

مقایسه سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست با و بدون ازدواج موقت

مهدی نجفی*
داود تقوایی**
محمد رضا سالاری فر***

چکیده

این پژوهش که با هدف مقایسه سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست با و بدون ازدواج موقت انجام شده است، غیرآزمایشی و از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری مورد پژوهش کلیه زنان سرپرست خانوار با و بدون ازدواج موقت در شهر قم می‌باشند. نمونه مورد مطالعه به صورت تصادفی و با حجم شصت نفر برای هر دو گروه انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری متغیرها، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و بهزیستی روان‌شناختی ریف بوده است. بررسی سؤالات پژوهش با استفاده از اطلاعات توصیفی در قالب شاخص‌های میانگین، میانه، نما، انحراف استاندارد، کمینه، بیشینه و دامنه تغییرات ارائه شده است و در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های لاین، k-s و آزمون t مستقل استفاده شده است. نتایج نشان داد که در مؤلفه‌های علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد فردی و بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد و در مؤلفه خودمختاری تفاوت معناداری بین این دو گروه وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: سلامت عمومی، بهزیستی روان‌شناختی، زنان سرپرست، ازدواج موقت، خانواده، روان‌شناسی اجتماعی، شهر قم، روان‌شناسی اسلامی

مقدمه

قال الله تعالى في الكتاب الكريم: «وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ» (روم، ۲۱).

دست آفرینش میان زن و مرد، کشش طبیعی و گرایش به وجود می‌آورد تا آن دو را به یکدیگر پیوند دهد و به سوی زندگی مشترک کشاند. این گرایش یا میل طبیعی، همان میل جنسی است که در صورت فقدان آن، انسان انگیزه‌ای برای تولید نسل و تشکیل خانواده نخواهد داشت و همانند امیال دیگر باید هدایت شود و در مسیر صحیح قرار گیرد تا در خدمت انسانیت درآید. بی‌تردید از نظر اسلام، غریزه جنسی باید در جهت ازدواج برای نیل به اهداف بنیادین چون ایجاد کانون خانوادگی، به وجود آوردن نسل جدید و تربیت فرزندان صالح هدایت شود؛ به همین جهت، اسلام به مسئله ازدواج اهمیت فراوانی داده است و در آیات قرآن (نور، ۳۲) و سخنان پیامبر اکرم (ص) و پیشوایان اسلام، تشویق‌های فراوانی پیرامون ازدواج شده است (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۵، ص ۴۹۶).

از آنجا که برای جوانان در آستانه نمایان شدن آثار بلوغ و طغیان خواسته‌های جنسی، زمینه تشکیل خانواده و ازدواج دائم فراهم نیست و غالباً سال‌ها می‌گذرد تا امکان ازدواج دائم پیدا کنند، بسیاری از آنها گرفتار آلودگی‌ها و انحرافات جنسی می‌شوند؛ از این رو، یکی از مشکلات مهم اجتماعی، مشکل میل جنسی خصوصاً در میان نوجوانان و جوانان است (بیگدلی، ۱۳۸۶).

تمایل جنسی از مهم‌ترین انگیزه‌ها و خواسته‌های افراد است. مسلماً در صورتی که راهی صحیح و مشروع برای ارضای آنها در نظر گرفته نشود، خواه ناخواه انحراف و فساد را به دنبال خواهد داشت. اکنون چه باید کرد و راه‌حل این مشکل چیست؟ از یک سو، نمی‌توان غرایز جنسی را با شدت و خشونت مهار کرد و با آن مقابله نمود و از سوی دیگر، بی‌بندوباری نیز ضررها و آسیب‌های عظیمی به دنبال خواهد داشت و افراد را بی‌اراده، بی‌تقوا و به انحطاط و ورطه فساد خواهد کشاند. تعالیم و مقررات اسلامی، ضمن ارائه راه‌حل‌های عملی برای ایجاد مقاومت در برابر هوس‌ها و تمایلات فریبنده، طرح نقشه‌هایی برای دور ماندن از محرک‌های جنسی خارجی، به کار انداختن نیروها در امور سازنده و اساسی متناسب با زندگی انسان با در نظر داشتن اینکه هر فرد توانایی

خودداری در برابر هوس‌های سرکش خویش را ندارد یا گاهی این مقاومت و ریاضت عواقب نامطلوبی را به دنبال دارد، برای تسهیل امر ازدواج توصیه‌های فراوانی صورت گرفته است (بیگدلی، ۱۳۸۶).

شرایط اجتماعی نشان می‌دهد که علی‌رغم تمام تعالیم و سفارش‌ها، مشکل جنسی افراد جامعه فقط با ازدواج دائم حل نمی‌شود؛ به همین جهت، بسیاری از جوامع جایگزین‌هایی را برای ازدواج دائم برگزیده‌اند (سالاری‌فر، ۱۳۹۳، ج ۶، ص ۳۷۹). ضمناً مشکل جنسی اختصاص به قشر جوان ندارد، بلکه گروه‌های دیگری نیز در جامعه وجود دارند که به نحوی با این مشکل مواجه هستند؛ از جمله: (۱) زنانی که در اثر طلاق یا فوت همسر - علی‌الخصوص در مقاطعی که با وقوع جنگ‌های خانمان‌سوز و ویرانگر عده زیادی از مردها کشته می‌شوند - شوهر خود را از دست می‌دهند یا به هر دلیلی موفق نمی‌شوند به موقع ازدواج نمایند و توفیق کمتری برای ازدواج دارند و یا اساساً بنا به دلایلی، قادر نیستند به صورت دائم ازدواج کنند. (۲) مردانی که موقعیت شغلی‌شان ایجاب می‌کند، مدتی در سفر به دور از همسر و خانواده خود زندگی کنند و در این ایام، به‌طور موقت نیاز به ارضای جنسی دارند یا همسرشان مریض و سردمزاج است (بیگدلی، ۱۳۸۶).

اسلام برخلاف مکاتب دیگر که راه افراط و تفریط در پیش گرفته‌اند، سرکوب امیال غریزی و هم تجاوز از حد قانونی را نابهنجاری می‌داند (مؤمنون، ۷-۵). هر رفتار نابهنجاری در به‌هم زدن اعتدال روانی مؤثر است و به‌هم خوردن اعتدال روانی و ناهماهنگی در میان امیال، انسان را از رسیدن به یک زندگی سالم و سعادت‌مندانه بازمی‌دارد. از نظر اسلام، ازدواج برای کسی که نیاز به آن دارد؛ به طوری که اگر ازدواج نکند به حرام می‌افتد، واجب است (طباطبایی یزدی، ۱۴۰۹ق، ج ۲، ص ۴۹۷) و ارضای این میل تنها از طریق ازدواج مجاز است و هر راه دیگری در پیش گرفته شود، ضررهای فردی و اجتماعی زیادی به دنبال خواهد داشت. از نظر اسلام، اگر میل جنسی در خدمت و اختیار انسان باشد، سودمند است و اگر انسان در خدمت و اختیار شهوت باشد، به وی و دیگران آسیب می‌رساند (عباس‌زاده، ۱۳۷۸، ص ۱۴).

از قوانین درخشان اسلام این است که تنها راه ارضا کننده میل جنسی را ازدواج می‌داند و معتقد است که نکاح و زناشویی به عنوان یک سنت فطری به دو نحو

می‌تواند صورت گیرد: (۱) ازدواج دائم؛ (۲) ازدواج موقت.

در ازدواج دائم زن و مرد با هم توافق می‌کنند که تا پایان عمر خود، همسر هم باشند. ازدواج دائم یک ازدواج فراگیر و گسترده است که در سراسر جهان به چشم می‌خورد و نظر اسلام در این زمینه، نظر امضائی است. «ازدواج موقت»، متعه یا نکاح منقطع، عقد ازدواج برای مدت معین و محدودی با مهریه معلوم، بین زن و مرد است که با پایان آن مدت، رابطهٔ زوجیت خودبه‌خود منقضی می‌شود (عباس‌زاده، ۱۳۷۸، ص ۱۵). این قانون از ویژگی‌های مذهب شیعه در دین اسلام است؛ هرچند در سایر ادیان و فرقه‌های مسلمانان، الگوهای مشابهی با آن وجود دارد (سالاری‌فر، ۱۳۹۳، ج ۶، ص ۳۷۹).

همهٔ علمای اسلام معتقدند که ازدواج موقت در برهه‌ای از زمان در عصر پیامبر(ص) وجود داشته است. گروهی معتقدند که ازدواج موقت در عصر خلیفهٔ دوم، به وسیله او و گروه دیگری معتقدند در عصر خود پیامبر(ص) تحریم شد و ما پیروان مکتب اهل بیت(ع) به اتفاق معتقدیم که هرگز تحریم نشده و به قوت خود باقی است (مکارم شیرازی، ۱۳۸۴).

در این عقیده، عدهٔ کمی از اهل سنت با ما موافقت و عدهٔ بیشتری مخالف و همیشه آن را به رخ ما می‌کشند و ایراد می‌گیرند؛ درحالی‌که نه‌تنها جای ایراد نیست، بلکه نقطهٔ قوتی برای حل بسیاری از مشکلات اجتماعی است (مکارم شیرازی، ۱۳۸۴).

امروزه، سلامت روانی مفهومی است که از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ چرا که به موازات پیشرفت‌های تکنولوژیکی، صنعتی، اقتصادی و اجتماعی، نابسامانی‌های روانی روزبه‌روز در حال گسترش است و بسیاری از افراد از ناراحتی‌های روانی به شدت رنج می‌برند و نه‌تنها خود در عذاب هستند بلکه خانواده و درنهایت، جامعه را نیز دچار مشکل می‌کنند. در آغاز هزارهٔ سوم میلادی، زمان بحث و گفتگوی تمدن‌ها و نیز در عصر شکوفایی تکنولوژی و افزایش امکانات و ابزار زندگی باید بشر امروز بیش از هر زمان دیگر، احساس آرامش و امنیت داشته باشد. کمترین مشکلات جسمانی و روانی، کمترین حادثه و کمترین نگرانی را داشته باشد (عیدی و نندی، ۱۳۹۱).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی،

عادلانه و مناسب خبر از سلامتی روان را می‌دهد. سلامت روانی از مهم‌ترین ابعاد سلامتی است و هر گونه اختلال در آن می‌تواند مشکلات جدی و شایعی در همه گروه‌های جمعیتی ایجاد کند؛ بنابراین، تأمین سلامت روانی یک وظیفه اجتماعی و ضرورت انسانی محسوب می‌گردد و بی‌توجهی به آن می‌تواند پیامدهای اقتصادی و اجتماعی بسیار بارزی را به وجود آورد (همان).

تألیفات و تحقیقات بی‌شماری درباره‌ی ازدواج موقت از نظر دینی و مذهبی در کتاب‌های فقهی، پایان‌نامه‌های حوزوی و دانشگاهی و نیز فضای مجازی داخل و خارج کشور چاپ و نشر شده است؛ ولی تاکنون تحقیقی در مورد «سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان سرپرست با و بدون ازدواج موقت» انجام نشده است.

البته خضر تاج، خانجانی، میرنسب و محمد امین (۱۳۸۸) در تحقیقی در مورد «رابطه سلامت عمومی و ازدواج مجدد مادران شاهد با اختلالات روانی دانشجویان شاهد» نشان دادند که بین اختلال روانی دانشجویان شاهد و عادی تفاوت معناداری وجود ندارد. متغیر سلامت عمومی مادران شاهد، پیش‌بینی‌کننده اختلالات روانی دانشجویان شاهد است. سلامت عمومی مادران دانشجویان شاهد به‌طور معناداری کمتر از سلامت عمومی مادران دانشجویان عادی می‌باشد.

تحقیق دیگر «بررسی مقایسه‌ای وضعیت ازدواج مجدد و آثار آن در بهداشت روانی همسران شهدا و همسران متوفیان» است که در این تحقیق، ۴۵۰ نفر از زنان فاقد شوهر از شهر تهران انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند؛ نتایج تحقیق نشان داد که حدود ۲۴/۵٪ از زنان فاقد همسر، ازدواج مجدد داشته‌اند که از این میان ۳۶٪ دچار ناسازگاری زناشویی بودند و ازدواج ۱۶٪ در حال انحلال بود.

سن زنان به عنوان تنها متغیر مرتبط با میزان سازگاری شناخته شد و سایر متغیرها همچون شهید یا متوفی عادی بودن، میزان تحصیلات، نسبت فامیلی با همسر فعلی و وضعیت ازدواج شوهر فعلی، ارتباط معناداری با میزان سازگاری زناشویی نداشت؛ همچنین، احمدی (۱۳۸۳) در تحقیقی نشان داد که بیشترین علائم در بین زنان فاقد همسر دربرگیرنده اختلال بدنی شکل، وسواس، افسردگی، اضطراب و پارانوئید بود که این نسبت‌ها در بین همسران متوفیان عادی بیشتر از همسران شهدا دیده شد.

سال‌هاست که روان‌شناسان درصددند به این سؤالات پاسخ دهند که چرا برخی از

مردم نسبت به بعضی دیگر از سلامت روانی بهتری برخوردارند و یا چرا برخی نسبت به برخی دیگر در زندگی موفق‌ترند؟ و چه عواملی این تفاوت‌ها را رقم می‌زند؟ تصور می‌شود که پاسخ به این سؤالات بر لزوم بررسی عواملی که موفقیت افراد را تبیین می‌کند، تأکید دارد و نیز بهداشت روانی آنها و به‌خصوص افرادی که دارای مشکل هستند، مورد توجه قرار گیرد؛ از این‌رو، با توجه به اهمیت جنبه‌های کارکردی ازدواج در سلامت جسمی و روانی انسان مطالعه و بررسی این سازه و نقش آن در سلامت روانی مهم و سودمند است (عیدی وندی، ۱۳۹۱).

از زمان‌های دور همیشه این سؤال مطرح بود که «چه چیزی باعث خوشبختی و بهزیستی می‌شود؟» پژوهشگران که در این حیطه به کار پرداخته‌اند، عوامل و ابعاد خاصی معرفی کرده‌اند که هر فردی که واجد این خصوصیات و ابعاد باشد، دارای نسبتی از بهزیستی روانی است. در این بخش سعی می‌گردد که تبیین‌های نظری گوناگون در این خصوص و پژوهش‌های صورت گرفته بررسی شود. در طول تاریخ ما، فلاسفه و رهبران مذهبی عقیده داشتند که داشتن عشق و معرفت و عدم دلبستگی به دنیا و متعلقات آن عامل تأمل و بهزیستی است. معتقدان به این اصل سوداگری؛ مانند حرمی‌بتهم (۱۹۴۸) اعتقاد داشتند که وجود خوشی، لذت و عدم حضور درد در زندگی فرد به بهزیستی می‌انجامد؛ به این ترتیب، می‌توان گفت که این دسته از افراد بر لذت هیجانی، روانی و جسمانی تأکید داشتند (فرکوش، ۱۳۸۸).

ویلیام جیمز در مورد ذهنیت سالم در کتاب *انواع تجارب مذهبی* مطالبی نوشت. او مشاهده کرد که برخی از افراد در هر سنی با وجود تمامی مشکلات و سختی‌هایی که در زندگی دارند، خود را به سوی خوشبختی سوق می‌دهند. اینها کسانی هستند که توجهشان را از بیماری، مرگ و ناآرامی‌ها برگرفته‌اند و به سوی مسائل دلپذیرتر و بهتر سوق می‌دهند. در نگاه اول، این عقیده که می‌توان با وجود بیماری، بهزیستی روانی را تجربه کرد، قابل‌پذیرش نیست؛ با این حال، مطالعات بسیاری نشان داده است که می‌توان تحت بدترین شرایط نیز بهزیستی روانی را تجربه کرد. بسیاری از نظریات بیان شده در مخالفت با دیدگاه منفی فرد نسبت به روان‌شناسان بود. فروید معتقد بود که روان انسان مجموعه‌ای درهم و پیچیده از آشفتگی‌های هیجانی و تعارض‌ها و سائق‌های غریزی است که انسان را به سمت لذایذ جنسی و پرخاشگری می‌کشاند (همان).

یونگ (۱۹۳۳) و فرنس (۱۹۶۴) در مخالفت با دیدگاه منفی فروید، تأکید بر یکپارچگی و هماهنگی خصوصیات خوب و بد انسان‌ها و صفات مردانه و زنانه و ابراز وجود و توانایی آنها برای پذیرش چیزهای جدید داشت. عقیده محکم اریکسون مبنی بر رشد ایگو باعث اعتقاد به رشد مداوم فرد در طول زندگی شد. آلپورت (۱۹۶۸) نوعی بلوغ را مطرح کرد که شامل رشد فردی، داشتن روابط گرم با دیگران، داشتن امنیت هیجانی و خودپنداره‌ای مبنی بر واقعیت می‌شد. مزلو (۱۹۶۸) خصوصیات و مشخصه‌های افراد خودشکوفایا را مطرح کرد (فرکوش، ۱۳۸۸).

یکی از متغیرهای این تحقیق؛ یعنی سلامت عمومی یا روانی، عبارت است از سازش فرد با جهان اطرافش به حداکثر امکان؛ به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و مؤثر به طور کامل شود (میلانی‌فر، ۱۳۷۶). متغیر دیگر بهزیستی روان‌شناختی است که براساس الگوی ریف، از شش عامل تشکیل می‌شود: پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط (ریف، ۱۹۸۹ و ریف و کیز، ۱۹۹۵؛ به نقل از بیانی و همکاران، ۱۳۸۷).

زنان سرپرست، زنانی هستند که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده با ایشان است و مسئولیت اداره اقتصادی خانواده و تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی را بر عهده دارند (کریمی، ۱۳۸۴) که شامل دو گروه با و بدون ازدواج موقت در شهر قم می‌باشند. این تحقیق به دنبال پاسخ به این سؤال‌هاست که: آیا بین ویژگی‌های سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست با و بدون ازدواج موقت در شهر قم تفاوت وجود دارد؟ آیا بین علائم جسمانی، اضطراب، کنش اجتماعی، افسردگی، پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط، در زنان سرپرست با و بدون ازدواج موقت تفاوت وجود دارد؟

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر، توصیفی غیرآزمایشی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری مورد پژوهش کلیه زنان سرپرست خانوار با و بدون ازدواج موقت در شهر قم می‌باشد. نمونه مورد مطالعه به صورت تصادفی و با حجم شصت نفر برای هر دو گروه

انتخاب شدند. در ابتدا میزان سلامت روان افراد به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی سنجیده شد و سپس پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی اجرا شد. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این طریق که با مراجعه به سازمان‌ها و مؤسسات حمایتی که این افراد با آنها در ارتباط می‌باشند، افراد نمونه در دسترس قرار گرفت.

ابزارهای تحقیق

پرسشنامه سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن: پرسشنامه ۲۸ عبارتی سلامت عمومی گلدبرگ، یک «پرسشنامه غربالگری» مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف شناسایی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در پرسشنامه سلامت عمومی، به دو طبقه اصلی از پدیده‌ها توجه می‌شود: ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش‌وری «سالم» و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول‌کننده. پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم شد. به نظر محققان فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی، علائم مرضی فرد را از یک ماه قبل تا زمان اجرای آزمون مورد ارزیابی قرار می‌دهد (دادستان، ۱۳۷۸). فرم ۲۸ عبارتی دارای چهار زیرمقیاس نشانه‌های بدنی (A)، اضطراب و بی‌خوابی (B)، نارساکنش‌وری اجتماعی (C) و افسردگی (D) است. درخصوص روایی پرسشنامه سلامت عمومی تاکنون مطالعات فراوانی صورت گرفته است. مطالعات روان‌سنجی نسخه‌های مختلف سلامت عمومی نشان می‌دهد که نسخه ۲۸ سؤالی (GHQ-28) نسبت به سایر نسخه‌ها دارای بیشترین میزان اعتبار و حساسیت است. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۹)؛ به نقل از ابراهیمی، (۱۳۸۶) ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌های مختلف را در ۴۳ مطالعه در کشورهای مختلف جهان بررسی نمودند و نشان دادند که نسخه ۲۸ سؤالی دارای میزان اعتبار بیشتر و حساسیت مناسب‌تری است. این نسخه مطابق با تحلیل عوامل که توسط گلدبرگ و هیلر انجام شد. چهار عامل اساسی؛ شامل مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و مقیاس افسردگی استخراج گردید. توسط گیبونز ساختار عاملی، روایی و پایایی (GHQ-28) در السالوادور بررسی شد. نمونه شامل ۷۳۲ نفر از دانشجویان بود و از نمره‌گذاری لیکرت و تحلیل مؤلفه‌های اساسی و چرخش

واریماکس استفاده شد. با روش بازآزمایی، ضریب پایایی $0/74$ بوده و با در نظر گرفتن نقطه برش $6/7$ ، حساسیت آزمون $0/88$ و ویژگی آن $84/2$ به دست آمده است. گریفثوس روایی (GHQ-28) در بیماران سرپایی آسیب نخاعی را همراه با جدول مصاحبه بالینی بررسی نمود، حساسیت $0/81$ و ویژگی $0/82$ به دست آمد. هابز ویژگی‌های روان‌سنجی را در نیوزلند با نمونه 328 نفری بررسی کرد. حساسیت آزمون $95/7$ ، ویژگی $67/7$ به دست آمد؛ همچنین، همبستگی بین نمره کل و چهار مقیاس علائم جسمانی، اضطرابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر $0/88$ ، $0/65$ و $0/79$ به دست آمد (ابراهیمی، 1386).

در ایران مطالعات اندکی در خصوص کیفیت روان‌سنجی و ساختار عاملی GHQ صورت گرفته است. تقوی (2001) ویژگی‌های روان‌سنجی را با نمونه 92 نفری دانشجویان دانشگاه شیراز بررسی کرد؛ ضرایب اعتبار، بازآزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب $0/70$ ، $0/93$ ، $0/90$ به دست آمد. ضریب روایی همزمان با پرسشنامه میدلکس $0/55$ و روایی سازه بین $0/72$ تا $0/87$ محاسبه شد؛ همچنین، وی با تحلیل عوامل چهار عامل افسردگی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و جسمانی را استخراج نمود که $0/58$ واریانس توسط این چهار عامل تبیین شد. در این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های پیشین، چهار عامل استخراج شد و نمره کل دارای همبستگی از $0/35$ تا $0/87$ بود (تقوی، 2001).

نتایج حاصل از مطالعه‌ای که امرالله ابراهیمی (1386) بر هشتاد بیمار و هشتاد فرد بهنجار انجام داد، نشان داد که عوامل علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی $69/54$ واریانس را تبیین می‌کنند. بیشترین بار عاملی مربوط به عامل یک و کمترین آن مربوط به عامل چهار است. در رابطه با روایی ابزار، روایی ملاکی و پیش‌بین GHQ-28 از طریق همبستگی $0/78$ به دست آمد. در خصوص پایایی پرسشنامه، آلفای کرونباخ $0/97$ ، ضریب اسپیرمن-بران $0/90$ و ضریب تنصیف گاتمن نیز $0/90$ به دست آمد و حساسیت $0/80$ ، ویژگی $0/90$ ، کارایی $0/89$ و خطای کلی طبقه‌بندی $0/11$ به دست آمد؛ به طور کلی، پرسشنامه دارای روایی سازه، ملاکی، پیش‌بینی و تشخیص بالایی است و در جهت تعیین وضعیت سلامت روان جمعیت‌های مختلف بالینی و جمعیت عادی از اعتبار بالایی برخوردار است. (ابراهیمی، 1386).

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف و مؤلفه‌های آن: ریف و کیز (۱۹۸۹) در دهه گذشته الگوی بهزیستی روان‌شناختی را پیشنهاد نمودند که به طور گسترده توسط پژوهشگران بررسی گردید. بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چند مؤلفه‌ای و دربرگیرنده موارد زیر است:

۱. پذیرش خود: نگرش مثبت نسبت به خود و پذیرش جنبه‌های مختلف خود؛ مانند ویژگی‌های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته؛
۲. روابط مثبت با دیگران: احساس رضایت و صمیمیت از رابطه با دیگران و درک اهمیت این وابستگی‌ها؛
۳. خودمختاری: احساس استقلال و اثرگذاری در رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارها؛
۴. تسلط بر محیط؛ حس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر از فرصت‌های پیرامون؛
۵. زندگی هدفمند: داشتن هدف در زندگی و باور به اینکه زندگی حال و گذشته او معنادار است؛
۶. رشد فردی: احساس رشد مداوم و دستیابی به تجربه‌های نو به عنوان یک موجود دارای استعدادهای بالقوه است.

ریف (۱۹۸۹) برای اندازه‌گیری این سازه‌ها، مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی؛ همچون پرسشنامه بیست سؤالی، چهارده سؤالی، نه سؤالی و سه سؤالی را طرح کرد. پس از بررسی‌های اولیه، نسخه اصلی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی که دارای ۸۴ سؤال است، تهیه شد (ریف، ۱۹۸۹؛ به نقل از بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). این پرسشنامه ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و بنابراین، دارای شش زیرمقیاس (هر زیرمقیاس شامل چهارده عبارت) است. این پرسشنامه برای بزرگسالان تهیه شده است و دو نسخه ۵۴ عبارتی و ۱۸ عبارتی نیز دارد. آزمودنی باید در طیف لیکرت شش درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم تا ۶ = کاملاً موافقم) مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارات موافق یا مخالف است. ریف (۱۹۸۹) به منظور هنجاریابی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی این آزمون را برای نمونه‌ای ۳۲۱ نفری اجرا کرد. وی ضریب همسانی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه را

بدون شرح گزارش کرده است: خودمختاری= $0/76$ ، تسلط= $0/90$ ، رشد فردی= $0/87$ ، ارتباط مثبت با دیگران= $0/91$ ، زندگی هدفمند= $0/90$ و پذیرش خود= $0/93$. پایایی حاصل از روش بازیابی زیرمقیاس‌ها نیز در یک نمونه ۱۷۱ نفری و در فاصله شش هفته بین $0/81$ تا $0/85$ بوده است. در پژوهش دیگری، ضریب همسانی درونی زیرمقیاس خودمختاری= $0/78$ ، تسلط بر محیط= $0/77$ ، رشد فردی= $0/76$ ، ارتباط مثبت با دیگران= $0/83$ ، زندگی هدفمند= $0/76$ و پذیرش خود= $0/79$ گزارش داده شده است. پایایی حاصل از روش بازآزمایی زیرمقیاس‌ها نیز در یک فاصله هشت هفته‌ای بین $0/74$ تا $0/84$ قرار داشت (چنکسون، ۲۰۰۴؛ به نقل از بیانی و همکاران، ۱۳۸۷).

بیانی و همکاران (۱۳۸۷) به منظور هنجاریابی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در ایران آن را بر روی نمونه‌ای متشکل از ۱۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر اجرا کردند. ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف $0/82$ و خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب $0/71$ ، $0/77$ ، $0/78$ ، $0/70$ ، $0/77$ و $0/78$ به دست آمد که از نظر آماری معنادار بود.

یافته‌های تحقیق

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده؛ در بخش آمار توصیفی، میانگین، میانه، نما، انحراف استاندارد، کمینه، بیشینه و دامنه تغییرات ارائه شد و در بخش آمار استنباطی، ابتدا با پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک (آزمون لوین و آزمون کلموگروف اسمیرنوف) اجرا شد و در ادامه، به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهشی از روش (تی) مستقل استفاده شد. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در جدول‌های ذیل ارائه شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیرها در گروه زنان با ازدواج موقت $n=30$

متغیرها	میانگین	میانه	نما	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	دامنه تغییر
علائم جسمانی	۶/۷	۶/۵	۶	۳/۵	۱	۱۳	۱۲
اضطراب	۶/۵	۶	۶	۳/۸	۰	۱۸	۱۸
عملکرد اجتماعی	۵/۳	۵/۵	۵	۱/۶	۱	۹	۸
افسردگی	۲/۴	۲	۲	۱/۹۲	۰	۸	۸
سلامت عمومی	۲۱	۱۹/۵	۱۹	۷/۹	۷	۳۹	۳۲
پذیرش خود	۵۸/۳۶	۵۶/۵	۵۷	۹/۴	۳۷	۷۶	۳۹
روابط مثبت	۵۸/۷	۵۸	۵۸	۸/۳	۴۶	۷۵	۲۹
خودمختاری	۵۳/۷۶	۵۳	۵۳	۵/۸	۴۴	۶۶	۲۲
تسلط بر محیط	۶۴/۵	۶۳	۶۳	۸	۵۱	۸۳	۳۲
زندگی هدفمند	۶۵/۷	۶۴	۶۴	۸/۴	۵۰	۷۸	۲۸
رشد فردی	۶۵	۶۵	۶۵	۷/۸	۵۳	۷۸	۲۵
بهبودی روانشناختی	۳۶۶	۳۶۹	۳۶۹	۳۳/۳۷	۳۲۱	۴۲۲	۱۰۱

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که شاخص‌های مرکزی در متغیرهای مورد پژوهش تقریباً یکسان است که این امر می‌تواند بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها باشد.

جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرها در گروه زنان بدون ازدواج موقت n=30

متغیرها	میانگین	میانه	نما	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	دامنه تغییر
علائم جسمانی	۱۵/۷	۱۶	۱۶	۲/۴	۱۲	۲۱	۹
اضطراب	۱۶/۷	۱۷	۱۷	۲/۲	۱۳	۲۱	۸
عملکرد اجتماعی	۱۱/۴	۱۱	۱۱	۲/۹	۶	۱۷	۱۱
افسردگی	۱۳/۵	۱۳/۵	۱۳	۴/۱۸	۵	۲۱	۱۶
سلامت عمومی	۵۷/۴	۵۷	۵۷	۷/۷	۴۳	۷۴	۳۱
پذیرش خود	۴۲/۱۶	۴۳/۵	۴۳	۶/۸	۲۵	۵۶	۳۱
روابط مثبت	۴۸/۶	۴۵/۵	۴۵	۱۱/۸	۲۸	۷۴	۴۶
خودمختاری	۵۴/۷	۵۵	۵۵	۹/۶	۳۸	۷۴	۳۶
تسلط بر محیط	۵۳/۲	۵۴	۵۴	۷/۶	۳۷	۶۸	۳۱
زندگی هدفمند	۵۴/۴۶	۵۴	۵۴	۸/۴	۳۰	۶۸	۳۸
رشد فردی	۵۷/۳	۵۸	۵۸	۱۰/۲۷	۲۹	۷۲	۴۳
بهزیستی روانشناختی	۳۱۰/۵۳	۳۱۸/۵	۳۱۸	۳۳/۴	۲۳۹	۳۶۳	۱۲۴

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که شاخص‌های مرکزی در متغیرهای مورد پژوهش تقریباً یکسان است که این امر می‌تواند بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها باشد.

جدول ۳: بررسی پیش‌فرض‌های آزمون t مستقل

آزمون لوین		آزمون k-s		متغیرها
Sig	F	Sig	Z	
۰/۱۱	۲/۵۹	۰/۲۷	۱	علائم جسمانی
۰/۰۶	۳/۶	۰/۱۶	۱/۱۱	اضطراب
۰/۱۲	۲/۴	۰/۱۵	۱/۱۳	عملکرد اجتماعی
۰/۱۴	۱/۶	۰/۰۶	۱/۳	افسردگی
۰/۹۹	۰/۰۱	۰/۱۰	۱/۲	سلامت عمومی
۰/۱۶	۱/۴	۰/۷۱	۰/۶۹	پذیرش خود
۰/۱۶۲	۲	۰/۶۶	۰/۷۳	روابط مثبت
۰/۱۲	۲/۴	۰/۹۷	۰/۴۸	خودمختاری
۰/۹۶	۰/۰۰۲	۰/۹۲	۰/۵۵	تسلط بر محیط
۰/۴۲	۰/۶۳	۰/۶۸	۰/۷۱	زندگی هدفمند
۰/۴۳	۰/۶۱	۰/۵۲	۰/۸۱	رشد فردی
۰/۹۰	۰/۱۵	۰/۳۵	۰/۹۲	بهبودی روانشناختی

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که آزمون k-s بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهاست. نتایج آزمون لوین نیز نشان می‌دهد که پیش‌فرض برابری واریانس‌ها برای تغییر متغیرها رعایت شده است.

جدول ۴: مقایسه میانگین دو گروه براساس آزمون t مستقل در متغیر علائم جسمانی

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	sig
ازدواج کرده	۳۰	۶/۷	۳/۵	۵۸	۱۱/۳۵	۰/۰۱
ازدواج نکرده	۳۰	۱۵/۷	۲/۴			

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که مقدار t محاسبه شده ($t=11/35$) با درجه آزادی ۵۸ و سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار است و بنابراین، فرض صفر رد می‌شود؛ به عبارتی، با ۹۹ درصد سطح اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میانگین دو گروه در علائم جسمانی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵: مقایسه میانگین دو گروه براساس آزمون t مستقل در متغیر اضطراب

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	sig
ازدواج کرده	۳۰	۶/۵	۳/۸	۵۸	۱۲/۵	۰/۰۱
ازدواج نکرده	۳۰	۱۶/۷	۲/۲			

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که مقدار t محاسبه شده ($t=12/5$) با درجه آزادی ۵۸ و سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار است؛ بنابراین، فرض صفر رد می‌شود؛ به عبارتی، با ۹۹ درصد سطح اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میانگین دو گروه در اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶: مقایسه میانگین دو گروه براساس آزمون t مستقل در متغیر عملکرد اجتماعی

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
ازدواج کرده	۳۰	۵/۳	۱/۶	۵۸	۹/۸	۰/۰۱
ازدواج نکرده	۳۰	۱۱/۴	۲/۹			

نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که مقدار t محاسبه شده ($t=9/8$) با درجه آزادی ۵۸ و سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار است؛ بنابراین، فرض صفر رد می‌شود؛ به عبارتی، با ۹۹ درصد سطح اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میانگین دو گروه در عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷: مقایسه میانگین دو گروه براساس آزمون t مستقل در متغیر افسردگی

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
ازدواج کرده	۳۰	۲/۴	۱/۹۲	۵۸	۱۳/۲	۰/۰۱
ازدواج نکرده	۳۰	۱۳/۵	۴/۱۸			

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که مقدار t محاسبه شده ($t=13/2$) با درجه آزادی ۵۸ و سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار است؛ بنابراین، فرض صفر رد می‌شود؛ به عبارتی، با ۹۹ درصد سطح اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میانگین دو گروه در افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۸: مقایسه میانگین دو گروه براساس آزمون t مستقل در متغیر سلامت عمومی

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
ازدواج کرده	۳۰	۲۱	۷/۹	۵۸	۱۸	۰/۰۱
ازدواج نکرده	۳۰	۵۷/۴	۷/۷			

نتایج جدول شماره ۸ نشان می‌دهد که مقدار t محاسبه شده ($t=18$) با درجه آزادی ۵۸ و سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار است؛ بنابراین، فرض صفر رد می‌شود؛ به عبارتی، با ۹۹ درصد سطح اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میانگین دو گروه در سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۹. مقایسه میانگین دو گروه براساس آزمون t مستقل در متغیر پذیرش خود

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
ازدواج کرده	۳۰	۵۸/۷	۹/۷	۵۸	۷/۶	۰/۰۱
ازدواج نکرده	۳۰	۴۲/۱۶	۶/۸			

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که مقدار t محاسبه شده ($t=7/6$) با درجه آزادی ۵۸ و سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار است؛ بنابراین، فرض صفر رد می‌شود؛ به عبارتی، با ۹۹ درصد سطح اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میانگین دو گروه در پذیرش خود تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱۰: مقایسه میانگین دو گروه براساس آزمون t مستقل در متغیر روابط مثبت با دیگران

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
ازدواج کرده	۳۰	۵۸/۷	۹/۴	۵۸	۳/۸	۰/۰۱
ازدواج نکرده	۳۰	۴۸/۶	۱۱/۸			

نتایج جدول ۱۰ نشان می‌دهد که مقدار t محاسبه شده ($t=3/8$) با درجه آزادی ۵۸ و سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار است؛ بنابراین، فرض صفر رد می‌شود؛ به عبارتی، با ۹۹ درصد سطح اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میانگین دو گروه در روابط مثبت با دیگران تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱۱: مقایسه میانگین دو گروه براساس آزمون t مستقل در متغیر خودمختاری

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
ازدواج کرده	۳۰	۵۳/۷۶	۵/۸	۵۸	۰/۴۵	۰/۶۵
ازدواج نکرده	۳۰	۵۴/۷	۹/۶			

نتایج جدول ۱۱ نشان می‌دهد که مقدار t محاسبه شده ($t=0/45$) با درجه آزادی ۵۸ و سطح معناداری ۰/۶۵، معنادار نمی‌باشد؛ بنابراین، فرض صفر را می‌پذیریم؛ به عبارتی، با ۹۵ درصد سطح اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میانگین دو گروه در خودمختاری تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۱۲. مقایسه میانگین دو گروه براساس آزمون t مستقل در متغیر تسلط بر محیط

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
ازدواج کرده	۳۰	۶۴/۵	۸	۵۸	۵/۶	۰/۰۱
ازدواج نکرده	۳۰	۵۳/۲	۷/۶			

نتایج جدول ۱۲ نشان می‌دهد که مقدار t محاسبه شده ($t=5/6$) با درجه آزادی ۵۸ و سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار است؛ بنابراین، فرض صفر رد می‌شود؛ به عبارتی، با ۹۹ درصد سطح اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میانگین دو گروه در تسلط بر محیط تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱۳. مقایسه میانگین دو گروه براساس آزمون t مستقل در متغیر زندگی هدفمند

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
ازدواج کرده	۳۰	۶۵/۷	۸/۴	۵۸	۵/۱۵	۰/۰۱
ازدواج نکرده	۳۰	۵۴/۴۶	۸/۴			

نتایج جدول ۱۳ نشان می‌دهد که مقدار t محاسبه شده ($t=5/15$) با درجه آزادی ۵۸ و سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار است؛ بنابراین، فرض صفر رد می‌شود؛ به عبارتی، با ۹۹ درصد سطح اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میانگین دو گروه در زندگی هدفمند تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱۴: مقایسه میانگین دو گروه براساس آزمون t مستقل در متغیر رشد فردی

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
ازدواج کرده	۳۰	۶۵	۷/۸	۵۸	۳/۲۸	۰/۰۱
ازدواج نکرده	۳۰	۵۷/۳	۱۰/۲۷			

نتایج جدول ۱۴ نشان می‌دهد که مقدار t محاسبه شده ($t=3/28$) با درجه آزادی ۵۸ و سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار است؛ بنابراین، فرض صفر رد می‌شود؛ به عبارتی، با ۹۹ درصد سطح اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میانگین دو گروه در رشد فردی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۱۵: مقایسه میانگین دو گروه براساس آزمون t مستقل در متغیر بهزیستی روان‌شناختی

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	T	Sig
ازدواج کرده	۳۰	۳۶۶	۳۳/۳۷	۵۸	۶/۴۵	۰/۰۱
ازدواج نکرده	۳۰	۳۱۰/۵۳	۳۳/۴			

نتایج جدول ۱۵ نشان می‌دهد که مقدار t محاسبه شده ($t=6/45$) با درجه آزادی ۵۸ و سطح معناداری ۰/۰۱، معنادار است؛ بنابراین، فرض صفر رد می‌شود؛ به عبارتی، با ۹۹ درصد سطح اطمینان می‌توان ادعا کرد که بین میانگین دو گروه در بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی در بین دو گروه زنان سرپرست با ازدواج موقت و بدون ازدواج موقت انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که به طور کلی سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی در

بین دو گروه تفاوت معناداری دارد و میزان زیرمقیاس‌های سلامت عمومی (علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی) در زنان سرپرست با ازدواج موقت پایین‌تر از زنان سرپرست بدون ازدواج موقت می‌باشد و نیز میزان زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) در زنان سرپرست با ازدواج موقت بیشتر از زنانی است که ازدواج موقت نکرده‌اند و فقط زیرمقیاس «خودمختاری» در بهزیستی روان‌شناختی در هر دو گروه تقریباً در یک سطح آماری قرار دارند و زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی تفاوت معناداری باهم دارند. نتیجه این تحقیق با تحقیق رافعی (۱۳۸۲) مخالف است. وی در مطالعه خود در مورد هشتاد نفر از زنانی که ازدواج موقت کرده‌اند به این نتیجه رسیده است که این زنان به‌رغم گذرا دانستن این پیوند، از آن بیشتر انتظارات عاطفی داشتند و به همین دلیل، پس از پایان مدت متعه، دچار آسیب‌های روانی؛ مانند اضطراب، ترس، افسردگی، خستگی‌های جسمی، احساس ناکامی، بی‌توجهی اجتماعی و کاهش عزت نفس شده‌اند (رافعی، ۱۳۸۲، ص ۱۱۰-۷۹).

البته از نظر روش‌شناختی، مطالعه رافعی بالینی بوده است و به مقایسه زنانی که بدون همسر بوده‌اند و ازدواج موقت نکرده‌اند، پرداخته است. بی‌تردید شرایط عاطفی زنان در ازدواج دائم از ازدواج موقت بهتر است. با این وجود در شرایط نبود امکان ازدواج دائم، ازدواج موقت می‌تواند بخشی از مشکلات عاطفی و اجتماعی زنان را حل کند؛ همان‌گونه که رافعی اشاره کرده است، ازدواج موقت می‌تواند مفید باشد (همان، ص ۱۵-۱۰۰) و این آسیب‌ها ممکن است از سه منبع ریشه گیرد: عدم آشنایی زنان با ماهیت این ازدواج، وجود مشکلات و ناهنجاری‌های خانوادگی، شخصی و اجتماعی در زنان قبل از متعه و در طول دوران متعه و فقدان چارچوب قانونی و سازمان‌یافته برای این ازدواج. برای پیشگیری از آسیب‌های ازدواج موقت مناسب است از راهبردهای آموزشی و فرهنگی سود جست (سالاری‌فر، ۱۳۹۳، ج ۶، ص ۱۸۹-۳۹۲).

در هر صورت نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد که زنان سرپرستی که ازدواج موقت کرده‌اند؛ وضعیت روحی، عاطفی، جنسی و جسمی بسیار بهتری از زنان سرپرستی که ازدواج موقت نکرده‌اند، داشتند. این پژوهش مؤید علمی بسیار خوبی است که ازدواج موقت زنان سرپرست - همان‌گونه که در آموزه‌های دینی ما می‌باشد - باعث تأمین برخی نیازها و کاهش مشکلات آنان می‌شود و همین امر به کاهش مشکلات و بحران‌های اجتماعی کمک می‌کند.

منابع

- قرآن کریم.
- ابراهیمی، امرالله و همکاران (۱۳۸۶)، «ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤال (GHQ-28)»، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ش ۱، دوره ۵.
- احمدی، خدابخش (۱۳۸۳)، «بررسی مقایسه‌ای وضعیت ازدواج مجدد و آثار آن در بهداشت روانی همسران شهدا و همسران متوفیان»، *دوماهنامه علمی- پژوهشی*، ش ۷، دوره جدید.
- بیانی، علی‌اصغر؛ کوچکی، عاشور محمد و بیانی، علی (۱۳۸۷)، «روایی و پایایی مقیاس بهزیستی و روان‌شناختی ریف»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، س ۱۴، ش ۲.
- بیگدلی، محرمعلی (۱۳۸۶)، *نکاح مسیار و ازدواج موقت*، رساله علمی سطح چهار رشته فقه، قم: مرکز مدیریت حوزه علمیه.
- تقوی، سیدمحمدرضا (۲۰۰۱م)، «بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)»، *مجله روان‌شناسی*.
- خضر تاج، رسول و دیگران (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت عمومی و ازدواج مجدد مادران شاهد با اختلالات روانی دانشجویان شاهد»، *زن و مطالعات خانواده*، ش ۱۴.
- دادستان، پریرخ (۱۳۷۸)، *روان‌شناسی مرضی تحولی*، ج ۲، تهران: سمت.
- رافعی، طلعت (۱۳۸۲)، *تحلیلی بر روان‌شناسی زن در ازدواج موقت*، تهران: دانژه.
- سالاری‌فر، محمدرضا (۱۳۹۳)، *مباحث اجتماعی ازدواج موقت در دانشنامه فاطمی*، قم: پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه.
- طباطبائی یزدی، محمدکاظم (۱۴۰۹ق)، *العروه الوثقی*، بیروت: مؤسسه الاعلمی للمطبوعات.
- عباس‌زاده، عباس (۱۳۷۸)، *ازدواج موقت نیاز امروز*، چ ۱، قم: شاکر.
- عیدی‌وندی، افروز (۱۳۹۱)، *بررسی رابطه میان هوش هیجانی و سلامت عمومی*، پژوهشی در روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اراک.

فرکوش، چه‌گور (۱۳۸۸)، «*رابطه بین هویت فردی، سبک‌های دل‌بستگی با بهزیستی روان‌شناختی در جوانان*»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

کریمی، نرگس (۱۳۸۴)، «*بررسی تأثیر حمایت‌های سازمان‌های غیردولتی بر وضعیت اجتماعی- معیشتی زنان سرپرست خانوار*»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان، دانشکده علوم اجتماعی علامه طباطبایی.

کلینی، محمد بن یعقوب بن اسحاق (۱۴۰۷ق)، *الکافی*، ج ۸، تهران: دارالکتب الاسلامیه. مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۸۴)، *شیعه پاسخ می‌گوید*، قم: نشر مدرسه‌الامام علی بن ابیطالب (ع).

میلانی‌فر، بهروز (۱۳۷۶)، *بهداشت روانی*، ج ۶، تهران: قومس.