

بررسی رابطه کیفیت زندگی با ابعاد شخصیتی کلونینجر در مصرف کنندگان داروهای ضد افسردگی بازدارنده جذب مجدد سروتونین*

فاطمه شاهچراغی^۱، سعید پورنقاش تهرانی^۲، محمدعلی بشارت^۳، عباس تولایی^۴

Investigating the relationship between quality of life and personality dimensions in serotonin reuptake inhibitors antidepressant drugs users

Fatemeh Shahcheraghi¹, Saeed Pournaghash Tehrani², Mohammad Ali Besharat³, Seyed Abbas Tavallai⁴

چکیده

زمینه: سنجش کیفیت زندگی بیماران روان پزشکی اطلاعات سودمندی برای برنامه ریزی و ارزیابی راهبردهای درمانی فراهم می کند. یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، شخصیت است. اما کدام ابعاد شناختی و هیجانی شخصیت با کیفیت زندگی در مصرف کنندگان داروهای ضد افسردگی بازدارنده جذب مجدد سروتونین، ارتباط بیشتری دارد؟ **هدف:** این پژوهش با هدف تعیین رابطه کیفیت زندگی با ابعاد شناختی و هیجانی شخصیتی کلونینجر در مصرف کنندگان داروهای ضد افسردگی بازدارنده جذب مجدد سروتونین انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. به این منظور از پرسشنامه های ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی ویر و شربورن (SF-36) (۱۹۹۲) و ۵۶ سؤالی سرشت و منش کلونینجر (TCA-56) (۱۹۹۴) به عنوان ابزار پژوهش استفاده گردید. در این تحقیق یک گروه ۳۷ نفری مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی که از داروهای بازدارنده جذب سروتونین مصرف می کرده اند، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. به منظور تحلیل داده ها از ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون چندگانه استفاده شد. **یافته ها:** نتایج ضریب همبستگی نشان داد که بین ابعاد شخصیتی کلونینجر و ابعاد کیفیت زندگی مصرف کنندگان داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین ارتباط معنادار است ($p < 0/05$). و نیز نتایج رگرسیون چندگانه حاکی از آن است که ابعاد خودهدایت مندی به طور مثبت و آسیب گریزی به طور منفی قادر به پیش بینی کیفیت زندگی در مصرف کنندگان داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین است ($p < 0/01$). **نتیجه گیری:** این بدان معنی است که خودهدایت مندی بالا و آسیب گریزی پایین موجب ارتقای کیفیت زندگی مصرف کنندگان داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین می شود.

واژه کلیدها: کیفیت زندگی، شخصیت، داروهای ضد افسردگی

Background: Measuring the quality of life of psychiatric patients provides useful information for planning and evaluating of therapeutic strategies. Personality is an important factor in quality of life. But which cognitive and emotional dimensions of quality of life are more relevant in serotonin reuptake inhibitors antidepressant drugs users? **Aims:** The purpose of this study was to determine the relationship between quality of life and cognitive and emotional personality dimensions of Cloninger in serotonin reuptake inhibitors antidepressant drugs users. **Method:** This is a descriptive-correlational study. The Short form of Quality of Life of Ware and Sherbourne (SF-36) (1992) and Temperament and Character Inventory of Cloninger (TCI-56) (1994) questionnaires were used as the research instruments. In this study, a group of 37 patients with major depressive disorder using serotonin reuptake inhibitors drugs, were selected by available sampling method. In order to analyze the data, Multiple Regression Analysis and Spearman Correlation Coefficient test were used. **Results:** The results of correlation coefficient showed that there is a significant relationship between Cloninger personality dimensions and quality of life dimensions. ($p < 0/05$). And the results of multiple regression indicate that among the cognitive dimensions of personality, self-directedness positively and among the emotional dimensions of personality, harm avoidance negatively able to predict the quality of life ($p < 0/01$). **Conclusions:** This means that high Self-directedness and low harm avoidance improve the quality of life of serotonin reuptake inhibitors drug users. **Key words:** Quality of life, Personality, Antidepressant drug

Corresponding Author: spnaghash@ut.ac.ir

* این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد است.

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۱ M.A. in Clinical Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۳ Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

^۴ استاد، گروه روان پزشکی، دانشگاه بقیه الله، تهران، ایران

^۴ Professor, Department of Psychiatry, University of Baqiyatallah, Tehran, Iran

مقدمه

کیفیت زندگی، یکی از مهمترین مسائل عصر امروز در مراقبت از سلامتی است و یکی از بزرگترین اهداف بهداشتی برای بالابردن سلامت افراد است و در سال‌های اخیر از مهمترین عوامل مؤثر در زندگی افراد شناخته شده است (زحمتکشان و همکاران، ۱۳۹۰). از این رو یکی از مهمترین موضوعات تحقیقات بالینی به‌شمار می‌رود. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (کدنا، ویناکاس و پریز، ۲۰۰۳).

بنا به گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، یکی از علل ناتوانی در جهان اختلال افسردگی اساسی به‌شمار می‌آید. شواهد موجود نشان می‌دهد که میزان ابتلا به این بیماری و به دنبال آن، کاهش کیفیت زندگی، رو به افزایش است (حسینی طباطبائی، سلطانی، دشتی و رحیمدل، ۱۳۹۲).

پژوهش‌های متعددی نشان داده است که اختلالات روانی، از جمله افسردگی کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند (گازال و همکاران، ۲۰۰۵؛ کسانی، متی، نیازی و علی‌محمدی، ۱۳۹۳). اختلال افسردگی منجر به تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم و کارکردهای نباتی فرد مانند خواب و فعالیت جنسی می‌گردد که این تغییرات بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی فرد اثرگذار است و تقریباً همیشه موجب اختلال در کارکردهای بین فردی، اجتماعی و شغلی می‌گردد (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). دیدگاه‌های متفاوتی در ارتباط با سبب‌شناسی این اختلال وجود دارد که یکی از آنها دیدگاه زیستی است. از این نظرگاه، افسردگی اختلالی است که در اثر عوامل زیستی یا بدنی به وجود می‌آید. عواملی شامل ژن‌ها، هورمون‌ها، عوامل مربوط به بیوشیمی مغز و فعالیت و عملکردهای مغزی (گنجی، ۱۳۹۲). فرضیه‌های مربوط به ارتباط میان بیوشیمی مغز و اختلال افسردگی، مبنای درمان‌های دارویی برای این اختلال هستند.

در بیشتر موارد، درمان دارویی برای اختلال افسردگی با داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین^۱ (SSRIs) آغاز می‌شود (روهه، هایزر، سوینکل و شن، ۲۰۰۶). این داروها منجر به افزایش میزان سروتونین در شکاف بین‌سیناپسی می‌گردند. (جولین، ۲۰۱۳؛ ییلدز، گنول و تمم، ۲۰۰۲).

در برخی بیماری‌ها به‌خصوص بیماری‌های روانی، کیفیت زندگی با خصوصیات شخصیتی ارتباط دارد. (کاپلو، تمپلتون و ولمن، ۲۰۰۶؛ پورنقاش تهرانی، حبیبی و ایمان، ۱۳۹۱). برخی از پژوهشگران نشان داده‌اند که شخصیت از مؤلفه‌های اساسی پیش‌بین کیفیت زندگی است (نعمت‌طاوسی، ۱۳۹۶)

کلونینجر، اسوراکیک و پرزیبیک (۱۹۹۳) نظریه روانی-زیستی در مورد شخصیت ارائه دادند که شامل چهار بعد خلق‌وخو^۲ و سه بعد مزاج^۳ بود. خلق‌وخو معرف تفاوت‌های فردی است که ارثی بوده و در دوران اولیه زندگی آشکار می‌شود. این بعد با تنظیم هیجان‌ها، عادات و توانش‌های وابسته به ادراک ارتباط دارد (فوساتی و همکاران، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، ابعاد مزاج بازگوکننده تفاوت‌های فردی در خودپنداشت، اهداف و ارزش‌هاست که در طول دوره زندگی از طریق تجارب اجتماعی تحول می‌یابد (کلونینجر و همکاران، ۱۹۹۳). کلونینجر معتقد است خلق‌وخو دارای چهار بعد نوجویی^۴، آسیب‌گریزی^۵، پاداش‌وابستگی^۶ و پشتکار^۷ و مزاج شامل سه بعد خودهدایت‌مندی^۸، همکاری^۹ و خودفراروی^{۱۰} می‌باشد (هنسن و آنسو، ۱۹۹۹).

نوجویی یک عامل سرشتی مرتبط با تحریک‌جویی، افراط، تکانشگری و بی‌نظمی می‌باشد. افرادی که نوجویی بالایی دارند تمایل به تغییرات خلقی سریع، رفتارهای هیجانی، کاوشگری و کنجکاوای دارند. چنین افرادی مشتاق تغییرات هستند، به آسانی حوصله‌شان سر می‌رود و تکانشگر و بی‌نظم هستند. عامل سرشتی آسیب‌گریزی به خصوصیات چون نگرانی، ترس از عدم قطعیت، شرم و خجالت در مواجهه با غریبه‌ها و خستگی و فرسودگی اشاره دارد، عامل سرشتی پاداش‌وابستگی بیانگر خصوصیات چون احساساتی بودن، گشودگی و پذیرش روابط گرم، دلبستگی و

6. Reward Dependence
7. Persistence
8. Self- Directedness
9. Cooperativeness
10. Self- Transcendence

1. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
2. Temperament
3. Character
4. Novelty Seeking
5. Harm Avoidance

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی - همبستگی می باشد. جامعه آماری این تحقیق متشکل از کلیه بیماران است که در تابستان سال ۱۳۹۶ به مراکز درمان روان پزشکی مراجعه نموده اند و مطابق با پرونده روان پزشکی ایشان، به افسردگی اساسی مبتلا بوده و داروهای ضد افسردگی از نوع بازدارنده جذب مجدد سروتونین مصرف می کرده اند. ملاک های ورود افراد به نمونه، شامل مصرف داروی ضد افسردگی بازدارنده جذب مجدد سروتونین به مدت حداقل ۱۶ روز بود زیرا حداقل زمان لازم برای اثربخشی داروها و رسیدن آنها به حالت پایدار ۱۶ روز است. همچنین معیارهای خروج افراد از نمونه شامل دو مورد زیر بوده است: عدم مصرف داروهای روانگردان به منظور درمان سایر اختلالات روانی، عدم تشخیص سایر اختلال های روانی به ویژه اختلال های شخصیتی به استثنای اضطراب که جزء اختلال های همبودی افسردگی است و در بسیاری از مبتلایان به اختلال افسردگی قابل مشاهده است. نمونه مورد بررسی شامل یک گروه ۳۷ نفری شامل مردان و زنانی که از داروی ضد افسردگی بازدارنده جذب مجدد سروتونین استفاده می کردند است که مورد تحلیل قرار گرفته است. برای تعیین حجم نمونه از جدول مورگان استفاده شد. در پژوهش حاضر، از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است. بدین صورت که از میان کلینیک های موجود در شهر تهران، چندین کلینیک انتخاب شدند که از میان آنها، کلینیک ها و مراکز درمانی و نیز مراجعینی که حاضر به همکاری بودند، انتخاب شدند. در نهایت این نمونه ها از بخش مراجعین سرپایی بیمارستان های بقیه الله الاعظم و طالقانی و کلینیک های دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران و سپهر انتخاب گردیدند.

ابزار

در مطالعه حاضر از پرسشنامه ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی و ۵۶ سؤالی کلونینجر استفاده شده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی ویر و شربورن (SF-36) (۱۹۹۲): این پرسشنامه برای ادراک افراد از سلامتی خود ابزاری مناسب است. این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال است که هشت خرده مقیاس مرتبط با سلامت را می سنجد: عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت روانی. به طور کلی این پرسشنامه ۲ رویکرد جسمانی و روانی را می سنجد. پژوهش ها درباره کیفیت زندگی نشان می دهد که این

وابستگی می باشد. افرادی که در بعد پاداش وابستگی، نمره بالایی می گیرند، نازک دل، گرم، حساس، فداکار و اجتماعی هستند. بعد پشتکار شامل اشتیاق به تلاش در پاسخ به نشانه های پاداش احتمالی در مقابل تنبلی، سخت کوشی با وجود تنبیه های متناوب در مقابل عادت به پاداش، جاه طلبی و ادامه تلاش تا رسیدن به موفقیت در پاسخ به ناکامی متناوب در مقابل تسلیم و شکست می باشد. صفت منشی خودهدایت مندی شامل مسئولیت پذیری، هدف مندی، کاردانی، پذیرش و انسجام خود می باشد.

افرادی که خودهدایت مندی بالایی دارند، مسئول، قابل اعتماد، قوی و خود کفا هستند. بعد منشی همکاری، نشانگر ویژگی هایی چون پذیرش اجتماعی، همدلی، یاری گری و دلسوزی است. افرادی که همکاری بالایی دارند به عنوان افرادی همدل، شکیبا، دلسوز، حمایتگر و عادل توصیف شده اند. آنها از کمک به دیگران لذت می برند و به سلیقه و نیازهای دیگران احترام گذاشته و مانند نیازها و ترجیحات خود، درک می کنند. بعد خود فراروی نشانگر خصوصیتی چون غفلت از خود، پذیرش معنویات و روحانیات دارند. افرادی که در بعد خود فراروی نمره بالایی کسب می کنند به عنوان افرادی بی تکلف، قانع، خلاق، فارغ از خود و روحانی توصیف شده اند (کلونینجر و همکاران ۱۹۹۳؛ کلونینجر، اسکوراکیک، پرینزبک و وتزل، ۱۹۹۴).

با توجه به اینکه در کشور ما پژوهش های اندکی در زمینه بررسی رابطه کیفیت زندگی با ابعاد شخصیتی کلونینجر در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی که از داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین استفاده می کنند، انجام شده است، لذا بررسی کیفیت زندگی مصرف کنندگان داروهای ضد افسردگی بازدارنده جذب مجدد سروتونین، به عنوان بخشی از نتایج درمان به درمانگران این اجازه را می دهد که به تفاوت های ظریفی که در پاسخ دهی افراد به درمان وجود دارد، پی ببرند. در همین راستا این پژوهش به دنبال پاسخ گویی به این سؤال است که آیا بین ابعاد شخصیتی و کیفیت زندگی مصرف کنندگان داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین رابطه وجود دارد؟ و اینکه کدام ابعاد هیجانی و شناختی شخصیت با کیفیت زندگی مصرف کنندگان داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین رابطه بیشتری دارد؟

روش

روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری:

کلونینجر از ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل ابعاد شخصیت (نوجویی، آسیب‌گریزی، پاداش‌وابستگی، پشتکار، خودهدایت‌مندی، همکاری و خودفراروی) و کیفیت‌زندگی (با زیرمقیاس‌های عملکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی / خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) در جدول (۱) نمایش داده شده است.

با توجه به آنکه داده‌ها رتبه‌ای هستند از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. نتایج حاصل از ضریب همبستگی اسپیرمن نشان می‌دهد که بین غالب مؤلفه‌های ابعاد شخصیتی کلونینجر و کیفیت‌زندگی ارتباط مثبت وجود دارد و سطح معناداری مؤلفه‌ها کوچکتر از ناحیه رد ۰/۰۵ است. با نگاه به نتایج همبستگی میان مؤلفه‌های هر دو متغیر می‌توان مشاهده کرد که از بین ابعاد شخصیتی، نوجویی با مؤلفه‌های عملکرد جسمی (۰/۷۱)، اختلال نقش بدلیل سلامت جسمی (۰/۴۴)، اختلال نقش به دلیل سلامت هیجانی (۰/۶۰)، انرژی (۰/۸۹) و درد (۰/۶۹) بیشترین ارتباط را دارد. خودهدایت‌مندی با بهزیستی هیجانی (۰/۹۷)، خودفراروی با کارکرد اجتماعی (۰/۶۴) و سلامت عمومی (۰/۶۹) رابطه بیشتری را نشان داده است (جدول ۲).

طبق جدول ۳ با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف مشخص می‌شود که باقیمانده‌ها برای کلیه متغیرهای پژوهش نرمال است، در نتیجه می‌توان گفت که متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که همه ابعاد شناختی و هیجانی شخصیت به جز بعد خودفراروی با کیفیت‌زندگی ارتباط دارد. با توجه به جدول بالا مشخص می‌شود که در بین ابعاد شناختی، خودهدایت‌مندی با ضریب رگرسیون ۰/۷۱ و سطح معناداری ۰/۰۰۲ بیشترین تأثیر را روی کیفیت‌زندگی داشته است و در بین ابعاد هیجانی، آسیب‌گریزی با ضریب رگرسیون ۰/۷۲ و سطح معناداری ۰/۰۰۳ بیشترین تأثیر را روی کیفیت‌زندگی داشته است.

پرسشنامه قابلیت اعتماد و درستی بالایی دارد (مک هورنی، وار و رازک، ۱۹۹۳). قابلیت اعتماد و درستی این پرسشنامه را برای اولین بار در ایران منتظری، وحدانی‌نیا و گشتاسبی (۲۰۰۵) در ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند، که بیشتر آنها متأهل بودند. ضریب اعتماد در هشت بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از بعد سرزندگی ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان داد که نسخه ایرانی این پرسشنامه با قابلیت اعتماد و درستی بالا برای اندازه‌گیری کیفیت‌زندگی در بین جمعیت عمومی، ابزاری مناسب است.

پرسشنامه ۵۶ سؤالی سرشت و منش کلونینجر (TCA - 56) (۱۹۹۴): پرسشنامه روانی - زیستی هفت عاملی کلونینجر، ویژگی‌های خلق‌وخو و مزاج افراد را برای توصیف شخصیت آنها مورد سنجش قرار می‌دهد و بر اساس مدل روانی - زیستی کلونینجر طراحی شده است. چهار بعد نوجویی، آسیب‌گریزی، پاداش‌وابستگی و پشتکار برای سنجش ویژگی‌های خلق‌وخو و سه بعد خودهدایت‌مندی، همکاری و خودفراروی برای سنجش مزاج افراد به کار می‌روند. نسخه‌های متعددی از پرسشنامه کلونینجر موجود است و پرسشنامه ۵۶ سؤالی کلونینجر به منظور ایجاد فرم کوتاهی از پرسشنامه‌های قبلی ایجاد شده است (ریگوزی و راسیر، ۲۰۰۴) و دارای هشت سؤال برای ارزیابی هر یک از هفت بعد مشخص شده شخصیت است. پاسخ‌های مربوط به هر سؤال در قالب یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای که از کاملاً درست تا کاملاً غلط درجه‌بندی شده‌اند اندازه‌گیری می‌شوند و برخی سؤالات مربوط به هر بعد به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره نهایی هر فرد در هر یک از ابعاد، حاصل مجموع نمرات فرد در سؤالات مربوط به هر یک از ابعاد است. آلفای کرونباخ برای نوجویی ۰/۶۹، آسیب‌گریزی ۰/۷۸، پاداش‌وابستگی ۰/۸۰، پشتکار ۰/۷۴، خودهدایت‌مندی ۰/۷۷، همکاری ۰/۷۵ و خودفراروی ۰/۸۵، به دست آمده است. همچنین در پژوهشی که بر روی دانشجویان دانشگاه تهران انجام گردیده است آلفای کرونباخ برای نوجویی ۰/۶۶، آسیب‌گریزی ۰/۸۵، پاداش‌وابستگی ۰/۶۴، پشتکار ۰/۵۳، خودهدایت‌مندی ۰/۷۷، همکاری ۰/۸۳ و خودفراروی ۰/۷۵ به دست آمده است (طلائی، ۱۳۹۰).

به‌منظور تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش، در حوزه آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد استفاده شده و در حوزه آمار استنباطی، به‌منظور تعیین رابطه کیفیت‌زندگی با ابعاد شخصیتی

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، کمترین نمره و بیشترین نمره متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
کیفیت زندگی (کل)	۳۵۶/۰۶	۱۵۲/۷۰	۲۵	۶۹۵
عملکرد جسمی	۷۲/۷۹	۲۵/۵۹	۰	۱۰۰
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی	۵۱/۰۱	۴۰/۲۱	۰	۱۰۰
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۳۵/۱۳	۳۸/۹۷	۰	۱۰۰
انرژی / خستگی	۴۲/۰۳	۲۴/۵۶	۰	۱۰۰
بهبودی هیجانی	۴۸/۵۴	۲۴/۰۷	۰	۱۰۰
کارکرد اجتماعی	۵۶/۵۹	۲۸/۱۶	۰	۱۰۰
درد	۴۹/۹۵	۳۰/۰۹	۰	۱۰۰
سلامت عمومی	۵۳/۹۹	۲۰/۹۷	۵	۹۵
نوجویی	۱۳/۸۷	۴/۲۱	۳	۲۸
آسیب‌گریزی	۱۸/۷۷	۶/۱۴	۴	۳۰
پاداش وابستگی	۱۷/۶۳	۴/۵۱	۸	۲۸
پشتکار	۱۸/۳۲	۵/۲۴	۳	۳۰
خودهدایت‌مندی	۱۸/۲۷	۵/۱	۳	۳۱
همکاری	۲۲/۶۳	۵/۲۳	۱۰	۳۲
خودفراروی	۱۴/۵۳	۶/۶۵	۱	۲۹

جدول ۲. ضریب همبستگی بین ابعاد شخصیتی کلونینجر با کیفیت زندگی

ابعاد شخصیتی کلونینجر							آزمون آماری	مؤلفه
خودفراروی	همکاری	خودهدایت‌مندی	پشتکار	پاداش وابستگی	آسیب‌گریزی	نوجویی		
۰/۷۰۰	۰/۳۱۹	۰/۴۴۵	۰/۴۰۱	۰/۶۱۳	۰/۶۰۲	۰/۷۱۴	همبستگی اسپیرمن	عملکرد جسمی
۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲	۰/۰۱	۰/۰۰۰	سطح معناداری	
۰/۲۰۰	۰/۲۵۴	۰/۱۱۱	۰/۱۱۴	۰/۳۰۸	۰/۳۰۱	۰/۴۴۴	همبستگی اسپیرمن	اختلال نقش بخاطر
۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معناداری	سلامت جسمی
۰/۳۳۱	۰/۳۵۱	۰/۴۳۲	۰/۱۱۱	۰/۱۱۰	۰/۳۰۱	۰/۶۰۲	همبستگی اسپیرمن	اختلال نقش بخاطر
۰/۰۰۰	۰/۰۰۷	۰/۰۰۴	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۱	سطح معناداری	سلامت هیجانی
۰/۶۳۱	۰/۵۹۶	۰/۴۵۶	۰/۳۱۱	۰/۶۱۲	۰/۶۴۵	۰/۸۹۷	همبستگی اسپیرمن	انرژی خستگی
۰/۰۰۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معناداری	کیفیت زندگی
۰/۲۳۱	۰/۲۰۰	۰/۹۷۲	۰/۳۶۹	۰/۳۶۴	۰/۱۱۱	۰/۲۱۲	همبستگی اسپیرمن	
۰/۰۰۰	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱	۰/۰۰۲	سطح معناداری	بهبودی هیجانی
۰/۶۴۵	۰/۱۱۲	۰/۱۲۳	۰/۴۰۰	۰/۴۵۶	۰/۳۲۵	۰/۳۶۴	همبستگی اسپیرمن	کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۴	۰/۰۰۵	۰/۰۰۲	۰/۰۲	۰/۰۰۰	سطح معناداری	
۰/۳۵۶	۰/۱۶۵	۰/۴۲۳	۰/۴۲۰	۰/۴۷۵	۰/۵۸۷	۰/۶۹۷	همبستگی اسپیرمن	درد
۰/۰۰۱	۰/۰۱۲	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	سطح معناداری	
۰/۶۹۳	۰/۱۱۰	۰/۱۱۱	۰/۱۷۵	۰/۱۸۹	۰/۶۲۱	۰/۵۶۳	همبستگی اسپیرمن	سلامت عمومی
۰/۰۰۵	۰/۰۶	۰/۰۰۸	۰/۰۰۳	۰/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معناداری	

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف			
متغیر	F	DF	Sig
کیفیت زندگی (کل)	۰/۰۸	۳۷	۰/۱۷
عملکرد جسمی	۰/۱۲	۳۷	۰/۱۷
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی	۱/۲۶	۳۷	۰/۱۲
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی	۱/۲۷	۳۷	۰/۲۰
انرژی / خستگی	۰/۱۷	۳۷	۰/۱۳
بهبودی هیجانی	۰/۲۶	۳۷	۰/۱۳
کارکرد اجتماعی	۰/۵۹	۳۷	۰/۱۳
درد	۰/۴۶	۳۷	۰/۱۴
سلامت عمومی	۲/۱	۳۷	۰/۱۴
نوجویی	۰/۰۷	۳۷	۰/۱۳
آسیب‌گریزی	۰/۱۶	۳۷	۰/۱۵
پاداش وابستگی	۱/۷۱	۳۷	۰/۱۷
پشتکار	۰/۴۳	۳۷	۰/۲۰
خودهدایت‌مندی	۲/۳	۳۷	۰/۲۰
همکاری	۰/۶۸	۳۷	۰/۱۳
خودفراروی	۰/۰۸	۳۷	۰/۱۷

جدول ۴. میزان همبستگی بین ابعاد شخصیتی کلونینجر (شناختی و هیجانی) با کیفیت زندگی بر اساس آزمون رگرسیون چندگانه

مؤلفه	آزمون آماری (رگرسیون چندگانه)	ابعاد شخصیتی						
		ابعاد شناختی			ابعاد هیجانی			
		خودهدایت‌مندی	همکاری	خودفراروی	نوجویی	آسیب‌گریزی	پاداش وابستگی	پشتکار
کیفیت زندگی	R	۰/۷۱	۰/۶۴	۰/۵۸	۰/۳۹	۰/۷۲	۰/۴۵	۰/۶۳
	R ²	۰/۱۹	۰/۲۶	۰/۳۲	۰/۱۷	۰/۱۲	۰/۱۸	۰/۲۲
	Sig	۰/۰۰۲	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۰۰۳	۰/۰۴	۰/۰۱
نتیجه		وجود ارتباط	وجود ارتباط	عدم وجود ارتباط	وجود ارتباط	وجود ارتباط	وجود ارتباط	وجود ارتباط

جدول ۵. رگرسیون پیش‌بینی کیفیت زندگی از طریق ابعاد خودهدایت‌مندی و آسیب‌گریزی

پیش‌بین	B	خطای استاندارد	بتا	t	سطح معنی‌داری
خودهدایت‌مندی	۱۱/۶۲	۲/۷۸	۰/۴۴	۴/۱۹	P<۰/۰۱
آسیب‌گریزی	-۱۰/۴۸	۲/۶۶	-۰/۴۲	-۳/۹۴	P<۰/۰۱

جدول ۵، ضرایب رگرسیونی ابعاد خودهدایت‌مندی و آسیب‌گریزی را نشان می‌دهد. همانگونه که می‌توان دید خودهدایت‌مندی به طور مثبت می‌تواند کیفیت زندگی را پیش‌بینی کند (بتا=۰/۴۴). ضریب بتا نشان‌دهنده جهت و شدت تغییر بر پایه انحراف استاندارد است. به عبارت دیگر در ازای افزایش نمره خودهدایت‌مندی به میزان یک انحراف استاندارد، نمره کیفیت زندگی ۰/۴۴ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد. و نیز آسیب‌گریزی به طور منفی می‌تواند کیفیت زندگی را پیش‌بینی کند (بتا=-۰/۴۲). بر این اساس در ازای افزایش نمره آسیب‌گریزی به میزان یک انحراف استاندارد، نمره

کیفیت زندگی ۰/۴۲ انحراف استاندارد کاهش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و ابعاد شخصیتی کلونینجر در مصرف‌کنندگان داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین انجام گرفته است. نتایج نشان داد که بین ابعاد شخصیتی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که از میان ابعاد شناختی شخصیت، بعد خودهدایت‌مندی به طور مثبت می‌تواند کیفیت زندگی را در مصرف‌کنندگان داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین پیش‌بینی کند، بدین معنا که با

زندگی ارتباط دارد. و تأثیر خودهدایت‌مندی در ارزیابی کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بیشتر از دو مؤلفه دیگر بود.

نتایج نشان داده است که رابطه نوجویی و پشتکار با کیفیت زندگی مثبت و معنی‌دار است. این یافته را می‌توان به این صورت تبیین کرد که نوجویی با گرایش ذاتی به پاسخ‌فعالانه به محرک‌های نو اشاره دارد، درحالی‌که در بیماران افسرده مشاهده می‌شود که گرایش چندانی به کارهای اکتشافی و درگیری فعالانه با محیط ندارند. همچنین در تئوری کلونینجر و زهر (۲۰۱۰) پشتکار به گرایش ذاتی به مقاومت در برابر مشکلات با وجود ناکامی و خستگی اشاره دارد. در صورتی که یکی از مشخصه‌های اصلی بیماران افسرده انگیزه پایین می‌باشد. این افراد زود خسته می‌شوند و از احساس ناکامی رنج می‌برند. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای نوجویی و پشتکار پایین در بیماران افسرده می‌تواند عامل آسیب‌پذیری نسبت به ابتلاء به این بیماری باشد. بالعکس، نوجویی و پشتکار بالا می‌تواند عاملی محافظ باشد که فرد را از ابتلاء به افسردگی باز دارد. و افرادی که از داروهای ضدافسردگی استفاده می‌کنند کیفیت زندگی بهتری را نسبت به افراد افسرده نشان می‌دهند لذا بالا بودن نوجویی و پشتکار می‌تواند موجب ارتقاء کیفیت زندگی آنها گردد.

نتایج پژوهش نشان داد که همکاری با کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار و مثبتی دارد. در تبیین این یافته می‌توان به پژوهش ابوالقاسمی، کرمی، بختی و کوله‌مرز (۱۳۹۴) که با هدف مقایسه سرشت و منش در بیماران افسرده و افراد بهنجار انجام گرفته است، اشاره کرد، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که افراد افسرده در بعد همکاری، نمره پایینی دارند. لذا افرادی که همکاری بالاتری دارند، کیفیت زندگی بهتری را نشان می‌دهند.

خودفراروی با بهزیستی، تجربه عواطف مثبت و رضایت از زندگی رابطه دارد. همچنین به توانایی افراد در کنترل، تنظیم و تطبیق رفتار بر اساس اهداف و ارزش‌ها اطلاق می‌شود (استوتنگن، هنیگ، رویتر و نتر، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش بکر (۲۰۰۳)، که با هدف بررسی کیفیت زندگی، خودفراروی، اضطراب بیماری، و فرسودگی در گیرندگان پیوند کبد انجام شد، نشان داد که بین کیفیت زندگی و خودفراروی ارتباط قوی وجود دارد. هرچند هامپسن، گلدرگ، واگت و دبانونسکی (۲۰۰۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نمرات خودفراروی در افراد افسرده نسبت به افراد سالم بیشتر است. اما با توجه به خصوصیات افرادی که در مقیاس خودفراروی نمره بالا

افزایش خودهدایت‌مندی میزان کیفیت زندگی در مصرف کنندگان داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین افزایش می‌یابد و از میان ابعاد هیجانی شخصیت، بعد آسیب‌گریزی، به طور منفی کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند، بدین معنا که با کاهش آسیب‌گریزی میزان کیفیت زندگی در مصرف کنندگان داروهای بازدارنده جذب مجدد سروتونین افزایش می‌یابد.

یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهشی که توسط هنسان، اکلاند و بنگتسن (۲۰۰۱) انجام شد، همسو است. آنها نشان دادند که کیفیت زندگی خوب با سطوح بالای خودهدایت‌مندی و سطوح پایین آسیب‌گریزی ارتباط دارد. خودهدایت‌مندی، بر پایه پنداشت از خویشتن، به عنوان یک فرد مستقل که دارای زیرمجموعه‌های وحدت، احترام، عزت، تأثیربخشی، رهبری و امید است، تعریف شده است (کلونینجر، ۱۹۹۴). سطوح بالای استقلال و خودمختاری، با رضایت از زندگی مربوط است.

فردی که در بعد آسیب‌گریزی، نمره پایینی نشان می‌دهد، جسور و شجاع، آرام و خوش‌بین، رک، مطمئن و معاشرتی است، از سرزنش شدن و توهین شنیدن ابائی ندارد و در انجام کارها و فعالیت‌هایش دیرتر از سایرین خسته می‌شود (کاوایی و پورناصح، ۱۳۸۴). چنین فردی، از زندگی رضایت بیشتری دارد (هنسان و همکاران، ۲۰۰۱).

براساس تحقیقات پیشین، بعد آسیب‌گریزی یکی از دو بعد اصلی پیش‌بینی‌کننده افسردگی و آسیب‌پذیری به آن می‌باشد به گونه‌ای که افراد دارای نمره بالاتر در آسیب‌گریزی، بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی و یا عود مجدد این اختلال هستند. همچنین درمان‌های اثربخش، منجر به کاهش نمره افراد در این بعد شخصیتی می‌گردد (هنسن و آنسو، ۱۹۹۹). لذا انتظار می‌رفت افرادی که از داروهای ضدافسردگی استفاده می‌کنند کیفیت زندگی بهتری را نشان دهند. پژوهش حاضر نیز نشان داد که بعد آسیب‌گریزی پیش‌بینی‌کننده مهمی برای ارزیابی کیفیت زندگی در این بیماران است و با افزایش آسیب‌گریزی، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد.

در پژوهشی که توسط مستاف، ترومیناس، وان‌هک، هدبامونت و وریس (۲۰۰۷) انجام شد، نتایج نشان داد آسیب‌گریزی ارتباط منفی با کیفیت زندگی دارد، درحالی‌که خودهدایت‌مندی ارتباط مثبت با کیفیت زندگی دارد. همچنین در پژوهشی که توسط پارک و همکاران (۲۰۱۵) انجام شد، نتایج نشان داد سطوح بالای خودهدایت‌مندی، خودفراروی و همکاری با سطوح بالای رضایت از

حسینی طباطبائی، سیدسعید؛ سلطانی، حمیدرضا؛ دشتی، ناصر و رحیمدل، ابوالقاسم (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی دو داروی فلوواکسامین و سرتالین در درمان افسردگی اساسی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۱(۲۵۶)، ۱۶۲۷-۱۶۲۰.

زحمتکشان، نسرین؛ باقرزاده، راضیه؛ اکابریان، شرافت؛ یزدانخواه فرد، محمدرضا؛ میرزایی، کامران، یزدانپناه، سیامک؛ خرم رودی، رزیتا؛ غریبی، طیه؛ کمالی دشت ارژنی، فرحناز و وجمند، طیه (۱۳۹۰). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۲(۱)، ۵۸-۵۳.

طلایی، امیررضا (۱۳۹۰). *بررسی رابطه بین ابعاد شخصیت و انگیزش با رضایت شغلی در کارکنان شرکت ذوب آهن اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، تهران.

کاویانی، حسین و پورناصح، مهرانگیز (۱۳۸۴). *اعتباریابی و هنجارسنجی پرسشنامه خلق و خو و مزاج کلونینجر در جمعیت ایرانی*. *مجله دانشگاه پزشکی*، ۲(۶۳)، ۹۸-۸۹.

کسانی، عزیز؛ نیازی، محسن؛ منتی، رستم؛ محمدی، یوسف علی و منتی، والیه (۱۳۹۳). *ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در پرستاران، فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۳(۲)، ۶۹-۶۱.

گنجی، مهدی (۱۳۹۲). *آسیب شناسی روانی براساس DSM-5*. تهران: نشر ساوالان.

نعمت طوسی، محترم (۱۳۹۶). *نقش میانجی گرای انگیزش تحصیلی در رابطه بین خودارزنده سازی و کیفیت زندگی*. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۶(۶۱)، ۹۸-۸۶.

Baker, W. K. (2003). *Quality of life, self-transcendence, illness distress, and fatigue in liver transplant recipients*. Doctor of Philosophy Thesis. Department of Nursing, The University of Texas at Austin.

Cadena, J. M., Vinaccias, S. M., & Perez, A. P. (2003). The impact of disease activity on the quality of life, mental and family dysfunction in Colombian patients with rheumatoid. *Arthritis Journal of Clinical Rheumatology*, 9(3): 142-50.

Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990.

Cloninger, C. R. (1994). Temperament and personality. *Current opinion in neurobiology*, 4(2), 266-273.

Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., Wetzell, R. D. (1994). The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use. *St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality*, 1047-1057.

Cloninger, C. R., Zohar, A. H., Cloninger, K. M. (2010).

می آورند یعنی استعداد تجربه در اوج بودن، جهان را به هر شکلی پذیرا بودن، صلح طلبی و باور به تجارب فراحسی، به نظر می رسد با خصوصیات افراد افسرده سنخیت داشته باشد. هر چند آرمان گرا بودن و علاقه مندی به هنر که بعضی از دیگر خصوصیات افراد دارای خودفراروی بالا است در بسیاری از افراد افسرده نیز دیده می شود. پژوهش ها در خصوص بعد خودفراروی نتایج متناقضی را نشان می دهند. با این وجود نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بعد خودفراروی با کیفیت زندگی ارتباط ندارد. که این با نتایج پژوهش ها غیرهمسو است و این عدم ارتباط جای تأمل دارد. در تبیین این موضوع شاید بتوان به این مورد اشاره کرد که مصرف داروهای ضدافسردگی بازدارنده جذب سروتونین نتوانسته تأثیری در نمره افراد در بعد خودفراروی بگذارد. و نیز گزاره هایی که در سنجش کیفیت زندگی در این پژوهش استفاده شده نتوانسته خودفراروی را به طور صحیح بسنجد. همچنین پاسخ به گزاره های مربوط به خودفراروی برای افراد غالباً گیج کننده بود. و این عدم معناداری را شاید بتوان به شیوه پاسخ دهی آزمودنی ها نسبت داد.

با دانستن این نکته که ابعاد مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این افراد، آسیب گریزی و خودهدایت مندی است، دارویی کیفیت زندگی را بهبود می بخشد که موجب افزایش نمره در بعد خودهدایت مندی و کاهش نمره در بعد آسیب گریزی گردد.

از محدودیت های این پژوهش می توان به عدم همکاری مراکز درمانی در معرفی بیماران مورد نظر، وضعیت روحی و تمرکز ضعیف برخی بیماران اشاره نمود. همچنین به دلیل عدم دسترسی به بیماران کافی و از دست رفتن بسیاری از داده ها، محدود کردن دارویی مصرفی به دارویی خاص امکان پذیر نبود.

منابع

ابوالقاسمی، عباس؛ کرمی، جهانگیر؛ بختی، مجتبی و کوله مرز، محمدجواد (۱۳۹۴). مقایسه سرشت و منش در بیماران افسرده و افراد بهنجار.

مجله اصول بهداشت روانی، ۱۷(۴)، ۱۷۲-۱۵۶.

انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم)*. (ترجمه یحیی سیدمحمدی). تهران: نشر روان.

پورنقاش تهرانی، سعید؛ حبیبی، مجتبی و ایمانی، سعید (۱۳۹۱). *رابطه بین کیفیت زندگی و صفات شخصیتی در افراد معتاد*. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۳)، ۱۶۷-۱۵۵.

- Park, H., Suh, B. S., Kim, W. S., Lee, H. K., Park, S. C., Lee, K. (2015). Character profiles and life satisfaction. *Comprehensive psychiatry*, 58(1), 172-177.
- Rigozzi, C., & Rossier, J. (2004). Validation dune version abregee du TCI (TCI-56) sur un echantillon dejeunes fumeurs et non-fumeurs. In *Annales Medico-psychologiques, revue psychiatrique*, 162(7), 541-548.
- Ruhe, H., Huyser, J., Swinkels, J., Schene, A. (2006). Switching antidepressants after a first selective serotonin reuptake inhibitor in major depressive disorder a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(12), 1836-1855.
- Stuettgen, M.C., Hennig, J. Reuter, M., Netter, P. (2005). Novelty Seeking but not BAS is associated with high dopamine as indicated by a neurotransmitter challenge test using mazindol as a challenge substance. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1597-1608.
- Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Yıldız, A., Gönül, A. S., & Tamam, L. (2002). Mechanism of actions of antidepressants: beyond the receptors. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 12(4), 194-200.
- Promotion of well-being in person-centered mental health care. *American psychiatry publishing*, 8(2), 165-179.
- Copello, A. G., Templeton, L., & Velleman, R. (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry*, 19(3), 271-6.
- Fossati, A., Cloninger, C.R., Villa, D., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, L., Battaglia, M., & Maffei, C. (2007). Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory-Revised in an out-patient Sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 380-387.
- Gazalle, F. K., Andreatza, A. C., Hallal, P. C., Kauer-Sant'anna, M., Ceresér, K. M., Soares, J. C, etal. (2005). Bipolar depression: the importance of being on remission. *Journal Affect Disorder*, 86(2), 313-316.
- Hampson, S. F., Golderg, L. R., Vogt, T. M., Dubanoski, J. P. (2006). Forty years on: Teachers' Assessments of Children's Personality Traits Predict Self-Reported Health Behaviors and Outcomes at Midlife. *Journal of Health Psychology*, 25(1), 57-64.
- Hansenne, M., & Anseau, M. (1999). Harm avoidance and serotonin. *Biological Psychology*, 51(1), 77-81.
- Hansson, L., Eklund, M., & Bengtsson-Tops, A. (2001). The relationship of personality dimensions as measured by the temperament and character inventory and quality of life in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community. *Quality of Life Research*, 10(2), 133-9.
- Julien, R. M. (2013). *A primer of drug action: A concise nontechnical guide to the actions, uses, and side effects of psychoactive drugs, revised and updated*. Holt Paperbacks.
- Kampman, O., Poutanen, O., Illi, A., Setälä-Soikkeli, E., viikki, M., Nuolivirta, T., & Leinonen, E. (2012). Temperament profiles, major depression, and response to treatment with SSRIs in psychiatric outpatients. *European Psychiatry*, 27(4), 245-249.
- Kaneda, A., Yasui-Furukori, N., Nakagami, T., Sato, Y., & Kaneko, S. (2011). The influence of personality factors on paroxetine response time in patients with major depression. *Journal of affective disorders*, 135(1), 321-325.
- Mac Horney, C. A., Ware, J. E., & Raczek, A. E. (1993). The Mos 36-Item short form healthy survey (SF-36): Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs, *Medical care*, 31(3), 247-263.
- Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J., Van Heck, G. L., Hodiament, P. P., De Vries, J. (2007). The relationship between dimensional personality models and quality of life in psychiatric outpatients. *Psychiat research*, 149(3), 81-88.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., & Goshtasebi, A. (2005). The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*, 14 (3), 875-882.