۲ ماه اشاره کرد. مارکس و لامبرت^۴ (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 و سلامت روان در خانواده های طلاق گرفته افت معناداری پیدا می کند. به طور مشابه، احتمال ابتلا به بیماری افسردگی در بیوه ها نیز به طور معناداری بیشتر است. این پژوهشگران معتقدند در حالی که انتقال به دوره ازدواج در حد زیادی تمام نشانه های سلامت روان را بالا می برد، جدایی بروز نشانه های افسردگی و ناخشنودی را افزایش می دهد. برخلاف مطالعات قبلی، در پژوهش مذکور افزایش سلامت عمومی مطلوب در زنان خیلی بیشتر بود. سرانجام سیمون^۵ (۲۰۰۲) در مطالعه خود تأکید کرد که ازدواج برای زنان و مردان منافع روانی بسیاری دارد.

چارسی (۲۰۰۴) اعتقاد دارد ابهاماتی در مورد نتایج برخی از این یافته ها وجود دارد، زیرا برخی از زوجین قبل از ازدواج مدت ها با یکدیگر زندگی می کرده اند و برخی از این پژوهش های طولی نیز زوج های تازه ازدواج کرده را مورد مطالعه قرار نداده است. در حالی که سال های اولیه

- 1 . DiTella
- 2 . Johnson & Wu
- 3 . Barrett
- 4 . Marks & Lambert
5. Simon

ازدواج و پویایی های آن نقش بسیار مهمی در ترسیم آینده ازدواج دارد، به طوری که بخش بزرگی از ازدواج ها در سال های نخست ازدواج به طلاق منجر می شود (وروف، یانگ و کان^۱، ۲۰۰۰، وای گونگ و شک^۲، ۱۹۹۰). گاتمن و لونسون^۳ (۲۰۰۲) نخستین دوره حساس برای طلاق در چرخه زندگی خانوادگی را، هفت سال اول پس از ازدواج می دانند. در همین چارچوب، طبق گزارش مرکز ملی آمارهای بهداشتی آمریکا (۱۹۹۹)، به نقل از وروف و همکاران، (۲۰۰۰) یک سوم ازدواج های جدید در آمریکا، در پنج سال اول منجر به طلاق و جدایی می شود. بدین ترتیب ممکن است تاکنون بسیاری از پژوهش های طولی این بخش بزرگ و تعیین کننده در دوام ازدواج ها را نادیده گرفته باشند. در واقع بخش مهمی از پیشینه پژوهشی در دهه های اخیر نشان داده اند که عوامل خانوادگی ممکن است نقش مهمی در گستره وسیعی از ناهنجاری های روان شناختی و حتی پزشکی ایفا نمایند، اما مشکل عمده اغلب این پژوهش ها این است که معمولاً متغیر خانواده تنها بخش کوچکی از پژوهش بوده است (گاتمن و لونسون، ۲۰۰۲).

با عنایت به آنچه گذشت و نتایج متعارض پژوهش ها درباره ارتباط قوی بین کیفیت زناشویی و ازدواج با سطوح بالاتر سلامت عمومی (وایت، ۲۰۰۰)، و یا همراهی تنش زناشویی با ناکارآمدی سیستم ایمنی بدن، برانگیختگی قلبی-عروقی، افزایش سطح هورمون های وابسته به تنش مانند کاتکولامین ها و کورتوزوئیدها و نیز بروز تنیدگی ها (گاتمن و نوتاریوس^۴، ۲۰۰۲؛ کاتن، ۱۹۹۹)، پژوهش حاضر به منظور اجتناب از مشکلات روش شناختی (مورد اشاره چاریسی، ۲۰۰۴)، به دنبال بررسی روند سلامت عمومی زوجین دانشجویان از سال اول نامزدی تا چهار سال پس از عقد بستگی آن ها است تا بتواند به بررسی تحولی وضعیت سلامت عمومی زوجین بپردازد.

روش

جامعه آماری این پژوهش را کلیه زوج های شرکت کننده در جشن های ازدواج دانشجویی سال ۱۳۷۹ در کلیه دانشگاه های دولتی شهر تهران تشکیل می دهند. روش نمونه گیری در دسترس و بدین ترتیب بود که برای کلیه ۱۰۰۰ زوج مذکور پاکت های جداگانه ای حاوی دو بسته از مجموعه پرسشنامه سلامت عمومی در سال نخست همراه با صفحه ای توضیح درمورد شرکت در پژوهش، اهداف و فرایند اجرای آن، و نیز دعوت از زوج ها برای همکاری همراه با دو پاکت مهرور به آدرس و تمبر پُست شد. از این تعداد، در مجموع ۲۱۳ زوج (۴۱۶ نفر) پرسشنامه ها را تکمیل

1. Veroff, Young, & Coon
2. Wai-Kwong & Shek
3. Gottman & Levenson
4. Gottman & Notarius

نقش ازدواج در سلامت عمومی زوج های جوان...

و برای پژوهشگران ارسال کردند. این گروه، همان گروه نخست پژوهش را تشکیل می دهند. بدین ترتیب مشخص است که در تمامی زوج های گروه نمونه، حداقل یکی از دو نفر دانشجوی یکی از دانشگاه های شهر تهران است. البته از تعداد ۲۱۳ زوج سال اول، ۱۱۶ زوج در سال دوم، ۴۶ زوج در سال سوم، ۹۵ زوج در سال چهارم و سرانجام ۵۶ زوج در سال پنجم به پرسشنامه های سلامت عمومی پاسخ دادند. نکته قابل ذکر این است که فقط ۲۷ زوج در تمام این سال ها به این پرسشنامه پاسخ داده و وضعیت سلامت عمومی خود را گزارش کرده اند.

ابزار

الف) پرسشنامه سلامت عمومی^۱. این پرسشنامه سرندی^۲ و مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که توسط گلدبرگ (۱۹۷۹) تهیه شده است و هدف اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری های روانی و سلامت است. این پرسشنامه ۲۸ ماده ای دارای ۴ زیرمقیاس؛ نشانه های بدنی، اضطراب و بیخوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی وخیم است. نمره ۱۴ یا بالاتر در هر زیرمقیاس، نشان دهنده وخامت وضع آزمودنی در آن عامل است. با جمع نمرات زیر مقیاس های چهارگانه نیز نمره کلی فرد در پرسشنامه سلامت عمومی به دست می آید. این پرسشنامه توسط دادستان به فارسی ترجمه و منتشر شده است (مظاهری و حیدری و پوراعتماد، ۱۳۸۲). پرسشنامه سلامت عمومی در فرهنگ های مختلف از نظر اعتبار^۳ و روایی^۴ ارزیابی شده است. آدری بیگب و جورج (۱۹۹۲)، به نقل از سمیعی کرانی، (۱۳۸۳) در مطالعه ای درمورد ۲۷۷ نفر حساسیت و ویژگی آن را به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ تخمین زدند. در ایران پالاهاگ (۱۳۷۸)، به نقل از سمیعی کرانی، (۱۳۸۳) حساسیت و ویژگی آن را ۰/۸۹ و ۰/۷۹ و همچنین اعتبار آن را از طریق آزمون-بازآزمون با فاصله دو هفته ۰/۹۱ به دست آورد. تقوی نیز (۱۳۸۰)، به نقل از خداپناهی و حیدری، (۱۳۸۲) اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را با سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرارداد و به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۲، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را به دست آورد. اعتبار پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز توسط آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

یافته ها

داده های جمعیت شناختی این پژوهش نشان می دهد میانگین سنی ۲۱۳ زوج دانشجویی شرکت کننده در پژوهش برای زنان ۲۱/۷۶ سال و برای مردان ۲۵/۳۲ سال است. برای بررسی

1. General Health questionnaire (GHQ)

2. Screening questionnaire

3. Reliability

4. Validity

روند تغییرات سلامت عمومی زوجین در سال ها، به علت ریزش قابل توجه نمونه در سال سوم و اجتناب از خطای آزمایشی در تحلیل داده ها از اطلاعات سال سوم چشم پوشی و با استفاده از آزمون اندازه گیری های مکرر^۱ نمره سلامت عمومی زوجین در سال های اول، دوم، چهارم و پنجم تحلیل شد. جدول های ۱، ۲ و ۳ تعداد آزمودنی ها، میانگین و انحراف استاندارد نمرات زیرمقیاس ها و نمره کل سلامت عمومی زوج ها را در سال های مختلف نشان می دهد.

جدول ۱. داده های توصیفی نمرات نشانه های بدنی و اضطراب و بیخوابی زوجین در سال های مختلف

متغیر		نشانه های بدنی												اضطراب و بیخوابی			
سال ها	اول	دوم	چهارم	پنجم	اول	دوم	چهارم	پنجم	اول	دوم	چهارم	پنجم	اول	دوم	چهارم	پنجم	
زوجین شاخص	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	
تعداد	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	
میانگین	۳/۳۳	۳/۲۶	۵/۰۷	۴/۷	۴/۷	۴/۱۱	۴/۱۱	۴/۵۱	۴/۸۱	۴/۰۴	۴/۱۱	۴/۵۱	۴/۱۱	۴/۵۵	۴/۸۱	۴/۴۴	
انحراف استاندارد	۳/۱۹	۲/۰۸	۲/۷۵	۳/۲۹	۲/۷۲	۳/۷۹	۳/۳۰	۴/۲۷	۳/۸۶	۳/۲۵	۲/۸۶	۴/۱۴	۳/۱۰	۳/۲۳	۲/۲۵	۳/۶۷	

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین نمرات نشانه های بدنی زوجین در سال اول نسبت به سایر سال ها کمتر و در سال دوم در مقایسه با سایر سال ها بیشتر است.

جدول ۲. داده های توصیفی نمرات اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی زوجین در سال های مختلف

متغیر		اختلال در عملکرد اجتماعی												افسردگی وخیم			
سال ها	اول	دوم	چهارم	پنجم	اول	دوم	چهارم	پنجم	اول	دوم	چهارم	پنجم	اول	دوم	چهارم	پنجم	
زوجین شاخص	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	
تعداد	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	
میانگین	۷/۱۵	۶/۲۲	۷/۱۹	۶/۳۷	۶/۸۸	۶/۷۷	۶/۶۶	۶/۹۶	۱/۹۳	۳/۰۳	۳/۱۴	۲/۳۰	۲/۲۴	۲/۱۰	۲	۲	
انحراف استاندارد	۲/۸۳	۲/۵۷	۲/۰۲	۲/۰۷	۱/۸۲	۲/۹۸	۱/۵۹	۲/۴	۲/۵۳	۲/۴۹	۳/۵۷	۲/۹۸	۳/۴۶	۲/۲۵	۲/۹۳	۲/۹۳	

1. Repeated measure

نقش ازدواج در سلامت عمومی زوج های جوان...

جدول ۳. داده های توصیفی نمرات کل سلامت عمومی زوجین در سال های مختلف

نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی								متغیر
پنجم		چهارم		دوم		اول		سال ها
شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	شوهر	زن	زوجین شاخص
۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	تعداد
۱۸	۱۸/۶۹	۱۸/۰۷	۱۸/۷۳	۱۸/۲۷	۲۱/۶۲	۱۵/۷۷	۱۵/۸۸	میانگین
۱۲/۳۱	۷/۶۵	۱۱/۱۷	۷/۱۸	۸/۲۹	۱۰/۳۳	۷/۱۵	۹/۱۷	انحراف استاندارد

جدول ۴. نتایج تحلیل آزمون اندازه گیری های مکرر نمره های نشانه های بدنی در زوجین

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سال ها	۸۰/۹۶	۳	۲۶/۹۸	۲/۹۹	۰/۰۳۶
زوجین	۱/۸۵	۱	۱/۸۵	۰/۱۸	۰/۶۷۰
تعامل سال ها و زوجین	۶	۳	۲	۰/۲۶	۰/۸۴۸
خطا	۵۸۲	۷۸	۷/۴۶	-	-

جدول ۴ نشان می دهد در حالی که تفاوت روند تغییر میانگین نمرات زیرمقیاس نشانه های بدنی در سال های مختلف معنادار است، اما به رغم بالاتر بودن میانگین این نمرات در زنان، تفاوت معناداری با مردان ندارد.

جدول ۵. نتایج تحلیل آزمون اندازه گیری های مکرر نمره های اضطراب و بیخوابی در زوجین

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سال ها	۳۱/۰۱	۳	۱۰/۳۳	۱/۱۱	۰/۳۴۸
زوجین	۳/۸۹	۱	۳/۸۹	۰/۲۶	۰/۶۱۱
تعامل سال ها و زوجین	۱۹/۹۴	۳	۶/۶۴	۱/۵۷	۰/۲۰۳
خطا	۳۲۹/۹۳	۷۸	۴/۲۳	-	-

جدول ۵ نشان می دهد تفاوت میانگین نمرات اضطراب و بیخوابی زوجین در سال های پس از عقد بستگی و نیز در بین زنان و شوهران آن ها معنادار نیست.

جدول ۶. نتایج آزمون اندازه گیری های مکرر نمره اختلال در عملکرد اجتماعی زوجین

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سال ها	۰/۶۰	۳	۰/۲۰	۰/۰۴	۰/۹۸۸
زوجین	۸/۵۶	۱	۸/۵۶	۰/۷۹	۰/۳۸۱
تعامل سال ها و زوجین	۱۳/۴۵	۳	۴/۴۸	۱/۳۹	۰/۲۵۲
خطا	۲۵۱/۴۱	۷۸	۳/۲۲	-	-

جدول ۶ نشان می دهد تفاوت میانگین های اختلال در عملکرد اجتماعی در بین زوج ها و سال های مختلف معنادار نیست. در سال دوم میانگین نمره زوجین در این زیرمقیاس کمی نسبت به سایر سال ها افزایش داشته است، اما این تفاوت معنادار نیست. ضمن این که به تدریج در طی سال های بعدی میانگین نمره زیرمقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی کم تر می شود.

جدول ۷. نتایج آزمون اندازه گیری های مکرر نمره های افسردگی وخیم در زوجین

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سال ها	۱۳/۱۳	۳	۴/۳۷	۰/۷۴	۰/۵۲۷
زوجین	۲/۹۱	۱	۲/۹۱	۰/۲۵	۰/۶۱۵
تعامل سال ها و زوجین	۸/۹۸	۳	۲/۹۹	۰/۹۴	۰/۴۲۵
خطا	۲۶۷/۵۱	۸۴	۳/۱۸	-	-

طبق داده های جدول ۷ در حالی که در سال دوم پس از عقد بستگی میانگین نمرات افسردگی وخیم در زنان نسبت به سایر سال ها افزایش داشته ، اما به تدریج در سال های بعد میانگین این نمرات در زنان کاهش یافته است. در مردان نمرات این زیرمقیاس تغییری قابل توجه نکرده بود.

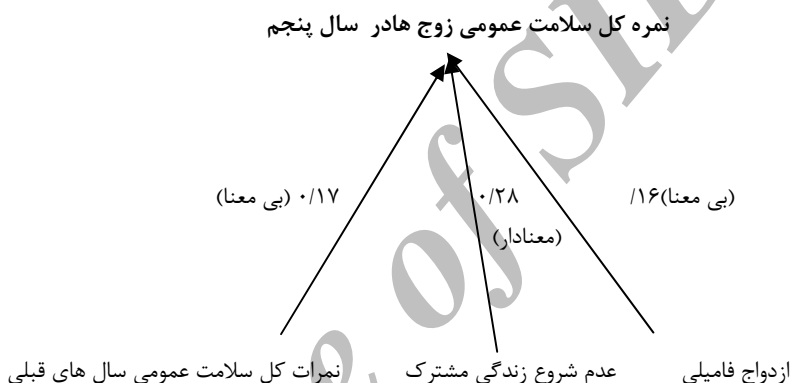
جدول ۸. نتایج آزمون اندازه گیری های مکرر نمره های کلی سلامت عمومی زوجین

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	درجه آزادی	سطح معناداری
سال ها	۴۵۲/۹۳	۳	۱۵۰/۹۷	۱/۹۳	۰/۱۳۲
زوجین	۷۵/۱۲	۱	۷۵/۱۲	۰/۷۹	۰/۳۸۱
تعامل سال ها و زوجین	۸۲/۳۹	۳	۲۷/۴۶	۰/۶۵	۰/۵۸۳
خطا	۳۱۵۲/۹۷	۷۵	۴۲/۰۴	-	-

طبق جدول ۸ تفاوت میانگین کل آزمون سلامت عمومی در بین زوج ها و در سال های مختلف معنادار نیست. براساس یافته های پژوهش مبنی بر معنادار نبودن تفاوت در زیرمقیاس ها

نقش ازدواج در سلامت عمومی زوج های جوان...

و نمره کل سلامت عمومی زوج ها در چند سال اول پس از عقد، با استفاده از تحلیل رگرسیون ورودی^۱ سهم معتبرترین متغیرهای پیش بین در متغیرهای ملاک - زیرمقیاس ها و نمره کل سلامت عمومی سال پنجم پس از عقد زوج ها- تعیین و مشخص شد که فقط متغیر عدم شروع زندگی مشترک معتبرترین متغیر پیش بینی کننده برای متغیر ملاک نمره کل سلامت عمومی در سال پنجم است. شکل ۱ نشان می دهد عدم شروع زندگی مشترک زوج ها با سهم واریانس $+0/28$ قوی ترین پیش بینی کننده نمره کل سلامت عمومی است. یعنی عدم شروع زندگی مشترک منجر به تنش بیشتر و کاهش سلامت روان زوج ها شده است.

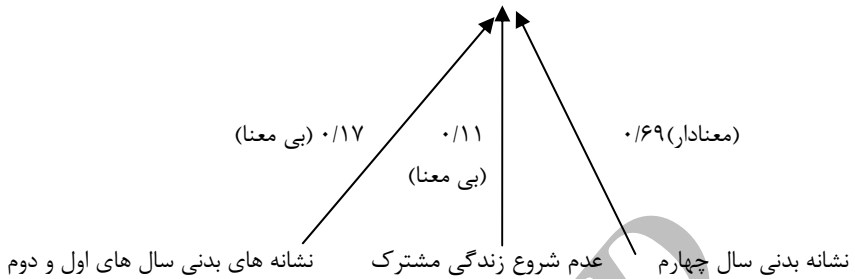


شکل ۱. پیش بینی سهم واریانس متغیرها در نمره کل سلامت عمومی سال پنجم زوج ها

در گام بعدی نتایج سهم واریانس هر متغیر با متغیر دیگر در بین زنان و شوهران به طور جداگانه محاسبه شد. در حالی که در آزمودنی های زن متغیر پیش بینی کننده معتبری برای پیش بینی زیرمقیاس ها و نمره کل سلامت عمومی سال پنجم پس از عقد به دست نیامد، در شوهران نمرات زیرمقیاس ها و نمره کل سلامت عمومی سال چهارم معتبرترین پیش بینی کننده ها بودند. شکل های ۲ تا ۶ این ارتباط و تفاوت سهم واریانس های پیش بینی کننده زیرمقیاس ها و نمره کل سلامت عمومی در شوهران کاملاً مشخص است.

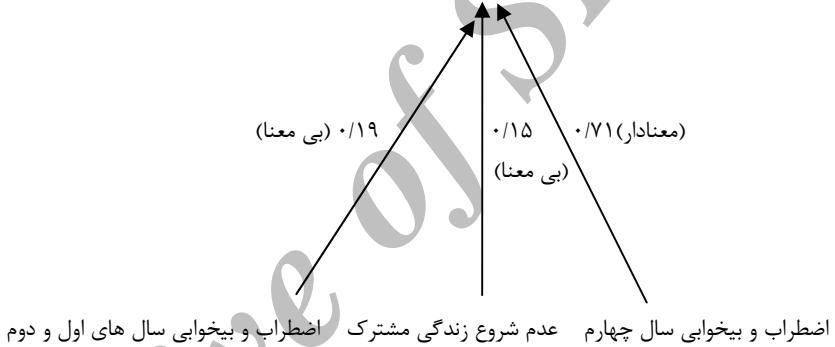
1. Enter Regression

نشانه های بدنی شوهران در سال پنجم



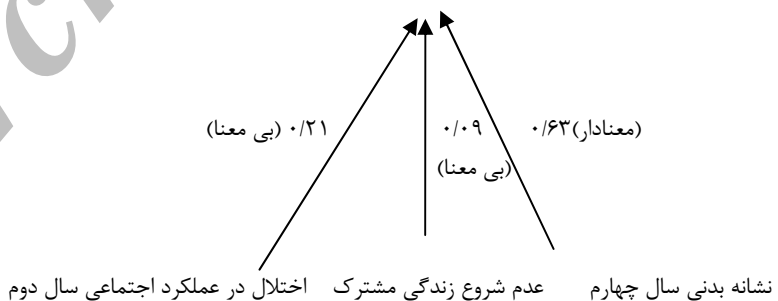
شکل ۲. پیش بینی سهم واریانس متغیرها در زیرمقیاس نشانه بدنی سال پنجم شوهران

اضطراب و بیخوابی شوهران در سال پنجم



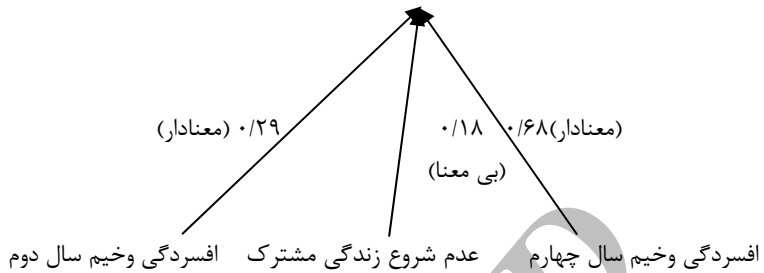
شکل ۳. پیش بینی سهم واریانس متغیرها در زیرمقیاس اضطراب و بیخوابی سال پنجم شوهران

اختلال در عملکرد اجتماعی شوهران در سال پنجم

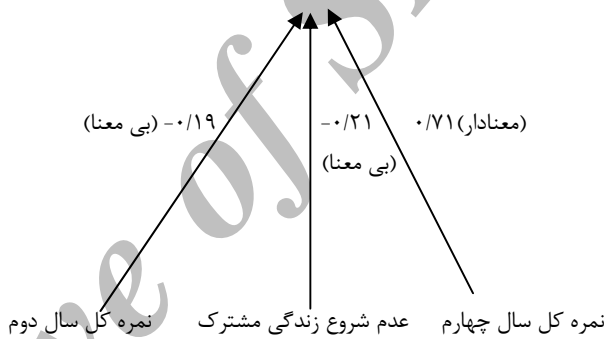


شکل ۴. پیش بینی سهم واریانس متغیرها در زیرمقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی سال پنجم شوهران

افسردگی و خیم شوهران در سال پنجم



شکل ۵. پیش بینی سهم واریانس متغیرها در زیرمقیاس افسردگی و خیم سال پنجم شوهران
نمره کل سلامت عمومی شوهران در سال پنجم



شکل ۶. پیش بینی سهم واریانس متغیرها در نمره کل سلامت عمومی سال پنجم شوهران

شکل های ۲ تا ۶ نشان می دهد در هریک از زیرمقیاس های سلامت عمومی نمره همان زیرمقیاس در سال چهارم پیش بینی کننده معتبری است. به عنوان نمونه در پیش بینی نمره اضطراب و بیخوابی سال پنجم مردان، نمره اضطراب و بیخوابی سال چهارم پیش بینی کننده معتبری است. به عبارت دیگر مردانی که سال چهارم اضطراب و بیخوابی زیادی داشتند، سال پنجم نیز در این زمینه تنش زیادی را گزارش کرده اند. با توجه به نتایج، این سوال مطرح شد که وضعیت سلامت عمومی زوجین شرکت کننده در پژوهش در سال های مختلف پس از عقد، به چه صورت است؟ با آزمون t وابسته وضعیت سلامت عمومی زوج های دانشجو در سال های مطالعه (اول تا پنجم) به طور جداگانه بررسی، و نتایج در جدول ۹ گزارش شد.

جدول ۹ نشان می دهد که میانگین نمرات زوج های شرکت کننده در سال اول عقد بستگی در تمام زیرمقیاس های سلامت عمومی (به جز اضطراب و بیخوابی) و نمره کل سلامت عمومی معنادار است. تفاوت میانگین نمره ها به گونه ای است که میانگین نمرات زنان در تمام موارد

بالتر از شوهران آن ها است. در سال دوم تفاوت میانگین نمرات زیرمقیاس های نشانه های بدنی، اضطراب و بیخوابی، افسردگی وخیم و نمره کل سلامت عمومی در بین زوج های شرکت کننده معنادار است. به جز در زیرمقیاس افسردگی وخیم که میانگین نمره آن در شوهران نسبت به زنان بالاتر است، در زیرمقیاس های نشانه های بدنی و اضطراب و بیخوابی و نمره کل سلامت عمومی، میانگین نمره زنان بالاتر است و در نتیجه سلامت عمومی نامطلوب تری در مقایسه با شوهران خود دارند. در سال سوم مطالعه میانگین نمرات ۴۶ زوج شرکت کننده در پژوهش فقط در زیرمقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی معنادار نیست و جدول ۹ نشان می دهد که زنان نسبت به شوهران خود نمرات بالاتری در تمام زیرمقیاس ها و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی دارند و وضعیت سلامت عمومی آن ها در مقایسه با شوهران خود در این سال نامطلوب تر است. تفاوت میانگین نمرات زیرمقیاس ها و نمره کل سلامت عمومی زوج های شرکت کننده در سال- های چهارم و پنجم پژوهش معنادار نبود.

جدول ۹. نتایج آزمون t وابسته پرسشنامه سلامت عمومی زوجین در سال های مختلف

سال ها	زیر مقیاس ها	گروه	تعداد	میانگین	SD	t	df	p	
سال اول	نشانه های بدنی	شوهر	۲۱۱	۴/۰۸	۳/۲۸۳	-۳/۸۴	۲۱۰	۰/۰۰۱	
		زن	۲۱۱	۵/۲۷	۳/۹۹۳				
	اضطراب و بیخوابی	شوهر	۲۱۱	۵/۰۸	۳/۶۸۱	-۱/۵۱	۲۱۰	۰/۱۳	
		زن	۲۱۱	۵/۵۹	۴/۲۴۰				
		اختلال در عملکرد اجتماعی	شوهر	۲۱۱	۶/۸۷	۲/۶۱۵	-۳/۹۴	۲۱۰	۰/۰۰۱
			زن	۲۱۱	۷/۸۷	۳/۰۱۲			
	افسردگی وخیم	شوهر	۲۱۲	۲/۷۴	۳/۵۰۲	-۲/۸۵	۲۱۱	۰/۰۰۵	
		زن	۲۱۲	۳/۶۳	۴/۱۳۸				
	نمره کل GHQ	شوهر	۲۱۳	۱۸/۸۰	۱۰/۲۸۱	-۳/۶۰	۲۱۲	۰/۰۰۱	
		زن	۲۱۳	۲۲/۱۷	۱۳/۰۵۹				
سال دوم	نشانه های بدنی	شوهر	۱۱۶	۴/۵۲	۲/۷۰۲	-۴/۰۷	۱۱۵	۰/۰۰۱	
		زن	۱۱۶	۵/۷۴	۳/۴۹۴				
	اضطراب و بیخوابی	شوهر	۱۱۶	۴/۵۳	۳/۰۳۲	-۴/۴۳	۱۱۵	۰/۰۰۱	
		زن	۱۱۶	۵/۹۹	۳/۹۲۲				

نقش ازدواج در سلامت عمومی زوج های جوان...

۰/۸۳	۱۱۵	-۰/۳۱	۲/۷۵۷	۷/۲۲	۱۱۶	شوهر	اختلال در عملکرد اجتماعی
			۲/۶۱۴	۷/۲۹	۱۱۶	زن	
۰/۰۱	۱۱۵	-۲/۴۹	۳/۲۵۲	۲/۶۵	۱۱۶	شوهر	افسردگی وخیم
			۳/۸۱۱	۳/۵۸	۱۱۶	زن	
۰/۰۰۱	۱۱۵	۳/۸۷ -	۸/۸۶۵	۱۸/۶۶	۱۱۶	شوهر	نمره کل GHQ
			۱۱/۳۸۶	۲۲/۶۰	۱۱۶	زن	
۰/۰۰۶	۴۵	-۲/۸۸	۳/۸۱	۴/۳۷	۴۶	شوهر	نشانه های بدنی
			۴/۰۲	۶/۵۲	۴۶	زن	
۰/۰۰۶	۴۵	-۱/۹۳	۴/۰۹	۵/۴۷	۴۶	شوهر	اضطراب و بیخوابی
			۴/۶۷	۶/۸۴	۴۶	زن	
۰/۵۲	۴۴	-۰/۶۴	۲/۷۰	۷/۵۷	۴۵	شوهر	اختلال در عملکرد اجتماعی
			۲/۸۳	۷/۸۸	۴۵	زن	
۰/۰۰۱	۴۴	-۳/۸۲	۳/۶۲	۲/۵۷	۴۵	شوهر	افسردگی وخیم
			۵/۳۶	۵/۴۲	۴۵	زن	
۰/۰۰۳	۴۵	-۳/۱۹	۱۲/۶۹	۱۹/۷۸	۴۶	شوهر	نمره کل GHQ
			۱۴/۵۸	۲۶/۶۹	۴۶	زن	
۰/۰۸	۸۹	-۱/۷۶	۳/۵۷	۴/۸۰	۹۰	شوهر	نشانه های بدنی
			۳/۴۰	۵/۷۱	۹۰	زن	
۰/۵۵	۹۴	-۰/۵۸	۳/۶۴	۵/۴۴	۹۵	شوهر	اضطراب و بیخوابی
			۴/۰۸	۵/۷۵	۹۵	زن	
۰/۶۲	۹۴	۰/۴۹	۲/۷۷	۷/۱۱	۹۵	شوهر	اختلال در عملکرد اجتماعی
			۲/۲۲	۶/۹۴	۹۵	زن	
۰/۳۰	۹۲	-۱/۰۳	۳/۳۱	۲/۳۴	۹۳	شوهر	افسردگی وخیم
			۳/۳۳	۲/۸۰	۹۳	زن	
۰/۲۰	۸۵	-۱/۲۷	۹/۷۰	۱۹/۲۷	۸۶	شوهر	نمره کل GHQ
			۱۰/۹۹	۲۱/۱۱	۸۶	زن	
			۷/۴۲	۱۸/۶۶	۵۳	زن	

سال سوم

سال چهارم

۰/۶۲	۵۴	-۰/۴۹	۲/۷۴	۴/۲۱	۵۵	شوهر	نشانه های بدنی	جدول ۳
			۲/۷۶	۴/۴۹	۵۵	زن		
۰/۱۴	۵۴	-۱/۴۸	۲/۲۲	۴/۲۵	۵۵	شوهر	اضطراب و بیخوابی	
			۲/۵۵	۴/۹۸	۵۵	زن		
۰/۶۸	۵۴	-۰/۴۰	۲/۱۶	۶/۵۰	۵۵	شوهر	اختلال در عملکرد اجتماعی	
			۱/۹۳	۶/۶۵	۵۵	زن		
۰/۱۹	۵۵	-۱/۳۰	۲/۳۷	۱/۶۶	۵۶	شوهر	افسردگی وخیم	
			۲/۳۸	۲/۱۴	۵۶	زن		
۰/۱۶	۵۲	-۱/۴۱	۹/۸۰	۱۶/۶۲	۵۳	شوهر	نمره کل GHQ	
			۷/۴۲	۱۸/۶۶	۵۳	زن		

بحث و نتیجه گیری

نتایج داده ها با استفاده از تحلیل اندازه گیری های مکرر نشان داد که تغییر میانگین نمرات زیرمقیاس های اضطراب و بیخوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی وخیم و نمره کل سلامت عمومی زوج ها در طی چند سال اول پس از عقد بستگی زوج ها معنادار نبوده است. اما براساس داده های جدول های ۱ و ۴ تفاوت میانگین نمرات زوجین در زیرمقیاس نشانه های بدنی طی چند سال معنادار بوده و در سال دوم مطالعه میانگین نمرات این زیرمقیاس در مقایسه با سایر سال ها به طور معنادار افزایش یافته است. این بدان معناست که در سال دوم پس از عقد بستگی نشانه های بدنی در زوج ها افزایش یافته است. البته نکته قابل توجه این جا است که در سال اول مطالعه ۷۹/۴٪ زوجین هنوز زندگی مشترک خود را شروع نکرده بودند (عقد بسته) در حالی که در سال دوم مطالعه این آمار به ۱۲/۶٪ (عقد بسته) کاهش می یابد. بنابراین اگر بتوان طبق گزارش این نتایج، سال دوم مطالعه را سال اول زندگی مشترک زوجین در نظر گرفت، نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات چاریسی (۲۰۰۴)، وروف و همکاران (۲۰۰۰) و وای گونگ و شک (۱۹۹۰) همخوانی دارد. این پژوهشگران در مطالعات خود به نمره بالاتر و نامطلوب تر سلامت روان شناختی زوجین در سال های اول ازدواج به دلیل تغییر در روابط و مسئولیت های زوجین اشاره داشته و توضیح داده اند که تأثیر این گونه تنش ها بر زنان بیش از مردان است. همچنین پژوهشگران ضمن اشاره به میزان بالای آمار طلاق در چند سال اول پس از ازدواج، اعتقاد دارند که زوجین در چند سال اول ازدواج ممکن است تنش زیادی را تجربه می کنند (چاریسی، ۲۰۰۴). داگلاس و همکاران (۱۹۹۵)، به نقل از احمدی و فتحی آشتیانی و نوایی نژاد، (۱۳۸۴) نیز سال های اول ازدواج را به دلیل عدم آگاهی زوجین از نحوه کسب مهارت های ارتباطی و نحوه

نقش ازدواج در سلامت عمومی زوج های جوان...

حل تعارض ها از دوره های مهم و تنش زای زندگی آن ها می دانند و توضیح می دهند چگونگی گذار از این مرحله در تعیین سازگاری و سلامت زوجین در سال های بعدی نقش به سزایی دارد. چاریسی (۲۰۰۴) ضمن تأکید بر نقش تأثیرگذار عواملی چون موقعیت های اقتصادی، فرهنگی و زندگی زناشویی و غیره بر سلامت روان زوج ها، اعتقاد دارد، در سال های اول ازدواج، به دلیل درست استفاده نکردن زوجین از حمایت اجتماعی دیگران، می توان شاهد کاهش دریافت این گونه حمایت ها و در نهایت ایجاد تنش در زوجین بود. وی مزیت ازدواج را بدون توجه به موقعیت زندگی زناشویی، دریافت حمایت های عاطفی و اجتماعی از دیگران توسط زوجین می داند. لاکسو و پائونون-ایلمونن (۲۰۰۲) نیز ضمن تأکید بر نقش مهم دریافت حمایت اجتماعی پس از ازدواج، آن را به دوحیطه حمایت تقدیری^۱ و حمایت اطلاعاتی^۲ 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. البته به شرطی که در اوایل ازدواج که دریافت شبکه روابط اجتماعی ناگهان تغییر می کند زوج ها بتوانند این گونه حمایت ها را به طور مناسب دریافت کنند.

نتایج گزارش مطالعه گرین و راجرز (۲۰۰۱) بر فقدان یا پایین بودن سطح مولفه دیگری در اوایل ازدواج و در نتیجه افزایش تنیدگی تأکید دارد. این پژوهشگران اعتقاد دارند نقش مولفه چیرگی^۳، در پژوهش های مرتبط با این حوزه به خوبی واضح نیست و اگر حمایت اجتماعی می تواند سلامت روان شناختی را افزایش دهد به علت روابط متقابل آن با چیرگی است. چیرگی بر اوضاع منجر به فراهم سازی اساس ایمنی در زندگی فرد و افزایش اعتماد به نفس برای کشف و تجربه دنیای جدید است که البته در اوایل ازدواج میزان این مولفه در زوج های جوان پایین است.

نتایج جدول ۹ و مقایسه سلامت عمومی زوج ها نشان می دهد در سال های اول، دوم و سوم مطالعه، زنان از سلامت عمومی نامطلوب تری نسبت به شوهران خود برخوردارند. به نظر می رسد در سه سال اول پس از عقد بستگی، زنان متأهل در مقایسه با شوهران خود تنش بیشتری را تجربه کرده اند. در مطالعات متعددی گزارش شده است که بروز نشانه های عدم سلامت روان-شناختی به خصوص افسردگی و تنش در زنان متأهل نسبت به شوهران آن ها در اوایل زندگی خیلی بیشتر است (وای گونگ و شک، ۱۹۹۰). پژوهشگران، ازدواج و شاغل شدن را از جمله

-
- 1 . Appraisal support
 - 2 . Informational support
 - 3 . Mastery

تغییرات اساسی در زندگی زنان می دانند که بر سلامت روانی آنان تأثیر به سزایی دارد (ویلسون و اسوالد ۲۰۰۵). وای گونگ و شک (۱۹۹۰) در مطالعه خود گزارش دادند برجسته ترین تغییرات در سلامت جسمی و روان شناختی به عهده گیری نقش‌هایی از قبیل همسر، مادر و یا کارمند شدن است که تا سازگاری مناسب زنان با این نقش‌ها منجر به بروز مشکلاتی در سلامت جسمانی و روانی آن‌ها می‌گردد. همچنین پژوهشگران در مطالعات خود نشان دادند پذیرش نقش‌های خانوادگی یا شغلی برای زنان در اوایل ازدواج برای آن‌ها با تنش همراه است و هر کدام از این مولفه‌ها بر سلامت روانی آن‌ها تأثیر متفاوتی دارد (شوماخر و هیل^۱، ۱۹۹۱). البته شوماخر و هیل (۱۹۹۱) اعتقاد دارند به دلیل این که زنان در مقایسه با مردان توانایی بیشتری برای گسترش شبکه حمایت اجتماعی خود دارند، پس ممکن است فقط برای آنان منافع ازدواج کمتر از مردان باشد نه این که ازدواج برای آنان تنش بیشتری به همراه می‌آورد.

شک نیست که سلامت عمومی زوج‌ها تحت تأثیر متغیرهای متعددی از جمله موقعیت زندگی زناشویی و موقعیت اجتماعی-اقتصادی آن‌ها (چارسیسی، ۲۰۰۴)، محل جغرافیایی و میزان دریافت حمایت اجتماعی (گرین و راجرز، ۲۰۰۱) و غیره قرار دارد که نقش این عوامل مداخله‌گر و دیگر عوامل مانند میزان مذهبی بودن افراد، میزان تحصیلات، سازگاری زناشویی و خصوصیات شخصیتی نیز باید مورد توجه قرار بگیرد. بدیهی است که تکرار مطالعات فوق و پژوهش‌های آینده به این سؤال‌ها پاسخ خواهند داد.

منابع

- احمدی، خدابخش، فتحی آشتیانی، علی، و نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۸۴). بررسی عوامل زمینه‌ای - فردی و ارتباطی - دوجانبه‌ای موثر بر سازگاری زناشویی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳۱(۳): ۲۳۸-۲۲۱.
- خدا پناهی، محمدکریم، و حیدری، محمود. (۱۳۸۲). بررسی اثر آهنگ زیارت کعبه در سلامت عمومی حجاج. *مجله روان‌شناسی*، ۷، ۴(۲۸): ۳۴۱-۳۳۰.
- سمیعی کرانی، صمصام (۱۳۸۳). *مقایسه سلامت روانی والدین کودکان دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه با والدین کودکان عادی شهرستان فارس با ملاحظه وضعیت اجتماعی-اقتصادی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- مظاهری، محمدعلی، حیدری، محمود، و پوراعتماد، حمیدرضا. (۱۳۸۲). مقایسه بهداشت روانی در زوج‌های جشن‌های ازدواج دانشجویی و زوج‌های عادی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۵، ۱، ۲۵-۷۰.

- Barrett, A. E. (2002). Marital transition and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*. 45, 451-464.
- 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>.
- Coombs, R. (1991). Marital status and personal well-being: A literature review. *Family Relations*. 40, 97-102.
- Cotton, S. R. (1999). Marital status and mental health revised: Examining the importance of risk factors and resources. *Family Relations*. 48(3), 97-102.
- Gottman, J. M., & Notaries, C. I. (2002). Marital research in the 20th century and a research agenda. *Family Process*. 55, 159-197.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (2002). Generating hypotheses after 14 years of marital followup: Or how should one speculate? A reply to Dekay, Greeno, and Houck. *Family Process*. 40, 105-110.
- 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*. 24, 122-132.
- 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.
- Johnson, D. R., & Wu, J. (2002). An empirical test of crisis, social selection, and role explain the relationship between marital disruption and psychological distress: A pooled time series of four-wave panel data. *Journal of Marriage and the Family*. 10, 224-238.
- 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.
- 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.
- Shumaker, S. A., & Hill, D. R. (1991). Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*. 10, 102-111.
- 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.
- Veroff, J., Young, A., & Coon, H. M. (2000). The early years of marriage. In R. M. Milardo & S. Duck (Eds.), *Families as relationships* (pp. 19-38). New York: John Wiley.
- Wai-Kwong, M., D., & Shek, T. L. (1990). Sex differences in the psychological

well-being of chines dual-employed parents in Hong Kong. *CUHK Education Journal*. 18(2):115-120.

Waite, L. J. (2000). 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

Archive of SID