

December-January 2021, Volume 10, Issue 6

Comparison of Physical and Mental Health in Single and Married Students of Shahrekord University: Controlling the Effect of Personality Traits

Raziyeh Ekhtiari Amiri^{1*}, Mehrdad Hajihassani², Sahar Raeisi³

1- PhD in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Mazandaran University, Babolsar, Mazandaran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Literature and Humanities, Shahrekord University, Shahrekord, Iran.

3- Master of Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran .

Corresponding author: Raziyeh Ekhtiari Amiri, PhD in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Mazandaran University, Babolsar, Mazandaran, Iran.

Email: r_ekhtiari59@yahoo.com

Received: 18 Oct 2020

Accepted: 9 Nov 2021

Abstract

Introduction: Marriage is one of the main relationships for most adults, which has many effects on physical and mental health. The aim of this study was to compare the physical and mental health of single and married students of Shahrekord University with respect to controlling the effect of personality traits in 2019-2020.

Methods: The present study was descriptive-comparative. The study was conducted with 400 students of Shahrekord University who were selected by convenience methods as Quota sampling. Data collection instruments included: demographic questionnaire, "36-Item Short-Form Health Survey" and "NEO Personality Inventory". The validity of the instruments was measured by face validity and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data were collected in the classroom or in the dormitory. Data analysis was performed using SPSS. 22.

Results: Without controlling the effect of personality traits, a significant difference was observed in the mental health dimension between the two groups of single and married students ($F=6.987$, $P=0.009$), meaning that the average mental health of married students was higher than single students. But in terms of physical health, no significant difference was found between single and married students. When the effect of personality component scores as a covariate variable was controlled by analysis of covariance, the results showed that the average score of married people in mental health is still higher than single people, but the average physical health score of single people is higher than married people.

Conclusions: By controlling the effect of personality traits on physical and mental health, married people had more mental health than single people. Marriage counselors and psychologists, as well as Broadcasting, are encouraged to create a more positive view of marriage in their educational programs by emphasizing the benefits of marriage, especially in the field of mental health.

Keywords: Health, Marriage, Married, Single, Physical, Mental.

مقایسه سلامت جسمی و روانی در دانشجویان مجرد و متأهل دانشگاه شهر کرد: کنترل اثر ویژگی‌های شخصیتی

راضیه اختیاری امیری^{۱*}، مهرداد حاجی حسنی^۲، سحر رئیسی^۳

۱- دکتری تخصصی مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مازندران، بابلسر، مازندران، ایران.

۲- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۳- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

نویسنده مسئول: راضیه اختیاری امیری، دکتری تخصصی مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مازندران، بابلسر، مازندران، ایران.
ایمیل: r_ekhtari59@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۲۶

چکیده

مقدمه: ازدواج یکی از اصلی‌ترین روابط برای بیشتر بزرگسالان است که تأثیرات متعددی بر سلامت جسم و روان دارد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه سلامت جسمی و روانی در دانشجویان مجرد و متأهل دانشگاه شهرکرد با توجه به کنترل اثر ویژگی‌های شخصیتی در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی-مقایسه‌ای بود. پژوهش با ۴۰۰ تن از دانشجویان دانشگاه شهرکرد که با روش در دسترس از نوع سهمیه‌ای انتخاب شده بودند، اجرا شد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه جمعیت‌شناختی، "فرم کوتاه ۳۶ عبارتی بررسی سلامت "36-Item Short-Form Health Survey" و "سیاهه شخصیتی نئو NEO Personality Inventory" بودند. روایی ابزارها به روش روایی صوری و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه‌گیری شد. جمع‌آوری داده‌ها در کلاس درس و یا در خوابگاه دانشجویان صورت گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار اسپس اس اس نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها: بدون کنترل اثر ویژگی‌های شخصیتی، در بعد سلامت روانی تفاوت معناداری بین ۲ گروه از دانشجویان مجرد و متأهل مشاهده شد ($F=۶/۹۸۷$ ، $P=۰/۰۰۹$)، بدین معنا که میانگین سلامت روان در دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد بود ولی در بعد سلامت جسمی تفاوت معناداری بین دانشجویان مجرد و متأهل یافت نگردید. زمانی که با روش تحلیل کوواریانس اثر نمره‌های مؤلفه‌های شخصیتی به عنوان متغیر همپراش کنترل شد، نتایج بیانگر این بود که همچنان میانگین نمره افراد متأهل در سلامت روان بیشتر از افراد مجرد است اما میانگین نمره سلامت جسمانی افراد مجرد نسبت به افراد متأهل بیشتر است.

نتیجه‌گیری: با کنترل اثر ویژگی‌های شخصیتی بر سلامت جسمی و روانی، افراد متأهل از سلامت روانی بیشتری نسبت به افراد مجرد برخوردار بودند. به مشاوران و روانشناسان حیطه ازدواج پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آموزشی خود با تاکید بر فواید ازدواج خصوصاً در حیطه سلامت روانی، نگاه مثبت‌تری در افراد نسبت به ازدواج ایجاد نمایند.

کلیدواژه‌ها: سلامت، ازدواج، متأهل، مجرد، جسمی، روانی.

مقدمه

برای انسان‌ها و طیف گسترده‌ای از گونه‌های جانوری، روابط اجتماعی پیامدهای فیزیولوژیکی مهمی دارد که اغلب برای سلامتی مفید است (۱، ۲). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که انزوای اجتماعی در مقایسه با عوامل خطر ساز بهداشتی مانند استعمال سیگار، فشار خون، چربی خون، چاقی و فعالیت بدنی یک عامل اصلی خطر برای بیماری و مرگ است (۳، ۴). اگرچه هم کیفیت و هم کمیت روابط اجتماعی با بیماری و مرگ در ارتباط بوده است، حمایت ارائه شده توسط روابط خاص ممکن است بیش از سایر روابط مهم باشد. اصلی‌ترین نوع رابطه برای بیشتر بزرگسالان، ازدواج است (۵).

نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که افراد متأهل شادمانی و رضایت زندگی بیشتری را گزارش می‌دهند (۶) و در مقایسه با افراد مجرد کمتر در معرض افسردگی‌اند (۷). ازدواج نقش مثبتی در سلامت جسمانی (۸)، طول عمر (۹)، رفتارهای سالم (۱۰) و شادکامی (۱۱) دارد. در ایران نیز پژوهش‌های انجام شده حکایت از آن داشتند که زنان متأهل نسبت به زنان مجرد در شادکامی و سلامت جسمی (۱۲) و عزت نفس (۱۳) وضعیت مناسب تری نسبت به زنان مجرد دارند.

تبیین‌های متعددی برای تأثیرات محافظتی ازدواج و سایر روابط شخصی ارائه شده است. اولین تبیین بر منابع اقتصادی متمرکز است. با توجه به مقیاس اقتصادی و تأثیرات مثبت ازدواج بر دستمزد مردان، ازدواج مزایای مالی دارد که می‌تواند منجر به شرایط زندگی سالم تر و مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بالاتر شود (۱۴). بحث دوم بر عملکرد کنترل اجتماعی ازدواج متمرکز است. رفتارهایی وجود دارد که برای سلامتی خطرناک هستند، مانند سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر. اعتقاد بر این است که وقتی افراد ازدواج میکنند، بیشتر به هنجارهای جامعه پایبند هستند (۱۵، ۱۶). این امر تا حدی به این دلیل است که همسر می‌تواند هنجارها را وضع کند و تا حدی به این دلیل که افراد متأهل نسبت به خانواده احساس مسئولیت می‌کنند که باعث می‌شود آن‌ها بیشتر به هنجارهای و رفتارهای سالم پایبند بمانند (۱۷). سوم، رابطه زناشویی منبع حمایت و محبت اجتماعی است که ممکن است احساس تنهایی و افسردگی را کاهش دهد و از این رو منجر به سلامت روان بهتر شود (۱۸، ۱۹).

به رغم اینکه تعداد پژوهش‌هایی که رابطه بین ازدواج و سلامتی را مورد تایید می‌دهند زیاد و رو به رشد می‌باشند (۲۰) فواید سلامتی وابسته به ازدواج توسط برخی از جامعه‌شناسان مورد نقد واقع شده است که معتقدند افراد مجرد به روابط جایگزین و روش‌های تعلق خاطر برای سلامتی اعتماد می‌کنند (۲۱). برخی از روانشناسان نیز رویکردی انتقادی نشان داده‌اند و استدلال می‌کنند که پژوهشگران شواهد را بیش از حد ارزیابی کرده و یافته‌ها را از نظر حفاظت از سلامتی به سرعت تفسیر می‌کنند (۲۲).

علاوه بر این، برخی از نتایج مطالعات جدیدتر نشان می‌دهد که تاثیر مثبت ازدواج برای همه افراد مشابه نیست. بدین معنا که متغیرهای میانجی وجود دارد که رابطه وضعیت تاهل با شاخص‌های سلامتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. برای نمونه، برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سن ازدواج، جنسیت، مذهب و راهبردهای مقابله‌ای با سلامت روانشناختی زوجین متأهل و مجرد در ارتباط است (۲۳، ۲۴). Liu & Umberson (۲۵) در نتایج مطالعه خود نشان دادند که ازدواج تأثیرات متفاوتی برای مردان و زنان دارد و ازدواج برای زنان اثرات مثبت کمتری نسبت به مردان دارد.

همچنین، ویژگی‌های شخصی، عاملی تاثیر گذار در کیفیت سلامتی و زندگی است. در سالیان اخیر، الگوی ۵ عامل بزرگ شخصیت از جمله مهمترین الگوها در بررسی صفات شخصیتی بوده است که بیش از همه، در حوزه شخصیت به کار گرفته شده است (۲۶) و مؤلفه‌های آن شامل روان‌رنجوری، برون‌گرایی، باز بودن به تجربه، توافق پذیری و وجدان‌گرایی است (۲۷). روان‌رنجوری، داشتن احساسات منفی همچون ترس، احساس گناه، افسردگی و خشم را در بر می‌گیرد. افراد برون‌گرا اجتماعی، دوستدار دیگران، فعال، حراف و اهل گفتگو هستند. باز بودن به تجربه به معنی افرادی که نسبت به تجربیات گشوده هستند، به تجربه‌های عاطفی درونی توجه دارند، و از نظریات جدید و ارزش‌های غیر متعارف لذت می‌برند. ویژگی توافق پذیری، نوع دوستی، احساس همدردی با دیگران و اشتیاق برای کمک به آن‌ها است و در نهایت افرادی که در وجدانی‌گرایی نمره بالایی می‌آورند توانایی کنترل تکانه‌ها، و بکارگیری طرح و برنامه در رفتار، سازماندهی و اجرای وظایف خود دارند (۲۸).

راضیه اختیاری امیری و همکاران

به منظور سنجش سلامت جسمی و روانی از «فرم کوتاه ۳۶ عبارتی بررسی سلامت» 36-Item Short-Form (Health) Survey استفاده شد. این ابزار توسط Ware & Sherbourne در سال ۱۹۹۲ ارائه شد (۳۱). ابزار شامل ۳۶ عبارت است که ۸ بعد سلامت شامل عملکرد جسمی (physical functioning)، عملکرد اجتماعی (social functioning)، ایفای نقش جسمی (role physical)، ایفای نقش هیجانی (role emotional)، سلامت روانی (mental health)، سرزندگی (vitality)، درد بدنی (body pain) و سلامت عمومی (general health) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. همچنین، این پرسشنامه ۲ سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی بعد سلامت جسمی (physical health) و نمره کلی بعد سلامت روانی (mental health) که در این مطالعه ۲ بعد کلی سلامت جسمی و روانی مورد ارزیابی قرار گرفت. بعد سلامت جسمی ۱۵ عبارت دارد که شامل ۱، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۱ است و بعد سلامت روانی نیز ۱۴ عبارت دارد که شامل ۱۷، ۱، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱ می‌باشد. لازم به ذکر است که عبارت ۱ وضعیت کلی سلامت را می‌سنجد از این رو برای هر ۲ بعد سلامت جسمی و سلامت روانی مورد محاسبه قرار می‌گیرد. عبارت‌های ۲، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵ و ۳۶ نیز هنگام ارزیابی ۲ بعد کلی سلامت جسمی و روانی مورد محاسبه قرار نمی‌گیرند.

نمره گذاری عبارت‌ها متفاوت است. برای عبارت‌های ۱، ۲ و ۳ تا ۳۶ از روش لیکرت ۵ درجه‌ای (عالی نمره ۵، خیلی خوب نمره ۴، خوب نمره ۳، متوسط نمره ۲ و ضعیف نمره ۱) و برای عبارت‌های ۳ تا ۱۲ لیکرت ۳ درجه‌ای (مشکل دارم نمره ۳، کمی مشکل دارم نمره ۲، اصلاً مشکلی ندارم نمره ۱) استفاده می‌شود. برای عبارت‌های ۱۳ تا ۱۹ نیز گزینه‌های بلی و خیر در نظر گرفته شده است. در عبارت ۲۰، ۲۱ و ۲۲ نیز گزینه اول ۵ نمره و گزینه پنجم ۱ نمره دارد. دامنه نمره‌ها بین ۱ تا ۱۰۰ می‌تواند در نوسان باشد. نمره بالاتر به منزله سلامتی بیشتر است. در واقع هر چه نمره فرد در آن مقیاس بالاتر باشد به منزله وضعیت مطلوب‌تر فرد در مقیاس مورد نظر است (۳۲). نقطه برش پرسشنامه عدد ۵۰ است بدین صورت که نمره بالاتر از ۵۰ به معنای سلامتی است و نمره کمتر از ۵۰ به معنای وجود مشکلات در ابعاد سلامتی است.

پژوهش‌ها نقش ۵ عامل بزرگ شخصیتی را در کیفیت ازدواج مورد بررسی قرار داده‌اند. سایه‌میری و همکاران (۲۹) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ویژگی‌های شخصیتی به نحو متفاوتی کیفیت زندگی زناشویی را تحت تاثیر قرار می‌دهند. Decuyper و همکاران (۳۰) نیز در پژوهشی نشان دادند که اختلال‌های شخصیتی بر کیفیت زناشویی زوجین تاثیر منفی دارد. اغلب مطالعات گذشته نشان داده‌اند که ازدواج پیامدهای مثبتی از نظر جسمی و روانی برای افراد دارد. اما همانطور که گفته شد برخی از مطالعات نسبت به این نتایج تردید و تأثیرات مثبت را اغراق‌آمیز می‌دانند (۲۲). در عین حال برخی از مطالعات دیگر نشان دادند که کیفیت سلامت تابع ویژگی‌های شخصیتی نیز قرار دارد و لذا ممکن است وضعیت سلامتی افراد بیش از آن که تابع وضعیت تأهل‌شان باشد به عواملی نظیر ویژگی‌های شخصیتی ربط داشته باشد (۲۹). لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت جسمی و روانی در دانشجویان مجرد و متأهل دانشگاه شهرکرد با توجه به کنترل اثر ویژگی‌های شخصیتی انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر توصیفی-مقایسه‌ای است که در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام گرفت. جامعه پژوهش دانشجویان دانشگاه شهرکرد بودند. تعداد نمونه با توجه به فرمول کوکران ۳۸۵ تن برآورد شود که با توجه به احتمال ریزش و افت آزمودنی‌ها ۴۰۰ تن به روش نمونه‌گیری در دسترس از نوع «نمونه‌گیری سهمیه‌ای» (quota sampling) به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ۲۰۰ تن از اعضای گروه نمونه زن و ۲۰۰ تن مرد بودند. تعداد اعضای هر کدام از گروه‌های مجرد و متأهل ۲۰۰ تن بودند که توسط پژوهشگر در متغیرهای سن، سطح تحصیلات و جنسیت به صورت گروهی هم‌تا شدند. معیارهای ورود این افراد به مطالعه تمایل به شرکت در پژوهش، دانشجویی در حال تحصیل دانشگاه شهرکرد (در تمامی رشته‌ها) و بیوه و مطلقه نباشند، در نظر گرفته شد. هر ۲ گروه مجرد و متأهل در متغیرهای میزان تحصیلات، سن و جنسیت هم‌تا شدند. داده‌ها با ابزارهای زیر جمع‌آوری شد. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، وضعیت تأهل بود.

در مطالعه Brazier و همکاران (۳۳) «فرم کوتاه ۳۶ عبارتی بررسی سلامت» در نمونه‌ای با ۱۹۸۰ تن در دامنه سنی ۱۶ تا ۱۷ سال در کشور انگلستان مورد بررسی قرار گرفت. طبق این پژوهش میانگین نمره سلامت روانی و سلامت جسمی افراد سالم نسبت به افراد بیمار (کسانی که در بررسی‌های به عمل آمده توسط پزشک به عنوان بیمار شناخته شده بودند) بیشتر بود که تأیید کننده روایی سازه از نوع افتراقی است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ با همان تعداد نمونه که در بالا ذکر شد، برای بعد جسمی و بعد روانی به ترتیب برابر با ۰/۹۳ و ۰/۹۱ بود که نشان دهنده پایایی قابل قبول برای پرسشنامه است. Nash & Burholt (۳۴) با تعداد ۱۳۹۱۷ تن نمونه در آمریکا که بالای ۱۶ سال سن داشتند میزان روایی سازه به روش افتراقی را مورد محاسبه قرار دادند. طبق این پژوهش میانگین نمره افراد جوان نسبت به افراد مسن در سلامت روانی و سلامت جسمی بیشتر بود که تأیید کننده روایی سازه از نوع افتراقی است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ در همان نمونه برای بعد جسمی و بعد روانی به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۹۳ بود.

در ایران، اصغری مقدم و فقیهی (۳۵) برای محاسبه روایی سازه از نوع افتراقی، «فرم کوتاه ۳۶ عبارتی بررسی سلامت» در ۲ گروه سالم (۴۸ تن) و بیمار (۸۱ تن) از مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های جنوب شهر تهران اجرا شد. نتایج حاکی از وجود تفاوت معنادار در سلامت روانی و جسمی بود که تأیید کننده روایی سازه افتراقی است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ را در نمونه‌ای به تعداد ۴۰۴ تن دانشجو (۲۰۲ دختر و ۲۰۲ پسر) در دانشگاه شاهد محاسبه و برای سلامت روانی و سلامت جسمانی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۳ حاصل شد. منتظری و همکاران (۳۲) نیز روایی و پایایی «فرم کوتاه ۳۶ عبارتی بررسی سلامت» را در نمونه‌ای متشکل از ۴۱۶۳ تن بالاتر از ۱۵ سال در شهر تهران مورد بررسی قرار داد. برای تعیین روایی از روش روایی سازه افتراقی استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که پاسخ‌دهندگان مسن نسبت به افراد جوان به طور قابل توجهی نمره‌های کمتری را در تمام اندازه‌گیری‌ها داشتند. لذا روایی سازه افتراقی تأیید شد. میزان پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در همان گروه نمونه برای سلامت روانی و سلامت جسمی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۷ گزارش شد.

به منظور سنجش ویژگی‌های شخصیتی از «سیاهه شخصیتی نئو» (NEO Personality Inventory) استفاده شد. «سیاهه شخصیتی نئو» در سال ۱۹۸۵ توسط Costa & McCrae ارائه شد (۳۶). دارای ۶۰ عبارت است که ۵ مؤلفه شامل روان‌رنجوری (neuroticism) (۱۲ عبارت شامل عبارت‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۶، ۲۱، ۲۶، ۳۱، ۳۶، ۴۱، ۴۶، ۵۱ و ۵۶)، گشودگی (openness) (۱۲ عبارت شامل عبارت‌های ۳، ۸، ۱۳، ۱۸، ۲۳، ۲۸، ۳۳، ۳۸، ۴۳، ۴۸، ۵۳ و ۵۸)، برون‌گرایی (extroversion) (۱۲ عبارت شامل عبارت‌های ۲، ۷، ۱۲، ۱۷، ۲۲، ۲۷، ۳۲، ۳۷، ۴۲، ۴۷، ۵۲ و ۵۷)، توافق‌پذیری (agreeableness) (۱۲ عبارت شامل عبارت‌های ۴، ۹، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۹، ۳۴، ۳۹، ۴۴، ۴۹، ۵۴ و ۵۹) و با وجدان بودن (conscientiousness) (۱۲ عبارت شامل عبارت‌های ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰، ۲۵، ۳۰، ۳۵، ۴۰، ۴۵، ۵۰ و ۵۵) را بررسی می‌کند. این ابزار با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (نمره صفر) تا کاملاً مخالفم (نمره ۴) پاسخ داده می‌شود. برای به دست آوردن نمره هر مؤلفه از شخصیت، تمام عبارات مربوط به هر مؤلفه مورد نظر با هم جمع می‌شوند. هر مؤلفه ۱۲ عبارت دارد که مجموع نمره فرد در هر مؤلفه در دامنه صفر تا ۴۸ می‌باشد (۳۷). حداقل و حداکثر نمره فرد در کل ابزار در دامنه صفر تا ۲۴۰ قرار دارد. نمره بالا و پایین نیز در ابعاد ۵ گانه بدین معناست که فرد آن ویژگی را بیشتر یا کمتر دارد در تفسیر «سیاهه شخصیتی نئو»، با استفاده از نموداری که وضعیت نمره فرد در ۵ عامل را نشان می‌دهد، تفسیرهایی جامع در مورد ویژگی‌های شخصیتی او ارائه می‌شود. این منحنی‌ها بر اساس نمره افراد عادی جامعه تنظیم شده و در واقع نمره فرد در این آزمون با نمره به دست آمده از سایر افراد جامعه مقایسه می‌گردد (براساس نمرات استاندارد T). در این نمودارها نمره فرد در هر مؤلفه می‌تواند در یکی از محدوده‌های طبیعی، بالا و پایین قرار بگیرد. نمره طبیعی یعنی فرد ویژگی اندازه‌گیری شده را در حد سایر افراد جامعه داراست. نمره بالا و پایین نیز به این معناست که فرد آن ویژگی را بیشتر یا کمتر از سایر افراد جامعه دارد. هر کدام از این ۳ محدوده، ویژگی‌های متفاوتی را در مورد فرد، توصیف می‌کند (۳۶).

«سیاهه شخصیتی نئو» توسط McCrae & Costa (۳۸) در آمریکا در یک نمونه شامل ۱۰۹ مرد و زن سالم مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی روایی سازه از نوع همگرا «سیاهه شخصیتی نئو» با «سیاهه شخصیتی»

راضیه اختیاری امیری و همکاران

همبستگی برای روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و وجدان‌گرایی به ترتیب برابر با ۰/۱۸، ۰/۱۵، ۰/۳۴ و ۰/۲۶ بود. میزان پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در همان نمونه برای هر یک از زیر مقیاس‌های روان‌رنجوری ۰/۸۴، برون‌گرایی ۰/۷۳، توافق‌پذیری ۰/۶۴، با وجدان بودن، ۰/۸۱ و گشودگی ۰/۴۲ محاسبه شد.

در مطالعه حاضر، روایی صوری «فرم کوتاه ۳۶ عبارتی بررسی سلامت» و «سیاهه شخصیتی نئو» توسط ۵ تن از اعضای هیات علمی دانشگاه شهرکرد با تخصص مشاوره (گرایش‌های خانواده و شغلی) و روانشناسی (گرایش عمومی) بررسی و تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای «فرم کوتاه بررسی سلامت» در ۱۰۰ تن از نمونه پژوهش برای بُعد روانی ۰/۷۵ و برای بعد جسمانی ۰/۷۲ محاسبه شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ «فرم کوتاه ۳۶ عبارتی بررسی سلامت» در ۱۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شهرکرد برای «سیاهه شخصیتی نئو» برای هر یک از مولفه‌های روان‌رنجوری ۰/۷۵، برون‌گرایی ۰/۷۴، توافق‌پذیری ۰/۷۰، با وجدان بودن ۰/۷۶ و گشودگی ۰/۷۹ محاسبه شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا بعد از اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه شهرکرد، دسترسی به اعضای گروه نمونه از طریق حضور پژوهشگر و یا دستیار پژوهشگر در کلاس درس و یا در خوابگاه دانشجویی صورت می‌گرفت. قبل از جمع‌آوری داده‌ها، جهت رعایت اصل رضایت آگاهانه، در مورد اهداف پژوهش و نحوه انتشار یافته‌ها توضیحات لازم ارایه و به سؤالات و نگرانی‌های احتمالی شرکت‌کنندگان، پاسخ داده شد. جهت رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات، به شرکت‌کنندگان گفته شد که نیازی به نوشتن نام بر روی پرسشنامه‌ها نیست و تأکید گردید که فقط پژوهشگر به داده‌ها دسترسی دارد و نتایج صرفاً به صورت یافته‌های کلی گزارش خواهد شد. اجرای پژوهش ۴ ماه (از بهمن ۱۳۹۷ تا اردیبهشت ۱۳۹۸) به طول انجامید.

جهت تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس چند متغیره، واریانس یک راهه و همبستگی تفکیکی با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۲ استفاده شد. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

(Personality Inventory) محاسبه شد. نتایج نشان داد که همبستگی بین روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و وجدان‌گرایی با «پرسشنامه شخصیت» به ترتیب ۰/۲۹، ۰/۱۹، ۰/۵۶ و ۰/۲۱ بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در همان نمونه برای روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و وجدان‌گرایی به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۷۶ و ۰/۸۶ بود. به علاوه، Young و همکاران (۳۹) «سیاهه شخصیتی نئو» را در نمونه‌ای شامل ۹۰۹۰ تن فرد سالم آمریکایی در دامنه سنی ۲۱ تا ۸۱ سال مورد بررسی قرار داد. جهت بررسی روایی سازه «سیاهه شخصیتی نئو» از روش افتراقی استفاده شد. نتایج نشان داد که نمره‌ها با توجه به متغیرهایی نظیر سن، جنس و تحصیلات تفاوت‌های معناداری دارد ($P < 0.01$) که حاکی از تأیید روایی سازه افتراقی است. پایایی به روش همسانی درونی به روش محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در همان نمونه برای مؤلفه روان‌رنجوری ۰/۹۲، توافق‌پذیری ۰/۷۷، گشودگی به تجربه ۰/۸۱، و برون‌گرایی ۰/۹۱ با وجدان بودن ۰/۸۲ بود که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار بود.

در ایران، دلاور و همکاران (۴۰) در پژوهشی ویژگی‌های روان‌سنجی «سیاهه شخصیتی نئو» را در یک نمونه ۴۲۴ تن از دانشجویان و دانش‌آموختگان دانشگاه علوم انتظامی امین در شهر تهران مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش روایی سازه به روش همگرایی «سیاهه شخصیتی نئو» مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب همبستگی به دست آمده برای هر یک از عوامل روان‌رنجوری، برون‌گرایی، با وجدان بودن، توافق‌پذیری و گشودگی با فرم بلند به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۸۲، ۰/۷۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۷ بود. که تأیید کننده روایی سازه از نوع همگرا می‌باشند. میزان پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در همان نمونه برای هر یک از زیر مقیاس‌های روان‌رنجوری ۰/۸۶، برون‌گرایی ۰/۷۱، سازگاری ۰/۷۸، با وجدان بودن، ۰/۷۵ و گشودگی ۰/۷۰ محاسبه شد. روشن چسلی و همکاران (۴۱) نیز در مطالعه‌ای در ۱۸۰ تن دانشجوی دانشگاه شاهد (۸۵ دختر و ۹۵ پسر) با میانگین سنی ۲۲ سال روایی «سیاهه شخصیتی نئو» را مورد بررسی قرار دادند. به منظور بررسی روایی سازه از نوع واگرا، همبستگی «سیاهه شخصیتی نئو» را با «فهرست علائم تجدید نظر شده ۹۰» (The Symptom Checklist-90-Revised) را محاسبه کردند. نتایج نشان داد که میزان

یافته‌ها

مرد بودند. هر ۲ گروه مجرد و متأهل (تعداد هر گروه ۲۰۰ تن بود) در متغیرهای سن، سطح تحصیلات و جنسیت هم‌تا شده بودند.

میانگین و انحراف معیار سن نمونه پژوهش به ترتیب ۲۲/۳۰۱ و ۴/۶۰۴ سال بود که در دامنه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال قرار داشتند. ۲۰۰ تن از اعضای گروه نمونه زن و ۲۰۰ تن

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد سلامت جسمی، روانی و مؤلفه‌های شخصیت با توجه به وضعیت تأهل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمی	متأهل	۳۴/۴۰۰	۴/۴۵۶
	مجرد	۳۵/۰۱۰	۳/۲۰۰
سلامت روانی	متأهل	۳۹/۱۷۰	۴/۴۹۳
	مجرد	۳۵/۰۱۰	۳/۲۰۰
روان رنجوری	متأهل	۲۱/۸۶۰	۵/۷۱۲
	مجرد	۲۲/۹۶۹	۸/۷۲۵
برون‌گرایی	متأهل	۳۰/۱۵۰	۶/۰۵۳
	مجرد	۳۰/۱۲۵	۶/۱۴۱
توافق‌پذیری	متأهل	۲۷/۱۲۵	۴/۲۵۰
	مجرد	۲۷/۳۲۱	۳/۹۹۲
گشودگی	متأهل	۲۴/۸۵۰	۴/۶۳۷
	مجرد	۲۷/۱۶۵	۵/۰۳۶
وجدان‌گرایی	متأهل	۳۵/۴۱۰	۶/۰۵۱
	مجرد	۳۳/۴۸۰	۶/۱۶۶

میانگین نمره افراد متأهل بیشتر بود. همچنین، در بعد سلامت روانی میانگین نمره افراد متأهل از افراد مجرد بیشتر بود اما در بعد سلامت جسمی میانگین نمره افراد مجرد کمی از میانگین نمره افراد متأهل بیشتر بود.

در (جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد سلامت جسمی، سلامت روانی و مؤلفه‌های شخصیتی بر حسب وضعیت تأهل آمده است. طبق این جدول در متغیر روان رنجوری، توافق‌پذیری و گشودگی میانگین نمره افراد مجرد از افراد متأهل بیشتر است و در متغیرهای برون‌گرایی و وجدان‌گرایی

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره سلامت روانی و جسمی نمونه مورد بررسی

منبع	شاخص	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	P
گروه	اثر پیلای	۰/۰۲۶	۵/۳۳۶	۲	۳۹۷	<۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۹۷۴	۵/۳۳۶	۲	۳۹۷	<۰/۰۰۱
	تی هاتلینگ	۰/۰۲۷	۵/۳۳۶	۲	۳۹۷	<۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۰۲۷	۵/۳۳۶	۲	۳۹۷	<۰/۰۰۱

تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی اینکه کدام متغیر در گروه‌های مورد بررسی تفاوت دارد از تحلیل واریانس یک‌راهه در متن تحلیل واریانس چند راهه استفاده شد که نتایج آن در (جدول ۳) آورده شده است.

جهت مقایسه شاخص‌های سلامت جسمی و روانی در افراد مجرد و متأهل از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. همان‌طور که در (جدول ۲) مشاهده می‌شود اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است ($P < 0/001$ ، $F, Wilks = 5/336$). نتایج نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در دانشجویان مجرد و متأهل

راضیه اختیاری امیری و همکاران

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه در متن تحلیل واریانس چند راهه بر روی نمره سلامت جسمانی و روانی در افراد متأهل و مجرد

متغیر وابسته	DF درجه آزادی	میانگین مجذورات (MS)	F	P
سلامت جسمی	۱	۳۷/۲۱۰	۲/۴۰۷	۰/۱۲۲
سلامت روانی	۱	۱۵۳/۷۶	۶/۹۸۷	۰/۰۰۹

$P=0/001$ با سلامت روان گروه نمونه همبستگی وجود دارد. اما وجدان‌گرایی ($r=0/09$, $P=0/202$) همبستگی معناداری با سلامت روان گروه نمونه نداشت. در زمینه رابطه بین مؤلفه‌های شخصیتی با سلامت جسمی نیز نتایج نشان داد که مؤلفه‌های روان‌رنجوری ($r=-0/27$, $P=0/001$), برون‌گرایی ($r=0/26$, $P=0/001$), توافق‌پذیری ($r=0/28$) و وجدان‌گرایی ($r=0/19$, $P=0/001$) با سلامت جسمی گروه نمونه همبستگی معنادار وجود دارد. اما مولفه گشودگی ($r=-0/05$, $P=0/920$) همبستگی معناداری با سلامت جسمی گروه نمونه نداشت.

به دلیل پیچیده بودن تحلیل روابط بین متغیرها، اغلب اوقات برخی از روابط از دید پژوهشگر پنهان می‌ماند و ممکن است در تحلیل در نظر گرفته نشوند. برای رفع چنین مشکلی می‌توان رابطه واقعی بین ۲ متغیر را با کنترل اثر سایر متغیرها برآورد کرد. با توجه به اینکه نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در (جدول ۳) نشان داد بین دانشجویان متأهل و مجرد در سلامت روان تفاوت معنادار وجود دارد.

برای کنترل اثر ویژگی‌های شخصیتی بر سلامت روان و سلامت جسمی از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد تا اثر ویژگی‌های شخصیتی کنترل گردد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد بین دانشجویان مجرد و متأهل از لحاظ سلامت جسمی ($F=2/471$) تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($P=0/122$); اما در متغیر سلامت روانی ($F=6/987$) تفاوت معناداری بین ۲ گروه از دانشجویان مجرد و متأهل مشاهده شد ($P=0/009$), بدین معنا که میانگین سلامت روانی در دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد بود.

با توجه به نتایج (جدول ۳) افراد متأهل نسبت به افراد مجرد سلامت روان بالاتری دارند. همانطور که در مقدمه آورده شد یکی از اهداف این پژوهش کنترل نقش عوامل جمعیت شخصیتی (۵ عامل بزرگ شخصیتی) جهت درک بهتر تاثیر وضعیت تاهل بر کیفیت سلامت افراد گروه نمونه بود. بدین منظور از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل کوواریانس به طور جداگانه استفاده شد تا به این سوال پاسخ دهد که آیا بالا بودن سلامت روان افراد متأهل صرفاً به خاطر ازدواج است و یا اینکه برخی از مولفه‌های شخصیتی نیز در این امر دخالت دارند.

نتایج همبستگی پیرسون نشان داد بین مؤلفه‌های روان‌رنجوری ($r=-0/38$, $P=0/001$), برون‌گرایی ($r=0/20$, $P=0/001$), توافق‌پذیری ($r=0/29$) و گشودگی ($r=0/60$, $P=0/001$)

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای اثر وضعیت تاهل بر سلامت روان با کنترل ویژگی‌های شخصیتی

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	P- Value
همپراش ۱ (روان‌رنجوری)	سلامت روانی	۴/۳۰	۱	۰/۲۰۵	۰/۶۵
همپراش ۲ (برون‌گرایی)	سلامت روانی	۳۸۶/۰۴	۱	۱۸/۳۲	۰/۰۰۱
همپراش ۳ (گشودگی به تجربه)	سلامت روانی	۳/۱۷	۱	۰/۱۵	۰/۶۹
همپراش ۴ (توافق‌پذیری)	سلامت روانی	۱۳۳/۷۸	۱	۶/۳۵	۰/۰۱
همپراش ۵ (وجدان‌گرایی)	سلامت روانی	۳/۰۵	۱	۰/۱۴	۰/۷۰
عامل گروه (وضعیت تاهل)	سلامت روانی	۱۱۵/۰۲	۳۹۱	۵/۴۶	۰/۰۲
همپراش ۱ (روان‌رنجوری)	سلامت جسمی	۱۶۶/۳۶	۱	۱۲/۵۳	۰/۰۰۱
همپراش ۲ (برون‌گرایی)	سلامت جسمی	۱۰۳/۱۴	۱	۷/۷۷	۰/۰۰۶
همپراش ۳ (گشودگی به تجربه)	سلامت جسمی	۱۳/۱۲	۱	۰/۹۸	۰/۳۲
همپراش ۴ (توافق‌پذیری)	سلامت جسمی	۱۷۶/۵۱	۱	۱۳/۲۹	۰/۰۰۱
همپراش ۵ (وجدان‌گرایی)	سلامت جسمی	۲۴/۵۱	۱	۱/۸۴	۰/۱۷
عامل گروه (وضعیت تاهل)	سلامت جسمی	۷۲/۶۶	۳۹۱	۵/۰۲	۰/۰۲

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با حذف اثر نمره های مؤلفه های شخصیتی به عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر وضعیت تأهل بر نمره های سلامت روانی ($F=5/46$ و $P=0/02$) و سلامت جسمی ($F=5/02$ و $P=0/02$) معنادار است. بدین معنا که با کنترل اثر ویژگی های شخصیتی، میانگین نمره سلامت روان افراد متأهل نسبت به افراد مجرد به صورت معناداری بیشتر است در حالی که در سلامت جسمانی میانگین نمره افراد مجرد نسبت به افراد متأهل به نحو معناداری بیشتر است (جدول ۴).

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه ی سلامت روانی و جسمی در دانشجویان مجرد و متأهل دانشگاه شهرکرد با توجه به کنترل اثر ویژگی های شخصیتی در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد. نتایج نشان داد بدون کنترل اثر ویژگی های شخصیتی، بین دانشجویان مجرد و متأهل از لحاظ سلامت جسمی تفاوت آماری معناداری وجود ندارد در حالی که در سلامت روانی میانگین نمره در دانشجویان متأهل به طور معناداری بیشتر از دانشجویان مجرد بود. هنگامی که با روش های آماری اثر ویژگی های شخصیتی بر سلامت روانی و جسمی کنترل شد نتایج بیانگر این بود که همچنان میانگین تعدیل شده نمره افراد متأهل در سلامت روان بیشتر از افراد مجرد است اما در سلامت جسمانی میانگین تعدیل شده نمره افراد مجرد نسبت به افراد متأهل به نحو معناداری بیشتر است. سلامت روانی بالا در دانشجویان متأهل نسبت به دانشجویان مجرد در مطالعه حاضر با یافته های بسیاری از پژوهش های گذشته همخوان است (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۴۲). Robles و همکاران (۴۲) پژوهشی با هدف مقایسه فواید ازدواج برای سلامت انجام دادند. نتایج نشان داد ازدواج به طور معناداری با سلامت روان ارتباط بود. Kalmijn (۱۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند ازدواج تأثیر مثبتی بر شاخص های سلامت مانند بهزیستی روانی دارد. دانش (۱۲) نیز در پژوهشی با هدف مقایسه سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی در ۴۰۰ تن از دانشجویان دختر و پسر متأهل و مجرد دانشگاه آزاد اسلامی کرج به این نتیجه رسید که سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی دانشجویان متأهل (هم دختران و هم پسران) بیشتر از دانشجویان مجرد است. در تبیین بالا بودن سلامت روان افراد متأهل می توان گفت که که ازدواج با خلق احساس هویت و خود ارزشی در افزایش سلامت

روان افراد متأهل موثر است (۴۳). بسیاری از پژوهشگران معتقدند که ازدواج برای فرد موجب احساس تعلق و عزت نفس می شود که این مساله می تواند منجر به سلامت روانی بیشتر در آن ها گردد. همچنین، ازدواج دامنه روابط اجتماعی را گسترش می دهد و موجب کسب حمایت های اجتماعی بیشتر می گردد که این مورد از عوامل بسیار مهم در ارتقای سلامت روان است (۴۴).

پژوهش حاضر نشان داد که بدون کنترل اثر ویژگی های شخصیتی تفاوت معناداری در افراد مجرد و متأهل در سلامت جسمی وجود ندارد اما با کنترل اثر ویژگی های شخصیتی، میانگین نمره متغیر سلامت جسمی در دانشجویان مجرد به نحو معناداری بیشتر از دانشجویان متأهل است. این یافته با پژوهش های گذشته ناهمخوان است (۱۲، ۳). در تبیین این ناهمخوانی می توان به تفاوت در سن گروه نمونه، تفاوت در بازه زمانی اجرای پژوهش و نیز کنترل اثر متغیرهای همپراش اشاره کرد (۱۲). برای نمونه در پژوهش دانش (۱۲) اثر مؤلفه های شخصیتی بر سلامت جسمی دانشجویان مجرد و متأهل مورد کنترل قرار نگرفت و ابزار جمع آوری داده ها نیز "پرسشنامه سلامت عمومی" بود که عبارت های متفاوتی با ابزار مورد استفاده در این مطالعه دارد. در تبیین این یافته که افراد مجرد نسبت به افراد متأهل از سلامت جسمی بیشتری برخوردار هستند می توان به نقش تحرک بدنی و فعالیت فیزیکی اشاره کرده کرد. بسیاری از مطالعات نشان دادند که تحرک بدنی نقش موثری در سلامت جسمی دارد (۴۵) و از آنجا که افراد مجرد نسبت به افراد متأهل سطح فعالیت فیزیکی و تحرک بالاتری را گزارش می دهند (۴۶) لذا می توان بالا بودن سلامت جسمی در افراد مجرد را تا حدی توجیه کرد.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد با کنترل اثر ویژگی های شخصیتی با شاخص های سلامت، افراد متأهل همچنان از سلامت روانی بیشتری نسبت به افراد مجرد برخوردار بودند که این امر نشان دهنده واقعی بودن تأثیر ازدواج بر سلامت روان افراد است. به مشاوران و روان شناسان حیطه ازدواج و نیز صدا و سیما پیشنهاد می شود در برنامه های آموزشی خود با تأکید بر فواید ازدواج خصوصاً در حیطه سلامت روانی، نگاه مثبت تری در افراد نسبت به ازدواج ایجاد نمایند. پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی بوده است از جمله اینکه

می باشد. نویسندگان مراتب سپاس خود را دانشجویان دانشگاه شهرکرد که با صبر و حوصله در این مطالعه شرکت کردند، اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافی گزارش نکردند.

References

1. Kiecolt-Glaser JK. Marriage, divorce, and the immune system. *American Psychologist*. 2018; 73 (9): 1098- 108. <https://doi.org/10.1037/amp0000388>
2. Cacioppo JT, Berntson GG, Sheridan JF, McClintock MK. Multilevel integrative analyses of human behavior: social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological bulletin*. 2000; 126(6):829. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.829>
3. Smith TW, Weihs K. Emotion, social relationships, and physical health: concepts, methods, and evidence for an integrative perspective. *Psychosomatic Medicine*. 2019; 81(8): 681-93. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000739>
4. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988; 241 (4865): 540-5. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
5. Kaufman G, Goldscheider F. Do men “need” a spouse more than women? Perceptions of the importance of marriage for men and women. *The Sociological Quarterly*. 2007 1;48(1):29-46. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.2007.00069.x>
6. Mastekaasa A. Marital status, distress, and well-being: An international comparison. *Journal of Comparative Family Studies*. 1994; 25 (2):183 - 206. <https://doi.org/10.3138/jcfs.25.2.183>
7. Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, Ayuso-Mateos JL, Mundó J, Haro JM. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017;52(4):381-90. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>
8. Carr D, Springer KW. Advances in families

پژوهش بر روی دانشجویان دانشگاه شهرکرد انجام شده است که تعمیم پذیری نتایج را محدود می‌سازد. همچنین، عدم شفافیت در مورد رشته تحصیلی و نقش آن در متغیرهای مورد بررسی محدودیت دیگر پژوهش است.

سپاسگزاری

این مقاله دارای تاییدیه اخلاقی از کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه شهرکرد به شماره IR.SKU.REC.1397.003

- and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family*. 2010; 72(3):743-61. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00728.x>
9. Manzoli L, Villari P, Pirone GM, Boccia A. Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 2007; 64(1):77-94.. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.031>
 10. Zheng H, Thomas PA. Marital status, self-rated health, and mortality: overestimation of health or diminishing protection of marriage? *Journal of Health and Social Behavior*. 2013 ;54(1):128-43. <https://doi.org/10.1177/0022146512470564>
 11. Chen N, Chen HC. Religion, marriage and happiness-evidence from Taiwan. *Applied Research in Quality of Life*. 2019:1-41. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09765-6>
 12. Danesh D. [A comparison of happiness, physical and mental health in male and female students’ married and single of university]. *Journal of Applied Psychology*. 2011; 4(16): 56-71. <https://www.sid.ir/En/Journal/ViewPaper.aspx?ID=198626>
 13. Falah Chay R, Falahi M. [Comparison of mental health, psychological well-being and self-esteem of women and girls in Shiraz]. *Woman and Family Studies*. 2017; 9 (34): 143-166. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=652619>
 14. Killewald A. A reconsideration of the fatherhood premium: Marriage, Coresidence, biology, and fathers’ wages. *American Sociological Review*. 2013; 78(1):96-116. <https://doi.org/10.1177/0003122412469204>
 15. Angulski K, Armstrong T, Bouffard LA. The influence of romantic relationships on substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*. 2018; 48(4):572-89. <https://doi.org/10.1177/0022042618783490>
 16. Fleming CB, White HR, Catalano RF. Romantic

- relationships and substance use in early adulthood: An examination of the influences of relationship type, partner substance use, and relationship quality. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010; 51(2):153-67. <https://doi.org/10.1177/0022146510368930>
17. Kalmijn M. The ambiguous link between marriage and health: A dynamic reanalysis of loss and gain effects. *Social Forces*. 2017; 95(4):1607-36. <https://doi.org/10.1093/sf/sox015>
 18. Wang S, Yang X, Attané I. Social support networks and quality of life of rural men in a context of marriage Squeeze in China. *American Journal of Men's Health*. 2018; 12(4):706-19. <https://doi.org/10.1177/1557988317753263>
 19. Johnson DR, Wu J. An empirical test of crisis, social selection, and role explanations of the relationship between marital disruption and psychological distress: A pooled time-series analysis of four-wave panel data. *Journal of Marriage and Family*. 2002; 64(1):211-24. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00211.x>
 20. Anusic I, Yap SC, Lucas RE. Testing set-point theory in a Swiss national sample: Reaction and adaptation to major life events. *Social Indicators Research*. 2014; 119(3):1265-88. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0541-2>
 21. Jamieson L, Simpson R. *Living Alone: Globalization, Identity and Belonging*. Springer; 2013. <https://doi.org/10.1177/0038038514547802>
 22. DePaulo BM, Morris WL. Singles in society and in science. *Psychological Inquiry*. 2005; 16 (2-3): 57-83. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2005.9682918>
 23. Hajjhasani M, Sim T. Marital satisfaction among girls with early marriage in Iran: emotional intelligence and religious orientation. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2018;24(3):297-306. <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1528167>
 24. Oti-Boadi M, Asante KO. Psychological health and religious coping of Ghanaian women with infertility. *BioPsychoSocial Medicine*. 2017;11(1):20. <https://doi.org/10.1186/s13030-017-0105-9>
 25. Liu H, Umberson DJ. The times they are a changing: Marital status and health differentials from 1972 to 2003. *Journal of Health and Social Behavior*. 2008;49(3):239-53. <https://doi.org/10.1177/002214650804900301>
 26. Rahimi Pordanjani T, Moshfeghi N, Zarebi A. [The relationships between personality traits with women sexual satisfaction]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2017; 23(6): 826-835. <https://doi.org/10.21859/sums-2306826>
 27. Lui PP, Samuel DB, Rollock D, Leong FT, Chang EC. Measurement invariance of the five factor model of personality: Facet-level analyses among Euro and Asian Americans. *Assessment*. 2020; 27(5):887-902. <https://doi.org/10.31234/osf.io/tuzf4>
 28. Watson D, Clark LA. Personality traits as an organizing framework for personality pathology. *Personality and Mental Health*. 2020; 14(1):51-75. <https://doi.org/10.1002/pmh.1458>
 29. Sayehmiri K, Kareem KI, Abdi K, Dalvand S, Gheshlagh RG. The relationship between personality traits and marital satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*. 2020; 8(1): 8-15. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0383-z>
 30. Decuyper M, Gistelinc F, Vergauwe J, Pancorbo G, De Fruyt F. Personality pathology and relationship satisfaction in dating and married couples. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2018; 9(1): 1-14. <https://doi.org/10.1037/per0000219>
 31. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992: 473-83. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
 32. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 2005; 14(3):875-82. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-1014-5>
 33. Brazier J, Jones NA, Kind P. Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 Health Survey Questionnaire. *Quality of Life Research*. 1993; 2(3):169-80. <https://doi.org/10.1007/BF00435221>
 34. Burholt V, Nash P. Short form 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire: normative data for Wales. *Journal of Public Health*. 2011;33(4):587-603. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr006>
 35. Asghari Moghadam MA, Faqih S. [Validity and

- reliability of the Health Survey Questionnaire (short form of 36 questions) in two Iranian samples]. *Clinical Psychology and Personality*. 2005; 1 (1): 1-10. http://cpap.shahed.ac.ir/article_2770.html
36. McCrae RR, Costa PT. The NEO Personality Inventory: Using the five-factor model in counseling. *Journal of Counseling & Development*. 1991; 69(4):367-72. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1991.tb01524.x>
37. Allahyari Bayatiani F, Fayazi S, Jahani S, Saki Malehi A. [The relationship between the personality characteristics and the professional values among nurses affiliated to Ahwaz University of Medical Sciences in 2014]. *The Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015; 14 (5) :367-378
38. Costa PT, McCrae RR. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*. 1992;4(1):5-13. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.5>
39. Young MS, Schinka JA. Research validity scales for the NEO-PI-R: Additional evidence for reliability and validity. *Journal of personality Assessment*. 2001; 76(3):412-20. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7603_04
40. Delavar A, Bartiyan M, Kashef H. Normalization of NEO - FFI 5 factors test for selecting candidates of police academy entrance. *NAJA Scientific Quarterly of Human Resources*. 2014; 5(35): 105-122. http://journals.police.ir/article_12422.html
41. Roshan Chesly R, Shaeri MA, Atrifard M, Nikkhah A, Ghaem Maghami B, Rahimierad A. Investigating psychometric properties of a NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI)]. *Clinical Psychology and Personality*. 2006; 4(1): 27-36. http://cpap.shahed.ac.ir/article_2553.html
42. Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, McGinn MM. Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2014; 140(1):140. <https://doi.org/10.1037/a0031859>
43. Erol RY, Orth U. Self-esteem and the quality of romantic relationships. *European Psychologist*. 2017. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000259>
44. Soulsby LK, Bennett KM. Marriage and psychological wellbeing: The role of social support. *Psychology*. 2015; 6(11):1349. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.611132>
45. Morishita S, Kaida K, Yamauchi S, Wakasugi T, Ikegame K, Ogawa H, Domen K. Relationship of physical activity with physical function and health-related quality of life in patients having undergone allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation. *European Journal of Cancer Care*. 2017; (4): e12669. <https://doi.org/10.1111/ecc.12669>
46. Motefaker M, Sadrbafighi SM, Rafiee M, Bahadorzadeh L, Namayandeh SM, Karimi M, et al. Epidemiology of physical activity; A population based study in Yazd City. *Tehran University Medical Journal*. 2007; 65 (4) :77-81. URL: <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-807-en.html>