

«زن و مطالعات خانواده»

سال نهم - شماره سی و چهارم - زمستان 1395

ص ص: 143-165

تاریخ دریافت: 95/06/30

تاریخ پذیرش: 95/09/22

مقایسه سلامت روان، بهزیستی روانشناختی و عزت نفس زنان و دختران در شیراز

دکتر سیدرضا فلاح چای¹
مریم فلاحی^{2*}

چکیده

پژوهش‌ها نتایج متفاوتی را در خصوص مزیت‌های ازدواج بر سلامت روان، بهزیستی روان شناختی افراد گزارش کرده‌اند. هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت روان، بهزیستی روانشناختی و عزت نفس زنان و دختران شهر شیراز بود. 390 شرکت کننده (195 زن و 195 دختر) به روش نمونه گیری در دسترس براساس متغیرهای سن و سطح تحصیلات هم‌تاسازی و انتخاب شدند. شرکت کنندگان پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، SCL90، بهزیستی روانشناختی ریف و فرم کوتاه پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (30 سوالی) را کامل کردند. برای تحلیل داده از روش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون مانوا و تی تست استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در سلامت روان، بهزیستی روانشناختی و عزت نفس زنان و دختران وجود داشت. یافته‌ها بیانگر این بود که سلامت روان و بهزیستی روانشناختی زنان پایین‌تر از دختران بود ($P \leq 0/001$) درحالی‌که زنان از عزت نفس بالاتری برخوردار بودند ($P \leq 0/001$). براساس نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد تاهل در زنان سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی را کاهش داده اما عزت نفس آنان را بهبود بخشیده است.

واژه‌های کلیدی:

بهزیستی روانشناختی، دختران، زنان، سلامت روان، عزت نفس

1. دانشیار گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان. r.fallahchai@hormozgan.ac.ir

2. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه هرمزگان (نویسنده مسؤول). fallahi.phd@hormozgan.ac.ir

مقدمه

خانواده نهادی است که به عنوان ارزشی ضروری، مورد قبول و مشترک در جوامع تلقی می‌شود که در آن ادامه نسل حاصل شده و فرایند اجتماعی شدن افراد تکمیل می‌شود (پینو¹، 1982؛ جلیک، هالماتو و سربجام²، 2012). اگرچه بسیاری از روابط معنادار و تکمیل‌کننده فردی دیگری وجود دارد اما منافع ازدواج برای جامعه و اعضای خانواده منحصر به فرد می‌باشد (وردل³، 2011). بنابراین، مطالعه و پژوهش در مورد مسایل مرتبط با ازدواج از موضوعات مهم در حوزه‌های مختلف علمی از علوم اجتماعی، مذهبی و روان‌شناسی تا اقتصاد، جمعیت‌شناختی و حتی سیاسی می‌باشد. یکی از موضوعات با اهمیتی که در حوزه‌ی روان‌شناسی تحقیقات گسترده‌ای در مورد آن به عمل آمده است، سلامت روان می‌باشد. سلامت روان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت و بهداشت یک جامعه قلمداد می‌گردد. سلامت روان به بهبودی عاطفی برای توانایی لذت بردن از زندگی و گذراندن درد، ناامیدی و ناراحتی و رسیدن به سطحی از اعتقاد به شان و ارزش خود و دیگران اشاره دارد (دی⁴، 2007). از سوی دیگر، هدف بسیاری از افراد در سرتاسر دنیا دستیابی افراد به شادمانی بالاتر است، یعنی روش‌های درمانی یا فعالیت‌های عمدی که هدف‌شان پرورش دادن شناخت‌ها، احساس‌ها یا رفتار مثبت است (سین و لیوبویسکی⁵، 2009). بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان واکنش‌های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی‌ها و توانمندی‌های شخصی، تعامل مثبت و کارآمد با جهان، رابطه مطلوب با اجتماع و پیشرفت مثبت در طول زمان تعریف کرد، این حالت می‌تواند مؤلفه‌هایی مانند: رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت را در برگیرد (کاراداماس⁶، 2007). بهزیستی روان‌شناختی نه تنها به عنوان فقدان اختلالات روانی (سین و لیوبویسکی، 2009)، بلکه به عنوان حضور منابع روان‌شناختی مثبت شامل مولفه‌های بهزیستی ذهنی (از قبیل: عاطفه مثبت، رضایتمندی از زندگی، شادمانی) همچنین مولفه‌های شادمانی و بهزیستی شخصی⁷ (از قبیل: پذیرش خود، روابط مثبت،

1- Popenoe

2- Celik, Halmatov, & Saricam

3- Wardle

4- Day

5- Sin & Lyubomirsky

6- Karremans

7- Eudaimonic well-being

خودگردانی، هدف در زندگی) تعریف شده است (رایان و دی سی¹، 2001). بهزیستی یک معیار کلیدی از سلامت روان می‌باشد و نشان داده شده که با عوامل مثبت زیادی مانند: افزایش سلامت جسمانی بالا (کوهن²، 2003؛ بارترام و بونیول³، 2007)، عملکرد بهینه (دیودسون⁴، 2003)، کاهش مشکلات روان‌شناختی، مهارت‌های مسئولیت‌پذیری و حتی عمر طولانی مرتبط است (دئر و اسنودن⁵، 2001). بهزیستی روان‌شناختی مربوط به واکنش‌های افراد به فشارهای روزمره زندگی است (ریف و کیس⁶، 1995) که شامل احساسات و ارزیابی‌های روز به روز افراد از زندگی‌شان است (لیویومیرسکی، دیگر هاف، بوم و شلدون⁷، 2008؛ هیمن⁸، 2008). نتایج تحقیق رینگ، هوفر، مک گی، هیکی و ابویل⁹ (2007) نشان داد که بهزیستی روانشناختی به طور معناداری با ادراک فرد از کیفیت زندگی رابطه دارد. دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بهزیستی روانشناختی تاثیر مثبتی بر مولد بودن، کیفیت روابط اجتماعی، عملکرد شغلی بالا و سلامتی جسمی و روانی دارد (دینر و رایان¹⁰، 2009؛ دینر و بیسواس دینر¹¹، 2008؛ هیمن، 2008؛ کیس و واترمن¹²، 2003).

محققین بر این باور هستند که مهمترین تکلیف برای سلامت روانی، عاطفی و اجتماعی فرد که از نوزادی آغاز می‌شود و تا مرگ ادامه می‌یابد، ایجاد عزت نفس مثبت وی می‌باشد (مک دونالد، 1994؛ مان، هاسمن، سلما و دی واریز¹³، 2004). عزت نفس بعد ارزیابی‌کننده و موثر خودپنداره است. عزت نفس برای بقا و سلامت روانی حیاتی است و یکی از ملزومات عاطفی زندگی است و بدون آن بسیاری از نیازهای اساسی برآورده نمی‌شوند (گرین برگ و همکاران، 1992؛ مک کی و فنینگ، ترجمه شهرآرای، 2008). مازلو (1970)، اظهار داشت که این سازه از عزت نفس فردی و عزت نفسی که

1 - Ryan & Deci

2 - Cohen

3 - Bartram & Boniwell

4 - Davidson

5 - Danner & Snowdon

6 - Ryff & Keyes

7 - Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm, & Sheldon

8 - Heeman

9 - Ring, Höfer, McGee, Hickey, & O'Boyle

10 - Diener, & Ryan

11 - Diener, & Biswas-Diener

12 - Keyes & Waterman

13- Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries

بوسیله توجه مثبت افراد مهم ایجاد شده، ترکیب یافته است (هیلز، فرانسیس و جینگز¹، 2011). تاثیرات قوی و ذاتی عزت نفس، مکانیزمی راهنمایی‌کننده درونی را فراهم می‌کند، افراد را در تمام طول زندگی هدایت کرده و آموزش داده، و رفتار آن‌ها را کنترل و اداره می‌کند. عزت نفس به عنوان مشخصه و ویژگی اساسی سلامت روان مطرح شده و همچنین بدلیل نقش آن به مانند سپری در برابر اثر ادراکات منفی، احساسات و پاسخ‌های رفتاری مختل، به عنوان عاملی محافظ که به سلامت بهتر و رفتار اجتماعی مثبت کمک می‌کند، در نظر گرفته می‌شود (ون زلست و همکاران²، 2014).

مروری بر پیشینه مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که تاثیر ازدواج بر سلامت روان یکی از مسائلی است که در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. در زمینه سلامت روان، پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورها نشان داده است که افراد متاهل سلامت روان بالاتری نسبت به افراد مجرد دارند (کامپ داش، تیلور و گروک³، 2008؛ بیرمن، فازیو و میلکی⁴، 2006؛ هوویتس، وایت و هاول-وایت، 1996؛ براون⁵، 2000؛ سیمون⁶، 2002؛ لامب، لی، و دی ماریس⁷، 2003؛ مارکوسن⁸، 2005؛ لی، الیوت و آمبرسون⁹، 2010). در تبیین این یافته برخی محققین براین باورند که افراد چون که متاهلند سلامت روان بهتری ندارند بلکه درعوض به این نتیجه رسیده‌اند که افرادی که سلامت روانی بهتری دارند کسانی هستند که ازدواج می‌کنند (سیمون، 2002؛ کیم و مکهنی¹⁰، 2002؛ لامب و همکاران، 2003؛ سیمون و بارت¹¹، 2010). پژوهش‌های جامعه‌شناسان و روان‌شناسان حاکی از ارتباط مثبت سلامت روان و ازدواج است (داینر و چان¹²، 2011؛ فری و استوتزر¹³، 2002؛ استوتزر و فری¹⁴، 2008؛ لایارد¹⁵،

-
- 1- Hills, Francis, & Jennings
 - 2- van Zelst
 - 3- Kamp Dush Taylor & Kroege
 - 4- Bierman, Fazio & Milkie
 - 5- Brown
 - 6- Simon
 - 7- Lamb, Lee, & DeMaris
 - 8- Marcussen
 - 9- Liu, Elliott, & Umberson
 - 10- Kim & McKenry
 - 11- Simon & Barrett
 - 12- Diener & Chan
 - 13- Frey & Stutzer
 - 14- Stutzer & Frey
 - 15- Layard, R

2005). در همین زمینه، مطالعات اداره بهداشت عمومی آمریکا در سال 2008 نشان می‌دهد که بین سلامت روانی و ازدواج، ارتباط معنی دار وجود دارد (دانش، 2010). ویلسن و ازولد¹ (2005)، با اشاره به تحقیقات اسماک و راس این تاثیر را مثبت دانست. اما این تاثیر بستگی به فرهنگی که فرد در آن زندگی می‌کند دارد بررسی پیشینه مطالعاتی درخصوص مقایسه بهزیستی روانشناختی بین افراد متاهل و مجرد تا این تاریخ حاکی از این است که در این زمینه پژوهشی منتشر نشده است و بیشتر پژوهش‌ها آن را از منظر سلامت روانشناختی مدنظر قرار داده یا به بررسی این متغیر در زنان شاغل و غیر شاغل یا زنان شاغل با زنان خانه دار پرداخته‌اند (سیراماتی و کومار²، 2010؛ ارلانسون³، 2006؛ ویلیامز⁴، 2006 و 2003؛ ساگارا و ماساکایدو⁵؛ 2006)، یا صرفاً به بررسی این متغیر در زنان و مردان متاهل پرداخته‌اند. برای نمونه، ویلیامز (2003)، و بیرمن و همکاران، 2006 در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بهزیستی روانشناختی افراد متاهل بالا می‌باشد. نتایج تحقیق برنارد و فراتزاک⁶ (2006)، که به مقایسه بهزیستی روانشناختی در بین زنان و مردان متاهل در دو کشور لهستان و سوئد پرداخته بود نشان داد که بهزیستی روانشناختی زنان متاهل لهستانی پایین بود در حالی که بهزیستی روانشناختی زنان متاهل سوئدی بالا بوده است. بررسی تحقیقات انجام شده در مورد عزت نفس نشان می‌دهد، تحقیق در مورد رابطه بین ازدواج یا وضع تاهل و عزت نفس محدود است (بریس و گای⁷، 2004). مک دونالد و همکاران (1987)، دریافته‌اند که افراد در ازدواج‌های پایدار، عزت نفس بالاتری داشتند. اما فرن کمپ⁸ (2001) دریافت که وضعیت تاهل پیش‌بینی‌کننده عزت نفس نمی‌باشد. شکلفرد⁹ (2001) تاثیرات مهم ناسازگاری و تعارض زناشویی بر عزت نفس را تایید کرد و بیان داشت که جذابیت‌های فیزیکی با عزت نفس ارتباط دارد و افراد متاهل از عزت نفس بالاتری برخوردارند (بریس و گای، 2004). با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی با استفاده از ابزار مناسب به بررسی

1 - Wilson & Oswald

2 - Srimathi & Kiran Kumar

3 - Erlandson

4 - Williams, K

5 - Sagara & Yokoito masakoikedo

6 - Bernhardt & Fraczak

7 - Brase & Guy

8- Fahrenkamp

9 - Shackelford

متغیرهای سلامت روان، بهزیستی روان‌شناختی و عزت نفس، و همچنین مقایسه این متغیرها در زنان و دختران در داخل کشور گزارش نشده است همچنین، با توجه به مطالعات انجام شده در سایر کشورها در مورد تاثیر ازدواج بر سلامت روان و نتایج بعضاً متفاوت بدست آمده، این مطالعه با هدف مقایسه سلامت روان، بهزیستی روان‌شناختی و عزت نفس زنان و دختران شهر شیراز در سال 1393 صورت گرفت.

ابزار و روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است که بر روی 195 دختر و 195 زن در شهر شیراز انجام شد. آزمودنی‌ها به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در منطقه مرکزی شهر شیراز (منطقه 1 و 3)، و براساس سطح تحصیلات و سن هم‌تاسازی و انتخاب شدند.

ابزار پژوهش: پرسشنامه SCL-90: شامل 90 سوال برای ارزشیابی علائم روانی است که به وسیله پاسخگویان گزارش می‌شود و در اصل برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح ریزی گردیده است. فرم اولیه آزمون توسط دراگوئیس، لیپمن و کووی¹ (1973) معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی، مورد تجدید نظر قرار گرفته و فرم نهایی آن در سال 1976 تهیه گردید (دراگوئیس، ریکلز و راک²، 1976). پاسخ‌های ارائه شده به هریک از موارد آزمون در یک مقیاس 5 درجه‌ای از میزان ناراحتی که از «هیچ» تا «به شدت» می‌باشد، مشخص می‌گردد. 90 ماده این آزمون 9 بعد مختلف شکایات جسمانی، وسواس - اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را در بر می‌گیرد. سنجش پایایی ابعاد 9 گانه این آزمون از روش محاسبه پایایی به روش آزمون مجدد صورت گرفته است. نتایج تمام ضرایب بدست آمده برای 9 بعد کاملاً رضایت بخش بوده است. بیشترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با 0/9 و کمترین آنها روان‌پریشی با 0/77 بوده است (دراگوئیس و همکاران، 1976). در ایران، باقری یزدی و همکاران (1993) با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته روی 400 نفر از نمونه‌های ایرانی ضریب همبستگی

1 -Derogatis, Lipman & Covi

2 -Derogatis, L.R., Rickels, K., & Rock, A

حدود ($r=0/97$) را گزارش کرده است. رضاپور (1997)، در هنجاریابی آزمون SCL-90 بر روی دانشجویان آزاد و شهید چمران میزان پایایی را در حد قابل قبول (حداکثر 0/82 و حداقل 0/67) گزارش نمود. ضریب پایایی در پژوهش حاضر 0/88 بدست آمد.

مقیاس بهزیستی ریف: این مقیاس را ریف در سال 1980 طراحی کرد. فرم اصلی از 120 سؤال تشکیل می‌شود، ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر 84، 54 و 18 سؤالی نیز تدوین گردید (ریف و کیس¹، 1995). در این پژوهش فرم 84 سؤالی آن به کار برده شد. مقیاس بهزیستی روانشناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خود مختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم 84 سؤالی هر عامل دارای 14 سؤال است که پاسخ‌های آزمودنی را در اندازه‌های شش درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف = 1 تا کاملاً موافق = 6) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در مقیاس بهزیستی روانشناختی به ترتیب 84 و 504 خواهد بود. نمرات بالاتر بیانگر بهزیستی روانشناختی بالاتر در هر یک از شش خرده مقیاس است. ضریب پایایی این مقیاس بین 0/83 و 0/91 گزارش شده است (ریف، 1989). اشموت و ریف² (1997)، همسانی درونی این مقیاس را بین 0/82 تا 0/90، و ون دایرن دوک³ (2005)، بین 0/77 تا 0/90 گزارش کرده است. بررسی این مقیاس با مقیاس‌هایی که عملکردهای مثبتی به مانند حرمت خود و رضایت از زندگی را مورد سنجش قرار می‌دهند بیانگر همبستگی مثبت این مقیاس با این عملکردها می‌باشد (ریف، 1989؛ خدابخش و منصوری، 2010). در ایران طی پژوهشی که با نمونه‌ای دانشجویی انجام شده است، همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج به دست آمده برای تسلط بر محیط 0/69، رشد شخصی 0/74، ارتباط مثبت با دیگران 0/65، هدفمندی در زندگی 0/73، پذیرش خود 0/65، خود مختاری 0/60 و نمره کلی 0/90 گزارش گردید (میکائیلی، 2009). در این مطالعه همسانی نتایج به دست آمده برای تسلط بر محیط 0/84، رشد شخصی 0/85، ارتباط مثبت با دیگران 0/83، هدفمندی در زندگی 0/91، پذیرش خود 0/90، خود مختاری 0/88 و نمره کلی 0/89 به دست آمد.

1 - Ryff & Keyes

2 - Schmutte & Ryff

3 - Van Dierendonck, D

پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت: که توسط کوپر اسمیت (1967) با تجدید نظر بر روی مقیاس راجرز و دیمون (1954) ساخته شده است (کوپراسمیت، 1989). پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت به دو جنبه ذهنی و رفتارهای آشکار اشاره دارد و یک نمره کل از پرسش‌هایی که مضمون متفاوتی دارند به دست می‌آید و فرض بر این است که این نمره کل عزت نفس کلی را منعکس می‌کند. فرم کوتاه این پرسشنامه 30 ماده دارد. پاسخ‌های ارائه شده به هریک از موارد آزمون در یک مقیاس 5 درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» می‌باشد، در این پرسشنامه نمره بالاتر نشان دهنده عزت نفس بیشتر می‌باشد. کوپر اسمیت و همکاران (1967) ضریب باز آزمایی 0,88 را بعد از 5 هفته و ضریب باز آزمایی 0,70 را بعد از 3 سال برای این مقیاس به دست آوردند. نجاریان و همکاران (1378)، این آزمون را از طریق بررسی همزمان مقیاس مزبور با دو پرسشنامه دیگر انجام داده‌اند، که ضرایب همبستگی را 0/96 و 0/52 گزارش نموده‌اند (شهبازی و وزینی طاهر، 2013). به منظور اطمینان بیشتر از نتایج حاصله در جامعه آماری مورد نظر نیز به تعیین پایایی پرسشنامه اقدام گردید. ضریب پایایی 0,86 بدست آمد که در سطح اطمینان 95 درصد معنی‌دار بود (شهبازی و وزینی طاهر، 2013). ضریب پایایی در پژوهش حاضر 0,84 بدست آمد.

برای تحلیل داده از روش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و روش استنباطی آزمون مانوا و تی تست استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از پرسش نامه‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها حاکی از این است که 32 درصد شرکت‌کنندگان 26 تا 30 سال، 19/6 درصد 31 تا 35 سال، 18/4 درصد 21 تا 25 سال، 17/8 درصد 40 و بالاتر، 8/9 درصد 36 تا 40 سال و 3/3 درصد 18 تا 20 سال داشتند. 48/1 درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش دارای سطح تحصیلات لیسانس، 16/6 درصد فوق لیسانس و بالاتر، 14/7 درصد دیپلم 10/7 درصد فوق دیپلم و 9/9 درصد زیر دیپلم بودند. در بررسی اولین سوال پژوهش مبنی بر این که آیا بین سلامت روان دختران و زنان تفاوت وجود دارد، یافته‌های به دست آمده به شرح زیر گزارش شده است.

جدول 1- نتایج آزمون های معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمرات سلامت روان

ضریب اتا	P	F	V	آزمون	
0,986	0,001	34,211	0,78	لامبدای ویلکس (Wilkes's Lambda)	۳ ۲ ۱
0,986	0,001	34,211	0,39	ردیابی فیلا (Pillai's Trace)	
0,986	0,001	34,211	1,912	ردیابی هتلینگ (Hotelling's Trace)	
0,986	0,001	34,211	1,912	بزرگترین ریشه روی (Roy's Largest Root)	

همان طور که در جدول فوق ملاحظه می شود سطوح معنی داری همه آزمون ها بیانگر این است که بین دختران و زنان حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت از آزمون تحلیل واریانس تک عاملی استفاده شد.

جدول 2- میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس تک عاملی برای تفاوت گروه ها

متغیر	وضعیت تاهل	میانگین	انحراف استاندارد	SS	MS	df	F
نمره کلی	مجرد	75/69	58/13	1826,42	1826,42	1	35,88***
	متاهل	62/07	57/47				
شکایت جسمانی	مجرد	9/07	7/77	308,28	308,28	1	8,17**
	متاهل	13/20	8/37				
وسواس	مجرد	9/09	7/48	241,63	241,63	1	2,06
	متاهل	11/47	8/11				
افسردگی	مجرد	9/01	11/79	349,62	349,62	1	10,66**
	متاهل	12/98	9/14				
حساسیت	مجرد	7/40	6/39	227,10	227,10	1	7,45**
	متاهل	7/12	6/08				
اضطراب	مجرد	7/60	6/70	246,61	246,61	1	8,62**
	متاهل	9/24	6/66				
پرخاشگری	مجرد	4/64	4/34	127,16	127,16	1	1,16
	متاهل	5/13	3/79				
پارانویید	مجرد	6/02	4/00	111,22	111,22	1	1,79
	متاهل	7/53	5/41				
روان پریشی	مجرد	5/71	6/07	234,64	234,64	1	1,75
	متاهل	5/62	5/74				
فوبی	مجرد	3/53	3/59	219,72	219,72	1	1,29
	متاهل	3/40	4/18				

* p < 0.05. ** p < 0.01. *** p < 0.001.

براساس نتایج گزارش شده در جدول فوق، یافته‌ها حاکی از این است که هم در نمره سلامت روان کلی و هم در چند خرده مقیاس میانگین نمرات زنان بالاتر از میانگین نمرات دختران است. بررسی این تفاوت با استفاده از آزمون تک عاملی بیانگر این است تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه هم در میانگین نمره کلی سلامت روان ($F=35.58, P \leq 0/001$) و هم در خرده مقیاس‌های شکایت جسمانی ($F=8.173, P \leq 0/01$)، افسردگی ($F=10.66, P \leq 0/01$)، حساسیت در روابط بین فردی ($F=7.447, P \leq 0/01$)، و اضطراب ($F=8.623, P \leq 0/01$) وجود دارد.

در بررسی دومین سوال پژوهش مبنی بر این که آیا بین بهزیستی روانشناختی دختران و زنان تفاوت وجود دارد، یافته‌های به دست آمده به شرح زیر گزارش شده است.

جدول 3- نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره
بر روی میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی

آزمون	V	F	P	ضریب اتا
لامبدای ویلکس (Wilkes's Lambda)	0,293	16,05	0,001	0,986
ردیابی فیلائی (Pillai's Trace)	0,707	16,05	0,001	0,986
ردیابی هتلینگ (Hotelling's Trace)	0,415	16,05	0,001	0,986
بزرگترین ریشه روی (Roy's Largest Root)	0,415	16,05	0,001	0,986

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر این است که بین دختران و زنان حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت از آزمون تحلیل واریانس تک عاملی استفاده شد.

جدول 4. میانگین، انحراف استاندارد، و تحلیل تحلیل واریانس تک عاملی برای تفاوت گروه‌ها

F	MS	df	SS	متاهل		مجرد		متغیرها
				انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
117/89***	57765/5	1	57765/5	32/94	303/33	34/26	322/34	نمره کل
10/80**	438/906	1	438/906	8/23	48/91	6/33	53/35	تسلط بر محیط
10/37**	415/65	1	415/65	7/70	50/64	6/29	54/57	رشد شخصی
11/22**	411/90	1	411/90	6/26	50/35	6/71	53/49	ارتباط مثبت
1/69	107/56	1	107/56	8/71	55/33	7/70	54/24	هدفمندی
12/18**	469/46	1	469/46	6/10	48/33	7/10	52/96	پذیرش خود
13/12**	497/756	1	497/756	8/94	49/33	7/64	53/64	خود مختاری

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

در بررسی سوال سوم پژوهش مبنی بر این که آیا بین عزت نفس دختران و زنان تفاوت وجود دارد، داده‌های به دست آمده براساس پاسخ‌های آزمودنی‌ها به سوالات پرسشنامه به شرح زیر گزارش شده است.

جدول 5- آزمون تفاوت عزت نفس بر حسب وضعیت تاهل

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی داری
مجرد	92/22	13/90	10,46	0,001
متاهل	97/15	6/09		

براساس نتایج مندرج در جدول فوق میزان میانگین نمره عزت نفس در بین دختران کمتر از مقدار آن در زنان است. در بررسی تفاوت مشاهده شده بین دو میانگین بر اساس آزمون و سطح معنی‌داری (0,001) بیانگر این است که با 99 درصد اطمینان، تفاوت معنی‌داری بین دختران و زنان از نظر میزان عزت نفس، وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت روان، بهزیستی روانشناختی و عزت نفس زنان و دختران انجام شد. برای بررسی سوال پژوهشی اول از آزمون تحلیل پراکنش چند متغیری استفاده شد. همانطور که در جدول شماره 2، ملاحظه گردید، نتایج بررسی تفاوت میانگین سلامت روان بر حسب وضعیت تاهل پاسخگویان نشان داد که سلامت روان در بین دختران بالاتر از زنان متاهل بود. تفاوت مشاهده شده به لحاظ آماری معنادار بود ($P \leq 0/001$). نتیجه بدست آمده از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های ساندریال و کومار (2013)، باقری یزدی و همکاران (1993)، یعقوبی و همکاران (1995)، پالاهنگ و همکاران (2003) و نیز مطالعه بیانی، کوچکی، و کوچکی (2007)، که در آن افراد متاهل سلامت روانی کمتری نسبت به مجرد داشتند، همسو می‌باشد. در مطالعه نوربالا و همکاران، (2004)، نیز شیوع اختلال روانی در افراد متاهل بیش از مجرد بود. اما با نتایج تحقیقات دیگر پژوهشگران (صادقی، زارعی پور، اکبری و خان بیگی، 2011؛ انصاری، بهرامی، اکبرزاده و بخشانی، 2007؛ شریعتی، کفاشی، قلعه بندی، فاتح و عبادی 2002؛ سلیمی، مرزآبادی و عابدی درزی، 2010؛ و یوسفی، براتعلی و عرفان

2009)، که به بررسی وضعیت سلامت روان پرداختند، همسو نمی‌باشد. در این پژوهش‌ها متاهلین از سلامت روانی بیشتری نسبت به افراد مجرد برخوردار بودند. همچنین این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌های خارجی از قبیل بکستر و هویت¹، 2011؛ ویلسن و اوزولد²، 2005؛ بیرمن، فازیو و میلکی³، 2006 که در آن‌ها افراد متاهل از سلامت روان بیشتری برخوردار بودند، همخوانی ندارد. از سوی دیگر این یافته با نتایج تحقیقات پژوهشگرانی مانند (بخشی‌پور، پیروی و عابدیان، 2005؛ شریف، جولایی، کدیور و رجایی فرد، 2004؛ سپهرمنش، 2008 و درانی و غلامعلی لواسانی، 2000) که تفاوتی میان افراد مجرد و متاهل وجود نداشت، همخوانی ندارد. در تمام مطالعات داخلی ذکر شده، ابزار مورد استفاده پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ بود، می‌توان دلیل تفاوت نتایج این پژوهش‌ها و پژوهش حاضر را به تفاوت ابزار مورد استفاده نسبت داد. در تبیین تفاوت سلامت روان بین افراد برحسب وضعیت تاهل می‌توان به این نکته توجه کرد که پژوهش‌های قبلی اشاره می‌کنند که ازدواج بوسیله زنان و مردان بطور متفاوتی تجربه می‌شوند و در کل ازدواج برای سلامت روان مردان سودمندتر از زنان است (امبرسون⁴، 1992). زنان ممکن است در زندگی خانوادگی استرس بیشتری را به نسبت مردان تجربه کنند (برد⁵، 1999). مطالعات اخیر اشاره می‌کنند که تعارضات زناشویی می‌تواند منجر به کاهش سلامت جسمانی و روانی شود (چوی و مارکس⁶، 2008). بنابراین، اگر این موضوع درست باشد که زنان به کیفیت رابطه زناشویی حساس‌تر می‌باشند، آن‌وقت، این امکان نیز وجود دارد که تعارضات زناشویی به گونه‌ای منفی بر زنان تاثیر گذارند. از این رو، سلامت روان کمتر در زنان نسبت به دختران قابل تبیین می‌باشد. همچنین می‌توان به عواملی اشاره کرد که بر سلامت روان تاثیر دارند. عوامل اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی از مهم‌ترین و عمده‌ترین عواملی هستند که در سلامت روان نقش دارند (بیرمن و همکاران، 2006). علاوه بر همین این موارد، اکثر زنان در ایران علاوه بر نقش‌های اجتماعی خود موظف به انجام وظایف و مسئولیت‌ها به عنوان زن و مادر هستند، حتی زمانی که زنان در خارج از خانه کار می‌کنند، هنوز هم بار

1- Baxter & Hewitt

2- Wilson & Oswald

3- Bierman, Fazio, & Milkie

4- Umberson

5- Bird

6- Choi & Marks

کارهای خانه بر دوش آنان می‌باشد. از این رو زنان نسبت به دختران بیشتر در معرض استرس و فشار قرار دارند که این موضوع تاثیر جدی بر سلامت روان زنان می‌گذارد (نوربالا و همکاران، 1387). همچنین تغییرات مهمی است که در جمعیت شناسی و معنای ازدواج در سال‌های اخیر وجود داشته است که نشان می‌دهد تجربه ازدواج نیز ممکن است تغییر کرده باشد (یکستر و هویت، 2011) و ماهیت ازدواج به ویژه برای زنان در حال تغییر است (کمبل، رایت و فلورس¹، 2012).

برای بررسی سوال پژوهشی دوم از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. همانطور که در جدول شماره 4، ملاحظه گردید، نتایج بررسی تفاوت میانگین بهزیستی روانشناختی بر حسب وضعیت تاهل پاسخگویان نشان داد که بهزیستی روانشناختی در بین دختران بالاتر از زنان بود. تفاوت مشاهده شده به لحاظ آماری معنادار بود ($P \leq 0/001$). این یافته با نتیجه تحقیق برنارد و فراتزاک² (2006) که بیان کرد زنان لهستانی بهزیستی روانشناختی پایینی دارند همسو، ولی با نتیجه دیگر این تحقیق که گزارش کرد زنان سوئدی از بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردارند و همچنین نتایج تحقیقات کولز و برمان (2003) و مک داف، والترز و استرشاین³ (2002) ناهمسو می‌باشد. باتوجه به اینکه تجربه زندگی زناشویی تاثیرات متفاوتی بر زنان و مردان دارد و در کل ازدواج برای سلامت روان مردان سودمندتر از زنان است (امبرسون، 1992). زنان ممکن است در زندگی خانوادگی استرس بیش‌تری را به نسبت مردان تجربه کنند (برد، 1999). همچنین، مطالعات اخیر اشاره به این دارد که تعارضات زناشویی می‌تواند منجر به کاهش سلامت جسمانی و روانی شود (چوی و مارکس، 2008). بنابراین، اگر این موضوع درست باشد که زنان به کیفیت رابطه زناشویی حساس‌تر می‌باشند، آن‌وقت، این امکان نیز وجود دارد که تعارضات زناشویی به گونه‌ای منفی بر زنان تاثیر گذارند. از این رو، منجر به کاهش بهزیستی روانشناختی در زنان گردد.

برای بررسی سوال سوم از آزمون t استفاده شد. همانطور که در جدول شماره 5، ملاحظه گردید، نتایج بررسی تفاوت میانگین عزت نفس بر حسب وضعیت تاهل پاسخگویان نشان داد که عزت نفس در بین دختران پایین‌تر از زنان بود. تفاوت مشاهده شده به لحاظ آماری معنادار بود ($P \leq 0/001$). نتیجه به دست آمده، با نتایج تحقیقات

1- Campbell, Wright, & Flores

2- Bernhardt & Fratzak

3- McDonugh, Walters & Strohschein

دیگر پژوهشگران شکلفرد (2001): بریس و گای (2004) همسو می‌باشد، در این مطالعات افراد متاهل از عزت نفس بالاتری برخوردار بودند. اما با یافته‌های پژوهشگرانی مانند (سلملیان و کاظم نژاد لیلی، 2014، عنایت و دسترنج، 2010؛ درانی و غلامعلی لواسانی، 2000) همخوانی ندارد. که این عدم همخوانی را می‌توان به تفاوت در گروه‌های مورد مطالعه یا ابزار مورد استفاده نسبت داد. تحقیق درباره رابطه بین ازدواج یا وضعیت تاهل و عزت نفس محدود است (بریس و گای، 2004). در این زمینه، مک دونالد، ایبرت و میسون (1987) نشان دادند که افراد در ازدواج‌های سالم و پایدار (در مقایسه با طلاق) عزت نفس بالاتری داشتند (بریس و گای، 2004). بریس و گای (2004)، دریافتند که افراد متاهل عزت نفس بالاتری دارند. در تبیین نتایج حاصله، لازم به ذکر است که عزت نفس به عنوان یک ساختار درونی پیچیده و استانداردهای ذهنی شناخته می‌شود که تغییر در آن به عوامل مختلفی بستگی دارد. کوپر اسمیت چهار عامل اساسی را در رشد عزت نفس دخیل می‌داند: نخست: میزان دریافت رفتارهای احترام‌آمیز و پذیرا که شخص از افراد مهم زندگی‌اش دریافت می‌دارد. در نتیجه ما خودمان را همان‌گونه که ارزیابی می‌شویم ارزیابی می‌کنیم. دوم: تاریخچه موفقیت‌ها و همچنین پایگاه و مقامی که در جهان دارد. سوم: شیوه تفسیر تجارب و موفقیت‌هاست که براساس ارزش‌ها و آرزوهای فرد صورت می‌گیرد. چهارم: نحوه پاسخ فرد به از دست دادن ارزش می‌باشد. افراد ممکن است اعمال تحقیرکننده دیگران و یا شکست‌های خود را کاهش، تحریف یا کاملاً سرکوب نمایند. ممکن است حتی قضاوت دیگران را رد کرده یا کاهش دهند و یا برعکس ممکن است به قضاوت‌های افراد دیگر حساس باشند این توانایی دفاع از عزت نفس تجربه اضطراب را کاهش داده و به حفظ تعامل شخص کمک می‌کند. به علت ساختار فرهنگی در ایران، تاهل نوعی ارزش و موفقیت محسوب می‌شود و زنان در مقایسه با دختران از پذیرش بیشتری برخوردارند و میزان رفتارهای احترام‌آمیز بیشتری را دریافت می‌دارند. بنابراین عزت نفس بالاتر زنان می‌تواند مرتبط به این عوامل باشد. از سوی دیگر، عوامل اجتماعی در افزایش عزت نفس نقش اساسی ایفا می‌کنند به طور مثال در چین و آمریکا، ژانگ و نورویلتز¹ (2002)، نشان دادند که حمایت اجتماعی دریافت شده با عزت نفس همبستگی مثبت داشت. همانگونه که اشاره شد در ایران از نظر اجتماعی و فرهنگی ازدواج امری ضروری شمرده می‌شود بنابراین تاهل از نظر

1- Zhang, & Norvilitis

اجتماعی مقبولیت بیشتری داشته و افراد حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت می‌کنند. بنابراین، برخورداری بیشتر افراد متاهل از عزت نفس بالاتر قابل تبیین می‌باشد.

بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش و مطالعات دیگر می‌توان چنین اظهار داشت که برای نتیجه‌گیری در مورد تاثیر ازدواج بر سلامت روان، بهزیستی روانشناختی و عزت نفس باید عوامل زیادی را در نظر گرفت. عواملی که هر کدام به نوبه خود نقش بسزایی بر این متغیرها دارند. شناسایی این عوامل در بافت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جامعه نیازمند پژوهش‌های متعدد می‌باشد تا به تبیین دقیق‌تر منجر گردد.

محدودیت‌های پژوهش

یکی از محدودیت‌های این مطالعه این بود که این پژوهش در شهر شیراز انجام شده است، بنابراین با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، تعمیم یافته‌های این مطالعه به سایر شهرها با محدودیت همراه است.

پیشنهادات پژوهشی

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، انجام مطالعات دقیق‌تر و گسترده‌تر جهت مقایسه این متغیرها بین زنان و مردان پیشنهاد می‌شود. به ویژه مطالعات با حجم نمونه بیشتر در شهرهای مختلف و مقایسه نتایج با هم پیشنهاد می‌شود.

پیشنهادات کاربردی

- آموزش روش‌های مقابله با استرس‌های زندگی زناشویی که در نتیجه آن سلامت و بهزیستی روانشناختی زنان متاهل ارتقا یابد.
- نظر به اهمیت مقوله عزت‌نفس، آموزش شیوه‌های افزایش و ارتقا عزت نفس به دختران می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا نیازهای گسترده‌تر نظیر نیاز به پیشرفت و یا درک استعداد بالقوه، زمینه پیشرفت و ارتقا را پیدا نمایند.

References

- Ansari, H., Bahrami, L., Akbarzada, L., & Bakhshani, N.M. (2007), The general health and some related factors in students of the Zahedan University of Medical Sciences, *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 9(4), 304-295 (In Persian).
- Bagheri Yazdi, A., Bolhari, J., & Shah Mohammadi D. (1994), An epidemiological study of psychological disorders in a rural area of Meibod, Yazd, in Iran, *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 1(1), 32-41
- Bakhshipur Roodsari, A., Peyravi, H., & Abedian, A. (2005), The relationship between life satisfaction and social support and mental health among college students, *Journal of Mental Health*, 7(27, 28), 152-145 (In Persian).
- Bartram, D. & Boniwell, I. (2007), The science of happiness: Achieving sustained psychological well-being, *Positive Psychology*, 29,478-482.
- Baxter, J. & Hewitt, B. (2011), Relationship transitions and subjective wellbeing: A longitudinal analysis, 10th Anniversary Research Conference. University of Melbourne.
- Bayani, A. A, Kochaki, A. M, & Kochaki, Gh. M. (2007), Mental health status of teachers in Golestan with the use of SCL.90. R, *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 9(24), 39-44 (In Persian).
- Bernhardt, E., & Fratzak, E. (2006), Family status and subjective well-being: Comparing Poland and Sweden, Cultural dimensional of demographic behavior in industrialized societies, *IUSSP*.1-26.
- Bierman, A., Fazio, E. M. & Milkie, M. A. (2006), A multifaceted approach to the mental health advantage of the married: Assessing how explanations vary by outcome measure and unmarried group, *Journal of Family Issues*, 27(4), 554-582.

- Bird, C. E. (1999), Gender, household labor, psychological distress: The impact of the amount of division of housework, *Journal of Health and Social Behavior*, 40(1), 32-45.
- Brase, G. L & Guy, E. C. (2006), The demographics of mate value and self-esteem. *Personality and individual differences*, 36(2), 471-484.
- Brown, S, L. (2000), The effect of union type on psychological well-being: Depression among cohabitators versus marrieds, *Journal of Health and Social Behavior*, 41(3), 241-255.
- Campbell, K., Wright, D. W. & Flores, C. G. (2012), Newlywed women's marital expectations: Lifelong monogamy? *Journal of Divorce & Remarriage*, 53(2), 108-125.
- Celik, I, Halmatov, S; Halmatov, M & Saricam, H. (2012), Research on views about male university students' marriage and future family role expectation, *Social and Behavioral Science*, 46(0), 3275-3278.
- Choi, H. & Marks, N. F. (2008), Marital conflict, depressive symptoms, and functional impairment, *Journal of Marriage and the Family*, 70(2), 377-390.
- Cohen, S. (2003), " Psychological models of the role of social support in the etiology of physical diseases. In Salorey. P. Rothman , A. (Eds). *Social psychology of health*, Taylor & Franeis, 227- 244
- Danesh, E. (2010), The effectiveness of interactive communication methods to increase marital distressed couples, *Journal of Family Research*, 3 (23), 383-403 (In Persian).
- Danner, D. D., Snowdon, D. A., & Friesen, W. V. (2001), Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study, *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804-813.
- Davidson, R. J. (2003), Affective neuroscience and psychophysiology: Toward a synthesis, *Psychophysiology*, 40(5), 655-665.

- Day, G. (2007), *Mental Health in Ireland: Awareness and Attitudes*. Health Service Executive, ISBN 978-0-9553854-2-1.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008), *Happiness: Unlocking the Mysteries of Psychological Wealth*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009), Subjective well-being: an overview, *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.
- Durrani, K & Ghoolam-Ali Lavassani, M. (2000), The relationship between job satisfaction, self-esteem and mental health: a case study of pre-school teachers of Tehran University, *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 5 (1), 76-98 (In Persian).
- Enayat, H., & Aghapour I. (2010), The socio-cultural factors related to quality of mental health of family, *Journal of Women and Society*, 1 (2), 27-46 (In Persian).
- Erlandson (2006), Levels of complexity in patterns of daily occupations, *Journal of Occupational Science*, 13(1), 27-36.
- Fahrenkamp, E. J. (2001), Age, gender, and perceived social support of married and never-married persons as predictors of self-esteem, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(2-B), 1130.
- Gove, W, R., Style, C.R., & Hughes, M. (1990), The Effect of Marriage on the Well-Being of Adults, *Journal of Family Issues*, 11(1), 4-35.
- Heeman, W.C. (2008), *Intarpersonal communication motives, satisfaction and psychological well- being in father- young adult daughter relationships*, Unpublish master of dissertation Manhattan, Kent State University
- Hills, P. R., Francis, L. J. & Jennings, P. (2011), *The school short-form Coopersmith Self-esteem Inventory: revised and improved*, University of Warwick.

- Horwitz, A. V., White, H.R., and Howell-White, S. (1996), Becoming Married and Mental Health: A Longitudinal Study of a Cohort of Young Adults, *Journal of Marriage and the Family*, 58:895–907.
- Karremans, J. C., Van Lange, P. A. M., Ouwerkerk, J. W., & Kluwer, E. S. (2003), When forgiving enhances psychological well-being: The role of interpersonal commitment, *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1011-1026.
- Keyes, C.L. M., & Waterman, M.B. (2003), Dimensions of Well-Being and Mental Health in Adulthood. In MH Bornstein, L Davidson, CLM Keyes, & CA Moore (Eds.), *Well-Being: Positive Development Across the Life Course* (pp. 477–495). Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Khodabakhsh M. R. & Mansoori, P. (2011), Investigation adaptive and non-adaptive aspects Humor and subjective well- Being in job burnout among nurses, *Journal of Mashhad School of Nursing & Midwifery*, 10 (3-4), 20-31.
- Kim, H. K. & McKenry, P.C. (2002), The relationship between marriage and psychological well-being: A Longitudinal Analysis, *Journal of Family Issues*, 23:885–911.
- Lamb, K A., Lee, G.L., & DeMaris, A. (2003), Union formation and depression: Selection and relationship effects, *Journal of Marriage and Family*, 65:953–962
- Liu, H., Elliott, S., & Umberson. D. J. (2010), Marriage in Young Adulthood. Pp. 169–180 in *Young Adult Mental Health*, edited by Jon E. Grant and Marc N. Potenza, New York: Oxford University Press.
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2008), Becoming happier takes both a will and a proper way: Two experimental longitudinal interventions to boost well-being, *Psychological Bulletin*, 131, 803–855.

- Mann, M., Hosman, M. H., Schaalma, H. P. & de Vries, N. K. (2004), Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion, *Health Education Research*, 19 (4), 357-372
- Marcussen, K. (2005), Explaining differences in mental health between married and cohabiting individuals, *Social Psychology Quarterly*, 68(3), 239-257.
- Mc Kay, M & Fining, P. (2008), Growth and increased self-esteem (Translation:Shahararay,M). Tehran:Asim publishing(In Persian).
- McDonugh, P., Walters, V., & Strohschein, L. (2002), Chronic Stress and the Social Patterning of Women's Health in Canada, *Social Science and Medicine*, 54 (2002), 767-782.
- Mikaeeli Monie, F. (2009), The state of psychological well-being of Urmiye University, *Quarterly of Horizon of Medical Sciences*, 16 (4), 65-72 (In Persian).
- Noorbala, A. A., Bagheri, S. A., Yasamy, M. T. & Mohammad, K. (2004), Mental health survey of the adult population in Iran, *British Journal Psychiatry*, 184, 70-73.
- Palahang, H, Nasr, M, Baraheni, M.N, & Shah Mohammadi, D. (2003), The epidemiology of mental disorders in Kashan, *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 2(4), 19-27(In Persian).
- Rezapour, M. (1997), Scl-90-R Normalization in Shahid Chamran and Islamic Azad Universities, M.A Thesis, Allameh Tabatabai University (In Persian).
- Ring, L., Höfer, S., McGee, H., Hickey, A., & O'Boyle, C. A. (2007), Individual quality of life: Can it be accounted for by psychological or subjective well-being? *Social Indicators Research*, 82(3), 443-461. doi:10.1007/s11205-006-9041-y

- Ross, C. E. (1995), Reconceptualizing Marital Status as a Continuum of Social Attachment, *Journal of Marriage and the Family*, 57(1), 129–140.
- Ryan, R. M., & Deci, E.L. (2001), On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonic well-being, *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
- Ryff, C. D., & Keyes, C.L. (1995), The structure of psychological well-being revisited, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719 – 727
- Sadeghi, R, Zareipour, M. A., Akbari, H. & Khanbeigi, M. (2011), Mental health status and its related factors in women referred to health centers in Kermanshah, *Journal of Health and Care*, 13 (4), 1-9 (In Persian).
- Sagara, J & Yokoito masakoikedo, Y. (2006), Gender role attitude and psychological well-being of middle aged men: Focusing on employment patterns of their wives, *Japanese Psychological Research*, 48, 17-26.
- Salimi, H., Azad marzabadi, E., & Abedi, M. (2010), Determining the mental health condition and its correlation with job burnout and life satisfaction in military university personnel. *EBNESINA- Journal of Medical*, 13 (3 and 4), 4-11
- Salmalian, Z & Kazem Nejad Lily, E. (2014), Solidarity self-esteem and academic success of students, *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 24(71), 40-47 (In Persian).
- Sepehrmanesh, Z. (2008), Mental health and its related factors in young women in Kashan. Iranian, *Journal of Obstetrics and Gynecology and Infertility*, 12(1), 31-41 (In Persian).
- Shackelford, T. K. (2001), Self-esteem in marriage, *Personality and Individual Differences*, 30, 371–390.

- Shahbazi, M, & Vazinitaheer, M. A. (2013), The mental health and self-esteem of students in the first year and at the end a military academy, *Journal of Military Medicine*, 15(2), 103-110 (In Persian).
- Shariati, M., Kafashi, A., Ghalebani, M, Fateh, A., & Ebadi, M. (2002), The mental health status and related factors among medical students of Iran University of Medical Sciences, *Payesh Journal*. 1 (3), 1-9 (In Persian).
- Sharif, F, Joolae, H, Kadivar, M. R, & Rajaifard, A. (2004), The mental health status of families referred to health centers in Shiraz and its relationship with demographic variables, *Armaghane-danesh*, 9 (35), 75-84 (In Persian).
- Simon, R. W. & Barrett, A. E. (2010), Nonmarital romantic relationships and mental health in early adulthood: Does the association differ for women and men? *Journal of Health and Social Behavior*, 51(2), 168-182.
- Simon, R. W. (2002), Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health, *The American Journal of Sociology*, 107(4), 1065-1096.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009), Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis, *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487.
- Srimathi, N. L., & Kiran Kumar, S. K. (2010), Psychological wellbeing of employed women across different organizations, *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(1), 89-95.
- Stutzer, A & Frey, B. (2006), Does marriage make people happy or do happy people get married? *The Journal of Socio-Economics*, 35(2), 326-347.

- Umberson, D. (1992), Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social Science and Medicine*, 34(8): 907-917.
- van Zelst, C., van Nierop M, Oorschot M, Myin-Germeys I, van Os J, et al. (2014), Stereotype Awareness, Self-Esteem and Psychopathology in People with Psychosis, *PLoS ONE* 9(2): e88586. doi:10.1371/journal.pone.0088586
- Vazquez-Barquero, J.L., Diez-Manrique, J.F., & Pena, C. (1987), A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity, *Psychological Medicine*, 17, 227- 241.
- Wardle, L. D. (2011), The boundaries of belonging Allegiance, purpose and the definition of marriage. *Journal of Public Law*, 25(2), 287-315
- Williams, N. R. (2006), The influence of intimate relationship on the psychological well-being of African, American professional women, *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 66 (8B) 4539.
- Wilson, Ch. M & Oswald, A. J. (2005), How does marriage affect physical and psychological health? Institute for the study of labor, IZA Discussion Paper Series;1619.
- Yaghoobi, N., Nasr, M., & Shah Mohammadi, D. (1995), Epidemiology of mental disorders in urban and rural areas of Someah Sara, Gilan, *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 1(4), 55-65 (In Persian).
- Yousefi, A. R, Baratali, M & Erfan, A. (2009), The relationship between mental health, employment and education among female students of Isfahan University, *Iranian Journal of Medical Education*, 5 (10), 748-754 (In Persian).
- Zhang, J. & Norvilitis, J. M. (2002), Measuring Chinese psychological well-being with western developed instruments, *Journal of Personality Assessment*, 79(3), 492–511

Archive of SID