

رابطه آزمون شخصیت پنج‌عاملی NEO-PI-R با آزمون SCL-90-R:

نگاهی به قابلیت آزمون نئو در ارزیابی سلامت روانی

Relation of NEO-PI-R personality inventory and SCL-90-R: Ability of NEO inventory in mental health evaluation

تاریخ پذیرش: ۸۸/۹/۴

تاریخ دریافت: ۸۸/۲/۲۰

Chalabianloo Gh. R. MSc[✉], Garoosi Farshi M. T. PhD

غلامرضا چلبیانلو[✉]، میرتقی گروسی‌فرشی^۱

چکیده

Abstract
Introduction: Present study was conducted in order to evaluate the relationship between NEO-PI-R personality test with the questionnaire SCL-90-R, aiming at evaluation of this test efficiency in investigating the indices related to mental health that are considered as the primary symptoms of common psychiatric disorders.

Method: 500 students of Tabriz & Shiraz Universities were selected through simple random sampling procedure in 2008-9. NEO-PI-R & SCL-90-R tests were carried out on participants. For analysis of data the regression analysis, Pearson Correlation Coefficient and independent T-test were used.

Results: The neuroticism (N) factor with the highest power, predicted all indices related to SCL-90-R. Totally, the main personality factor had the highest and the best predictions for somatization, obsession & phobia indices, respectively.

Conclusion: The scales and main factors of NEO questionnaire can be used as indices for evaluation of mental health, and even for investigating the explicit symptoms of axis I psychiatric disorders.

Keywords: NEO-PI-R Test, SCL-90-RP Questionnaire, Personality Traits, Mental Health

مقدمه: پژوهش حاضر به منظور ارزیابی ارتباط آزمون شخصیتی NEO-PI-R با پرسش‌نامه SCL-90-R برای ارزیابی کارآمدی این آزمون در بررسی شاخص‌های مربوط به بهداشت روانی که به‌عنوان علایم اولیه اختلالات شایع روان‌پزشکی قلمداد می‌شوند، انجام شد.

روش: ۵۰۰ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه‌های تبریز و شیراز در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶ به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. آزمون‌های NEO-PI-R و SCL-90-R روی نمونه‌ها به اجرا درآمد. از روش تحلیل رگرسیون، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون T مستقل برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: عامل روان‌نژندی (N) با بالاترین توان، تمامی شاخص‌های مربوط به SCL-90-R را پیش‌بینی نمود. در مجموع، عوامل اصلی شخصیت بهترین و بالاترین پیش‌بینی‌ها را به‌ترتیب در مورد شاخص‌های جسمانی‌کردن، وسواس جبری و هراس داشتند.

نتیجه‌گیری: می‌توان از مقیاس‌ها و عوامل اصلی پرسش‌نامه نئو به‌عنوان شاخصی در ارزیابی بهداشت روانی و حتی بررسی علایم بارز مربوط به اختلالات محور I روان‌پزشکی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: آزمون NEO-PI-R، پرسش‌نامه SCL-90-R، ویژگی‌های شخصیت، سلامت روانی

[✉] **Corresponding Author:** Faculty of Education & Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran
Email: Chalabianloo@tabrizu.ac.ir

[✉] دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

عبارت بهتر، NEO-PI-R، یکی از معدود آزمون‌های کامل و پرطرفدار در سال‌های اخیر است، که می‌تواند برای ارزیابی هر دو بعد بهنجاری و نابهنجاری، مورد استفاده قرار گیرد.

در زمینه کاربردهای تشخیصی NEO-PI-R، برای اختلالات شخصیتی نیز، تحقیقات زیادی انجام گرفته که همگی گویای کارایی بالای این پرسش‌نامه در تشخیص‌گذاری اختلالات شخصیتی، هم بر مبنای DSM-III-R و هم بر مبنای DSM-IV است [۱۴، ۱۵]. پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه علایم روان‌پزشکی، نظیر پرخاشگری و خودشیفتگی با عوامل اصلی شخصیت نیز، گویای ارتباط این نشانه‌ها با علایم روان‌پزشکی است. خصوصاً این که، ابعاد مختلف این علایم، همبستگی‌های بالایی با سه عامل باوجدان‌بودن، روان‌رنجورخویی و دلپذیربودن دارند [۱۶]. در پژوهشی که به‌طور اساسی، به بررسی ارتباط عوامل شخصیتی با اختلالات فوبیک، هراس و افسردگی پرداخته شده است، نتایج نشان دادند که روان‌رنجورخویی، به صورت معنی‌داری در پنج اختلال فوبیای خاص، جمع‌هراسی، گذرهراسی، اختلال وحشتزدگی و افسردگی، بالا است. نمره پایین در برون‌گرایی، با دو اختلال جمع‌هراسی و گذرهراسی توأم بود [۱۷]. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های ترول و شر، که به بررسی ارتباط بین اختلالات محور I و عوامل پنج‌گانه شخصیتی پرداخته است، همخوانی بالایی را نشان می‌دهد [۱۸].

یکی از مشکلاتی که در موقعیت‌های بالینی، در زمینه ارزیابی مشکلات و اختلالات روان‌پزشکی وجود دارد، این است که با توجه به طیف گسترده اختلالات روان‌پزشکی و مهم‌تر از همه، توزیع آن‌ها بر روی دو محور جداگانه، کمتر آزمون‌ی وجود دارد که بتواند اختلالات هر دو محور را پوشش داده و حداقل، علایم و نشانه‌هایی کلی از وضعیت بهداشت و سلامت روانی فرد را در اختیار متخصص قرار دهد. در همین ارتباط، آزمون NEO-PI-R با توجه به کاربردهای ذکر شده برای آن، توسط سازندگان آزمون و تحقیقات اندک انجام شده، اولین پرسش‌نامه‌ای است که برای این هدف به ذهن خطور می‌کند.

کوستا و مک‌کری، در خصوص ارایه نیم‌رخ از بهداشت روانی در آزمون NEO-PI-R، نشان دادند که احساسات مثبت، با برون‌گرایی و احساسات منفی، با روان‌رنجورخویی تبیین می‌شوند [۱۹]. براساس نتایج آن‌ها، افرادی که در دو عامل برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی نمرات بالایی به دست می‌آورند، افرادی شدیداً احساساتی هستند. براین اساس شادترین افراد، کسانی هستند که در برون‌گرایی نمره بالا و در روان‌رنجورخویی، نمرات پایین می‌گیرند. افرادی که در انعطاف‌پذیری نمره بالایی کسب می‌کنند، دارای تجربه احساسات مثبت و منفی هستند. به نظر آن‌ها، افرادی هم که در دلپذیربودن و با وجدان‌بودن نمره بالایی می‌گیرند، سطوح بالایی از شادی و رضایت از زندگی را نشان

وقتی از شاخص‌های بهداشت روانی صحبت می‌شود، بایستی در نظر گرفت، بهداشت و سلامت روانی الزاماً بیانگر سلامت عینی نیست؛ بلکه سلامت روانی و ذهنی گویای ویژگی‌های جمعیت شناختی و متغیرهای روانی-اجتماعی است [۱، ۲]. در بین رایج‌ترین همبسته‌های روانی-اجتماعی، سلامت روانی شخصیت مهم‌ترین عامل است [۲، ۳]. اما ارتباط بین سلامت ذهنی و روانی با ویژگی‌های شخصیتی، بسیار پیچیده و براساس نتایج تحقیقات مختلف، متناقض است [۴]. شخصیت هر فرد، اصلی‌ترین بعد و ساختار روان‌شناختی اوست؛ که به شکل‌گیری سبک زندگی وی کمک می‌کند. در دهه‌های اخیر، عده‌ای با طرح صفاتی، برای شخصیت و استفاده از روش‌های آماری پیچیده نظیر تحلیل عوامل، توانستند تا جایگاه مناسبی را در بین متخصصان برای خود باز کنند [۵]. یکی از کارآمدترین جامع‌ترین نظریه‌های مطرح شده در باب شخصیت، نظریه پنج عاملی کوستا و مک‌کری است. براساس این دیدگاه، شخصیت ساختاری، دارای سلسله‌مراتبی با ۵ بعد اصلی در بالاترین مرتبه و قابل فروگاهی به اجزا یا صفات رده پایین‌تر است [۶]. پنج عامل اصلی شخصیت شامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری در برابر تجربه، دلپذیربودن و باوجدان‌بودن هستند و برای هر یک از این عوامل، ۶ صفت در نظر گرفته شده است [۷].

تصور بر این است که شخصیت به دو شیوه می‌تواند سلامت روانی را تحت تأثیر قرار دهد؛ به‌صورت غیرمستقیم، از طریق تأثیر بر سلامت عینی افراد، مثلاً از طریق تأثیر ویژگی‌های شخصیتی بر نوع پاسخ‌های فیزیولوژیکی افراد به تنیدگی. دوم، ویژگی‌های شخصیتی بر ارزیابی‌های افراد از وضعیت سلامت عینی آنها تأثیر بسزایی به جا می‌گذارد. بر همین اساس، تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که بین عوامل مختلف شخصیت با شاخص‌های بهداشت روانی، ارتباط معنی‌داری وجود دارد [۸، ۹، ۱۰].

کوستا و مک‌کری، برای ارزیابی عوامل اصلی شخصیت، پرسش‌نامه‌ای به نام NEO-PI-R طراحی نمودند [۶]. تحقیقات انجام شده، نشان داده‌اند که می‌توان از NEO-PI-R، در توصیف اختلالات شخصیت استفاده کرد [۱۱، ۱۲، ۱۳]. همچنین، با توجه به این که در اکثر موارد، اختلالات محور II روان‌پزشکی، با علایم شایع در اختلالات محور I، نظیر افسردگی، اضطراب و غیره، همبودی و هم‌ایندی دارند، لذا می‌توان چنین استنباط کرد، آزمون‌های شخصیتی که در زمینه تشخیص اختلالات محور II کاربرد دارند، می‌توانند پس از بررسی‌های لازم، در زمینه شناسایی و تشخیص اختلالات یا حداقل علایم اختلالات محور I نیز کاربرد داشته باشند. به

می‌دهند. در خصوص ارتباط شاخص‌های بهداشت روانی با ویژگی‌های شخصیتی براساس مدل پنج عاملی، نتایج مختلفی به‌دست آمده است. برای مثال، عامل روان‌رنجورخویی با مفاهیمی چون بدبینی و هیجانان منفی ارتباط بسیار تنگاتنگی دارد، که این ارتباط منجر به تفسیرهای منفی‌تر از وضعیت سلامت عمومی و عینی افراد می‌گردد [۹]. در مقابل، نمرات بالا در عامل برون‌گرایی، با تجربه هیجانان مثبت، ارزیابی مثبت از وضعیت سلامت عمومی، کارکردهای جسمی بهتر، رضایت زندگی بالاتر و غیره توأم است [۱، ۲، ۹، ۱۰]. پائونون و آشتون، دریافته‌اند که شرکت در فعالیت‌های تفریحی و ورزشی، با صفات گروه‌گرایی، فعالیت، خویشتن‌داری، گرمی و همراهی، پیش‌بینی و تبیین می‌شود [۲۰]. نمره بالا در عامل وجدانی‌بودن نیز، با وضعیت بهتر در سلامت عمومی و روانی افراد توأم است [۲۱، ۲۲]. در مقایسه با سه عامل فوق، ارتباط عوامل انعطاف‌پذیری و دلپذیربودن با شاخص‌های بهداشت روانی کمتر مورد توجه قرار گرفته است، اما تحقیقات اندک انجام شده، نشان داده‌اند که نمره بالا در عامل انعطاف‌پذیری با سلامت عمومی بهتر همبندی دارد [۲۳].

در رابطه با شاخص‌های کلی بهداشت روانی و علایم اختلالات روان‌پزشکی نیز، تحقیقات انجام شده، همبستگی بالایی بین عامل روان‌رنجورخویی با افسردگی نشان داده‌اند [۲۴، ۲۵، ۲۶]. طیف وسیعی از هیجانان منفی و صفات مربوط به عامل روان‌رنجوری، به صورت مثبت، و صفات و عوامل مربوط به برون‌گرایی به صورت منفی، با انواعی از اختلالات اضطرابی رابطه دارند [۲۷، ۲۸، ۲۹]. تحقیقات دیگر نیز، همبستگی منفی بین وجدانی‌بودن با وسواس جبری و اختلال تنیدگی پس از سانحه را نشان داده‌اند [۱۸]. همچنین، وجود ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی با اختلالات طیف روان‌پریشی نیز نشان داده شده است؛ برای مثال، عامل روان‌رنجورخویی در افراد دارای رگه‌های اسکیزوفرنی، بسیار بالا نشان داده شده است [۳۰، ۳۱]. یکی از چالش‌های اساسی متخصصان بهداشت روانی، دستیابی به ابزارهای جامعی است که از طریق آن‌ها بتوان با صرف کمترین هزینه‌های زمانی و مالی، بیشترین اطلاعات را از وضعیت سلامت و بهداشت روانی افراد به دست آورد. بر همین اساس، پرسش‌نامه‌های مختلفی طراحی گردیده‌اند. یکی از مشهورترین و پرکاربردترین ابزارهای معرفی شده در این رابطه، آزمون SCL-90-R است. اما، با توجه به تغییرات چشمگیر در نظام‌های تشخیصی، توصیفی و ویژگی‌های بالینی مربوط به علایم مختلف اختلالات روانی، نوع سؤالات و نتایج حاصل از این پرسش‌نامه، همواره با چالش‌هایی مواجه است. یکی از راه‌کارهای مربوط به این مشکل، استفاده از پرسش‌نامه‌های جدید معرفی شده است، که قابلیت‌های متعددی در ارزیابی قلمروهای مختلف روان‌شناختی دارند تا بتوان از این پرسش‌نامه‌ها نیز، به‌عنوان

بهداشت روانی استفاده نمود. با جستجوهای انجام شده در منابع اطلاعاتی منتشر شده در مجلات معتبر، تنها پژوهشی که به بررسی قابلیت آزمون NEO در ارزیابی شاخص‌های اصلی بهداشت روانی در قالب مطالعه رابطه مدل پنج عاملی و SCL-90-R پرداخته، توسط /شمیتز و همکاران انجام شده، که در آن از فرم کوتاه پرسش‌نامه NEO استفاده شده است [۳۲]. نتایج پژوهش آنها نشان داد، عامل روان‌رنجورخویی همبستگی بالایی با ابعاد افسردگی (۰/۶۸)، حساسیت در روابط بین فردی (۰/۶۳)، وسواس جبری (۰/۵۷)، اضطراب (۰/۵۴)، افکار پارانوئیدی (۰/۴۹)، روان‌پریشی (۰/۴۸) و خصومت (۰/۴۸) و عامل برون‌گرایی همبستگی منفی با افسردگی (۰/۴۳)، حساسیت در روابط بین فردی (۰/۳۸) و وسواس جبری (۰/۳۶) دارد؛ عامل دلپذیربودن و باوجدان بودن با تمام ابعاد رابطه منفی دارد و بیشترین رابطه دلپذیربودن، با خصومت و افکار پارانوئیدی (۰/۳۴) و حساسیت در روابط بین فردی (۰/۲۹) است. ولی بیشترین رابطه، باوجدان بودن با وسواس جبری (۰/۳۰) و حساسیت در روابط بین فردی (۰/۲۷) است. نتایج آن‌ها، مسیر جدیدی را پیش روی محققان علوم رفتاری قرار می‌دهد تا با بررسی‌های بیشتر و جامع‌تر، امکان استفاده از آزمون NEO-PI-R را در موقعیت‌های مربوط به بررسی سلامت و بهداشت روانی مورد مطالعه قرار دهند و در صورت تایید قابلیت آزمون، نسبت به تهیه نمرات هنجاری اقدامات لازم را به عمل آورند.

هدف پژوهش حاضر، بررسی مقدماتی ارتباط پرسش‌نامه NEO-PI-R با پرسش‌نامه SCL-90-R، و بررسی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی آن در رابطه با شاخص‌های بهداشت روانی بود؛ تا در صورت حصول نتایج قابل قبول در این راستا، بتوان در تحقیقات

دوره ۴، شماره ۱، بهار ۱۳۸۹

آتی با نمونه‌های بزرگ‌تر نمرات هنجاری در خصوص شاخص‌های بهداشت روانی در پرسش‌نامه *تئو*، برای استفاده‌های بالینی و پژوهشی تهیه نمود.

روش

جامعه آماری، دانشجویان دانشگاه تبریز و شیراز در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۸۷ بودند که از جامعه فوق، نمونه‌ای شامل ۵۴۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. از آنجایی که هدف پژوهش حاضر صرفاً بررسی مقدماتی الگوی ارتباطی بین دو پرسش‌نامه بود و هیچ هدفی در خصوص تهیه نمرات هنجاری در این رابطه وجود نداشت، فرضیه‌ای در رابطه با تأثیر رشته تحصیلی، سال ورود به دانشگاه و طبقه اقتصادی-اجتماعی مطرح نشده بود؛ لذا نمونه‌ها به شیوه تصادفی از بین دانشجویان حاضر در کلاس‌های دروس عمومی گروه معارف که غالباً از رشته‌های مختلف تحصیلی و ورودی‌های متفاوت بودند، انتخاب شدند. در انتخاب نمونه‌ها تلاش شد تا تعداد آزمودنی‌ها از دو جنس برابر باشند. پس از اجرا، در مجموع ۵۲۱ پرسش‌نامه برگشت داده شد که از این تعداد، ۱۶ پرسش‌نامه فاقد اعتبار لازم برای نمره‌گذاری بود که حذف شدند. از ۵۰۵ پرسش‌نامه باقی‌مانده، با توجه به این که تلاش شد نسبت دو جنس در نمونه‌ها برابر باشد، ۵ پرسش‌نامه مربوط به دختران، به صورت تصادفی از ۲۵۵ پرسش‌نامه آنها حذف شد. در نهایت ۵۰۰ پرسش‌نامه، برای تجزیه و تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت که از این تعداد ۲۵۰ نفر دختر و ۲۵۰ نفر پسر بودند. میانگین سنی گروه دختران ۲۱/۳ با انحراف معیار ۲/۲۱ و میانگین سنی گروه پسران ۲۳/۴ با انحراف معیار ۲/۳۳ بود که تفاوت معنی‌داری بین دو جنس از این نظر مشاهده نشد.

الف) پرسش‌نامه پنج عاملی NEO-PI-R [۲]: پنج عامل اصلی روان‌رنجورخویی (N)، برون‌گرایی (E)، انعطاف‌پذیری در برابر تجربه (O)، دلبذیر بودن (A) و باوجدان بودن (C) را توأم با ۳۰ صفت شخصیتی مرتبط با آنها، ارزیابی می‌کند. همسانی درونی این آزمون، در نمونه ایالات متحده برای عوامل N، E، O، A و C به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۷۶ و ۰/۸۶ بوده است [۶]. در ایران نیز، گروسی ساختار ۵ عاملی این پرسش‌نامه را به صورت کلی تأیید کرده و ضرایب همسانی درونی آن را، به روش آلفای کرونباخ برای عوامل اصلی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ گزارش کرده است [۵].

ب) پرسش‌نامه SCL-90-R: ۹ مقیاس مربوط به شاخص‌های بهداشت روانی، یعنی جسمانی‌کردن (Som)، وسواس جبری (Obs)، حساسیت در روابط بین فردی (Sen)، افسردگی (Dep)، اضطراب (Anx)، خصومت (Hos)، ترس مرضی (Pho)، افکار پارانوئید (Par) و روان‌پریشی (Psy) را ارزیابی

می‌کند. در هنجاریابی اصلی آزمون، بالاترین آلفای کرونباخ مربوط به افسردگی (۰/۹۰) و کمترین آن مربوط به روان‌پریشی (۰/۷۷) بوده است. بررسی پایایی به شیوه بازآزمایی نیز، ضرایب ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ را نشان داده است [۳۳]. در ایران، اسماعیلی با ارزیابی جامع این پرسش‌نامه، ساختار عاملی آن را تأیید نموده و پایایی قابل قبولی را نشان داده است [۳۴].

برای بررسی قدرت تبیین عوامل اصلی شخصیتی در ارتباط با شاخص‌های بهداشت روانی، از روش تحلیل رگرسیون به شیوه گام به گام استفاده شد. برای این منظور، همبستگی بین متغیرها با استفاده از روش همبستگی پیرسون محاسبه و برای مقایسه وضعیت دو جنس در شاخص‌های مربوطه، از آزمون مستقل T استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱، همبستگی عوامل اصلی شخصیت با شاخص‌های بهداشت روانی آمده است. جدول ۲، نتایج مربوط به مقایسه دو جنس در شاخص‌های مختلف پرسش‌نامه NEO-PI-R و SCL-90-R را نشان می‌دهد. بین دو جنس، در سه عامل شخصیتی برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی و انعطاف‌پذیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت، به این نحو که، پسران در مقایسه با دختران برون‌گراتر بوده و در مقابل میزان دلبذیری و روان‌رنجورخویی کمتری داشتند. در شاخص‌های بهداشت روانی نیز، نتایج نشان دادند در شاخص وسواس جبری، دختران به صورت معنی‌داری نمرات بیشتری به دست آوردند، ولی در شاخص‌های افسردگی و خصومت، پسران به صورت معنی‌دار، نمرات بیشتری در مقایسه با دختران به دست آوردند. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که هر پنج عامل اصلی شخصیتی توانستند، در مجموع با ضریب همبستگی چندانگانه ۰/۸۷، حدود ۷۶٪ تغییرات مربوط به جسمانی‌کردن را پیش‌بینی و تبیین نمایند. همچنین، در رابطه با شاخص وسواس جبری، عوامل شخصیتی روان‌رنجورخویی، دلبذیر بودن، برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری به ترتیب توانستند با ضریب همبستگی چندانگانه ۰/۸۰، حدود ۶۱٪ تغییرات آن؛ در مورد شاخص حساسیت در روابط بین فردی، عوامل روان‌نژندی، برون‌گرایی و دلبذیر بودن مجموعاً با ضرایب همبستگی چندانگانه ۰/۷۲، حدود ۵۲٪ تغییرات؛ و در مورد شاخص افسردگی عوامل روان‌نژندی و دلبذیر بودن مجموعاً با ضریب همبستگی چندانگانه ۰/۳۷، حدود ۱۴٪ تغییرات آن را پیش‌بینی و تبیین نمایند.

سایر نتایج جدول ۳ نیز نشان می‌دهد که در رابطه با شاخص اضطراب به جز عامل انعطاف‌پذیری، بقیه عوامل توانستند مجموعاً ۳۷٪ تغییرات؛ در مورد شاخص خصومت، تمامی عوامل به استثناء دلبذیر بودن، با ضریب همبستگی چندانگانه ۰/۶۰، حدود

برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری مجموعاً تا ۴۹٪ تغییرات و در نهایت در مورد شاخص هراس عوامل روان‌رنجورخویی و انعطاف‌پذیری، در مجموع توانستند تا ۵۷٪ تغییرات را پیش‌بینی و تبیین نمایند.

۳۶٪ تغییرات؛ در رابطه با شاخص روان‌پریشی عوامل روان‌رنجورخویی، انعطاف‌پذیری و دل‌پذیربودن مجموعاً تا ۳۷٪ تغییرات؛ در مورد شاخص پارانوییدی نیز عوامل روان‌رنجورخویی،

جدول (۱) همبستگی عوامل اصلی شخصیت با شاخص‌های بهداشت روانی

شاخص ↓ عوامل	Som	Obc	Sen	Dep	Anx	Hos	Pho	Par	Psy
N	۰/۵۹ ⁺⁺	۰/۷۲ ⁺⁺	۰/۶۸ ⁺⁺	۰/۳۵ ⁺⁺	۰/۵۰ ⁺⁺	۰/۴۴ ⁺⁺	۰/۷۴ ⁺⁺	۰/۶۳ ⁺⁺	۰/۵۳ ⁺⁺
E	۰/۲۸ ⁺⁺	-۰/۱۹ ⁺⁺	-۰/۳۶ ⁺⁺	۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۱۳	-۰/۱۹ ⁺⁺	-۰/۰۵	-۰/۳۶ ⁺⁺
O	۰/۱۴ ⁺⁺	-۰/۱۸ ⁺⁺	-۰/۱۹ ⁺⁺	۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۱۵ ⁺	-۰/۰۵	-۰/۲۸ ⁺⁺
A	-۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۰۷	۰/۰۷	-۰/۰۱	-۰/۱۱	-۰/۱۸ ⁺⁺	-۰/۰۵	۰/۰۹
C	-۰/۵۰ ⁺⁺	۰/۴۴ ⁺⁺	-۰/۴۶ ⁺⁺	-۰/۲۷ ⁺⁺	۰/۴۱ ⁺⁺	-۰/۴۲ ⁺⁺	-۰/۴۳ ⁺⁺	-۰/۴۷ ⁺⁺	۰/۳۴ ⁺⁺

*p<۰/۰۵; **p<۰/۰۰۱

جدول (۳) تحلیل رگرسیون عوامل اصلی شخصیت در ارتباط با شاخص‌های پرسش‌نامه SCL-90-R

شاخص SCL-90-R	مرحله متغیر	R	R ²	T	p<
جسمانی کردن (SOM)	۱	۰/۵۹	۰/۳۵	۱۰/۴۴	۰/۰۰۱
	۲	۰/۸۴	۰/۷۰	۱۵/۴۵	۰/۰۰۱
	۳	۰/۸۵	۰/۷۳	۳/۸۹	۰/۰۰۱
	۴	۰/۸۶	۰/۷۴	۲/۷۹	۰/۰۱
	۵	۰/۸۷	۰/۷۶	۴/۰۳	۰/۰۰۱
وسواس (OBC)	۱	۰/۷۲	۰/۵۲	۱۴/۶۵	۰/۰۰۱
	۲	۰/۷۵	۰/۵۷	۴/۹۰	۰/۰۰۱
	۳	۰/۷۷	۰/۵۹	۳/۴۳	۰/۰۱
	۴	۰/۸۰	۰/۶۱	۵/۱۹	۰/۰۰۱
حساسیت در روابط (SEN)	۱	۰/۶۸	۰/۴۶	۱۳/۰۴	۰/۰۰۱
	۲	۰/۷۰	۰/۵۰	۳/۸۷	۰/۰۰۱
	۳	۰/۷۲	۰/۵۲	۲/۹۵	۰/۰۱
افسردگی (DEP)	۱	۰/۳۵	۰/۱۲	۵/۲۹	۰/۰۰۱
	۲	۰/۳۷	۰/۱۴	۲/۱۳	۰/۰۵
اضطراب (ANX)	۱	۰/۵۰	۰/۲۵	۸/۲۹	۰/۰۰۱
	۲	۰/۵۸	۰/۳۴	۵/۱۲	۰/۰۰۱
	۳	۰/۵۹	۰/۳۵	۲/۰۶	۰/۰۵
	۴	۰/۶۱	۰/۳۷	۲/۳۶	۰/۰۵
خصوصیت (Hos)	۱	۰/۴۴	۰/۲۰	۷/۰۴	۰/۰۰۱
	۲	۰/۵۷	۰/۳۲	۶/۰۵	۰/۰۰۱
	۳	۰/۵۹	۰/۳۵	۲/۸۰	۰/۰۱
	۴	۰/۶۰	۰/۳۶	۲/۸۰	۰/۰۵
پارانویید (Par)	۱	۰/۵۳	۰/۲۸	۸/۸۴	۰/۰۰۱
	۲	۰/۶۰	۰/۳۶	۵/۰۷	۰/۰۰۱
	۳	۰/۶۱	۰/۳۷	۲/۰۵	۰/۰۵
روان پریشی (PSY)	۱	۰/۶۳	۰/۴۰	۱۱/۵۸	۰/۰۰۱
	۲	۰/۶۷	۰/۴۶	۴/۵۶	۰/۰۰۱
	۳	۰/۷۰	۰/۴۹	۳/۵۴	۰/۰۱
هراس (Pho)	۱	۰/۷۴	۰/۵۵	۱۵/۵۷	۰/۰۰۱
	۲	۰/۷۵	۰/۵۷	۳/۱۸	۰/۰۱

با توجه به تفاوت‌های معنی‌دار بین دو جنس، در زمینه ویژگی‌های شخصیتی و شاخص‌های بهداشت روانی، تحلیل رگرسیون‌های ذکر شده، مجدداً به صورت مجزا برای هر دو جنس اجرا شد.

جدول (۲) نتایج مقایسه دو جنس در عوامل اصلی شخصیت و شاخص‌های بهداشت روانی

شاخص	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	t	df	Sig.
روان‌نژندی	پسر	۱۰۴/۰۴	۱۴/۰۳	۸۱	۴۸۵/۷۸	۰/۰۵
	دختر	۱۱۱/۶۶	۲۲/۵۲	۲		
برون‌گرایی	پسر	۱۱۶/۴۲	۱۳/۶۶	۰/۷	۴۹۸	۰/۰۱
	دختر	۱۰۹/۷۸	۱۶/۷۵	۳		
انعطاف‌پذیری	پسر	۱۱۷/۴۴	۱۴/۷۸	۳۰	۴۸۸/۲۹	۰/۰۱
	دختر	۱۱۱/۴۹	۱۰/۲۴	۳		
خوشایندی	پسر	۱۰۶/۶۸	۸/۸۹	۰/۸	۴۹۸	۰/۰۱
	دختر	۱۱۰/۸۷	۱۰/۲۴	۳		
وظیفه‌شناسی	پسر	۱۰۸/۹۲	۱۰/۲۵	۵۷	۴۷۹/۱۶	NS
	دختر	۱۰۹/۹۷	۱۵/۲۷	۰/۱		
جسمانی‌کردن	پسر	۱۱/۳۲	۵/۳۸	۵۱	۴۸۰/۲۳	NS
	دختر	۱۰/۸۵	۷/۴۴	.		
وسواس	پسر	۱۰/۷۶	۵/۳۵	۲۱	۴۹۸	۰/۰۱
	دختر	۱۳/۳۹	۶/۱۹	۳		
حساسیت در روابط بین‌فردی	پسر	۱۱/۵۵	۶/۸۴	۲۸	۴۹۸	NS
	دختر	۱۰/۳۸	۶/۰۴	۱		
افسردگی	پسر	۱۷/۶۱	۷/۱۲	۱۰	۴۸۳/۹۶	۰/۰۰۱
	دختر	۱۲/۵۷	۹/۹۹	۴		
اضطراب	پسر	۱۱/۸۴	۶/۸۲	۴۹	۴۷۶/۴۶	NS
	دختر	۱۲/۴۸	۱۰/۸۸	.		
خصوصیت	پسر	۸/۵۱	۶/۸۵	۸۵	۴۷۳/۹۵	۰/۰۰۱
	دختر	۴/۷۸	۳/۴۸	۴		
روان‌پریشی	پسر	۱۰/۱۹	۶/۲۴	۴۵	۴۹۸	NS
	دختر	۹/۷۷	۶/۷۰	.		
پارانوییدی	پسر	۹/۲۴	۵/۰۲	۸۷	۴۸۷/۹۵	NS
	دختر	۸/۶۹	۳/۷۸	.		
هراس	پسر	۴/۴۵	۳/۶۴	۵۲	۴۹۰/۸۴	NS
	دختر	۵/۳۶	۴/۷۴	۱		

NS: غیرمعنی‌دار

آن می‌شوند. تحقیقات انجام شده قبلی نیز نشان داده‌اند، عامل روان‌رنجورخویی به صورت مثبت و برون‌گرایی به صورت منفی، اضطراب‌ها و دغدغه‌های جسمانی افراد را پیش‌بینی می‌نمایند [۳۵].

در خصوص شاخص وسواس جبری، به ترتیب عوامل رنجورخویی، دلپذیربودن، برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری توانستند تا آن را پیش‌بینی و تبیین نمایند؛ که در این میان دلپذیری، برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری به صورت منفی علایم وسواس را تبیین نمودند. بررسی ارتباط بین عوامل شخصیتی از دیدگاه *آیزنگ* و افکار وسواسی نشان می‌دهد، افرادی که ویژگی روان‌رنجورخویی بالا و برون‌گرایی پایین دارند، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به این افکار از خود نشان می‌دهند [۳۶]. همچنین از دیدگاه *کلونینجر*، افراد دارای افکار وسواسی در عامل اجتناب از آسیب، نمرات بالایی کسب می‌کنند [۳۷]؛ یا از نظر هیجان‌خواهی در رویکرد *زوکرمین* در سطح پایینی هستند [۳۸]. در خصوص مدل پنج عاملی شخصیت نیز، افراد دارای ویژگی‌های اختلال وسواس جبری، نمرات بالایی در عامل روان‌رنجورخویی [۳۹، ۴۰، ۴۱]، نمرات پایینی در برون‌گرایی [۳۹] و وجدانی‌بودن [۳۹، ۴۰] به دست آورده‌اند. اما، در رابطه با عوامل انعطاف‌پذیری و دلپذیربودن، برخی نتایج نشان دهنده نمرات متوسط [۳۹] و برخی نمرات بالا در عامل انعطاف‌پذیری [۴۰] بوده‌اند. با توجه به نتایج تحقیقات پیشین و یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان چنین استنباط نمود که نمرات بالا در ویژگی‌های مربوط به روان‌رنجورخویی، با آمادگی بیشتر فرد برای تجربه احساسات منفی و افزایش آسیب روانی توأم است. افراد دچار علایم مربوط به اختلال وسواس جبری، تمایلات درون‌گرایی بیشتری داشته و افراد دگم و جزم‌اندیش بوده و هیجانات منفی از قبیل اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌نمایند.

در شاخص حساسیت در روابط بین فردی نیز، روان‌رنجورخویی، انعطاف‌پذیری و دلپذیربودن توانایی تبیین این شاخص را داشتند که عامل انعطاف‌پذیری به صورت منفی این شاخص را پیش‌بینی نمود. این یافته نیز قابل انتظار و توجیه است که، هر چه هیجانات منفی افراد بیشتر و انعطاف‌پذیری آن‌ها کمتر باشد، احتمال طرد آن‌ها در روابط بین فردی افزایش می‌یابد.

شاخص افسردگی، توسط عوامل رنجورخویی و دلپذیربودن پیش‌بینی شدند. همان گونه که گفته شد، عامل روان‌رنجورخویی در بسیاری از تحقیقات، به‌عنوان یکی از شاخص‌های اصلی تبیین‌کننده افسردگی مطرح شده است [۲۴، ۲۵، ۲۶، ۴۲]. نتایج پژوهش حاضر، هم راستا با سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهند، بی‌ثباتی هیجانی و ناسازگاری، نقش بارزی در ایجاد و تداوم عواطف منفی ایفا می‌کنند. اما نکته جالبی که در تحقیقات پیشین بررسی شده اشاره‌ای بدان نشده آن است که دلپذیربودن نیز،

نتایج تحلیل‌های صورت گرفته، فقط در شاخص افسردگی و خصومت بین دو جنس، تفاوت معنی‌داری را نشان داد. به این ترتیب که، در شاخص افسردگی در پسران عوامل روان‌نژندی، برون‌گرایی و دلپذیربودن به ترتیب توانستند این شاخص را تبیین نمایند و در این بین، عامل برون‌گرایی شاخص افسردگی را به صورت منفی تبیین نمود. اما در دختران، مدل تبیینی مشابه نمونه کل به دست آمد. در شاخص خصومت نیز، مدل رگرسیون پسران مشابه نمونه کلی بوده و تفاوت مشاهده شده در نمونه دختران بود، به این صورت که انعطاف‌پذیری نتوانست این شاخص را تبیین نماید.

بحث

براساس نتایج حاصل از ماتریس همبستگی، عامل روان‌رنجورخویی با تمام شاخص‌های پرسش‌نامه SCL-90-R همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر، هر چه ویژگی‌های روان‌رنجورخویی افزایش پیدا کنند، شدت علایم نیز افزایش یافته و متقابلاً بهداشت روانی کاهش می‌یابد. در این بین، بالاترین همبستگی متعلق به هراس یا ترس مرضی و پایین‌ترین همبستگی متعلق به افسردگی است. این یافته بدان معنی است که، در رابطه با شاخص‌های مختلف بهداشت روانی می‌توان از عامل روان‌رنجورخویی، به‌عنوان یکی از ارکان اصلی نیمرخ روانی استفاده نمود. اما از عامل برون‌گرایی می‌توان در نیمرخ روانی مربوط به شاخص‌های وسواس جبری، حساسیت در روابط بین فردی، ترس مرضی و روان‌پریشی استفاده کرد؛ به این ترتیب که، با افزایش میزان برون‌گرایی، از شدت این شاخص‌ها کاسته می‌شود. در مورد سایر عوامل نیز می‌توان برحسب میزان همبستگی‌ها چنین تبیین‌هایی انجام داد.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که در ارتباط با شاخص جسمانی‌کردن، هر ۵ عامل شخصیتی توانستند تا تغییرات مربوط به این شاخص را پیش‌بینی نمایند. در این میان، روان‌رنجورخویی بیشترین سهم را داشت. در بین عوامل برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری و وظیفه‌شناسی، این شاخص را به صورت منفی پیش‌بینی کردند. با بررسی صفات مربوط به این عوامل، می‌توان چنین استنباط نمود که با افزایش علایمی چون افسردگی، اضطراب و هیجانات منفی، توأم با تمایلات مربوط به رفتارهای جمع‌گریزی، داشتن ذهنی متعصب و جزم‌اندیش همراه با سهل‌انگاری در امور زندگی، احتمال این که افراد مشکلات روان‌شناختی خود را به صورت علایم جسمانی بروز دهند، افزایش می‌یابد. به عبارت بهتر، شاخص جسمانی‌کردن جزو شاخص‌هایی است که تمامی عوامل و به تبع آن، صفات شخصیتی در بروز آن سهیم هستند. لذا جزو مشکلاتی در حیطه بهداشت روانی است که تمام ساختارهای روانی افراد، در آن درگیر بوده و باعث نمایان شدن

برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری کمتری برخوردار باشند. همچنین، داشتن نظم و انضباط و برخورداری از معیارهای سخت‌گیرانه (ویژگی‌های مربوط به وجدانی‌بودن) و گاهی عدم وصول به آن‌ها، می‌تواند منجر به پرخاشگری بیشتر شود.

در شاخص روان‌پریشی نیز، عوامل روان‌رنجوری، انعطاف‌پذیری و دلپذیری، پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی بودند. تحقیقات پیشین، بالابودن نمرات در انعطاف‌پذیری [۴۸] و عامل روان‌رنجوری [۳۰، ۳۱]، نمرات پایین در برون‌گرایی [۳۱، ۴۷]، دلپذیری [۴۷] و وجدانی‌بودن [۴۹] را نشان می‌دهند. اما بیوکمی و همکاران عنوان نمودند، نیم‌رخ شخصیتی افراد دارای ویژگی‌های روان‌پریشی، بسیار متنوع بوده و از الگوی ثابتی پیروی نمی‌کند [۴۹]. ولی تنها عامل ثابت در این افراد، مربوط به بالابودن نمره روان‌رنجوری است که بیانگر آشفتگی هیجانی بالای آن‌ها است. شاخص پارانوئید نیز، توسط عوامل روان‌رنجوری، انعطاف‌پذیری و دلپذیری پیش‌بینی شد؛ که در این بین، انعطاف‌پذیری این پیش‌بینی را به صورت منفی نشان داد. تحقیقات پیشین، کاهش نمرات در عوامل انعطاف‌پذیری [۴۷]، برون‌گرایی [۴۷، ۴۸] و دلپذیری [۵۰] را در افراد پارانوئیدی نشان دادند، که یافته‌های این پژوهش نیز در راستای تحقیقات قبلی است. در شاخص هراس، عامل روان‌رنجورخویی و انعطاف‌پذیری توانستند آن را پیش‌بینی نمایند. نتایج پژوهش حاضر به خوبی از فرضیه مطرح‌شده در مورد مدل آسیب‌پذیری روابط شخصیت-آسیب روانی [۵۱، ۵۲، ۵۳] حمایت می‌کند. این یافته‌ها به خوبی نقش بارز عوامل و صفات اصلی شخصیتی، در نمایان شدن انواعی از اختلالات روانی، نظیر اختلالات اضطرابی و خلقی نشان می‌دهند. به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهند، تجربه عواطف و هیجانات منفی و سرکوب چنین حالاتی، با افزایش اختلال در بهداشت روانی همراه است. در مقابل، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی، از طریق حضور بیشتر در جمع و داشتن هیجانات مثبت، در کنار انعطاف‌پذیری‌های ارزشی و احساسی و شناختی، توأم با برخورداری از محبوبیت اجتماعی و مورد پذیرش دیگران واقع شدن، همگی عوامل و منابعی هستند که قابلیت سازگاری افراد، با موقعیت‌های تغییرپذیر و به تبع آن تنیدگی‌زای زندگی را افزایش می‌دهند. داشتن نظم در زندگی، احساس کفایت و جانب احتیاط را حفظ نمودن نیز از جمله صفاتی هستند که سلامت روانی افراد را ارتقا می‌بخشند.

نتیجه‌گیری

آزمون NEO-PI-R، قابلیت لازم برای بررسی و پیش‌بینی اختلالات شایع روان‌پزشکی محور I را دارد و در تحقیقات آینده باید، به بررسی نیم‌رخ روانی هر یک از اختلالات روانی محور I در این آزمون پرداخته شود. یکی از محدودیت‌های اساسی

عامل افسردگی را پیش‌بینی نموده است. با توجه به این که پیش‌بینی منفی است، می‌توان چنین استنباط نمود که این عامل بیشتر، پیامد تجربه حالات افسردگی است. از آن جایی که، پژوهش‌های انجام‌گرفته بیشتر حالت مقطعی داشتند، افرادی که به‌نوعی حالت‌های افسردگی را تجربه نموده‌اند، مورد بررسی قرار گرفتند. لذا این فرضیه به ذهن خطور می‌کند که این افراد، در نتیجه تجربه علائم افسردگی، خوشایندی‌های اجتماعی خود را نیز به مرور از دست داده و مقبولیت اجتماعی کمتری پیدا می‌کنند.

در شاخص اضطراب، به‌ترتیب عوامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، دلپذیری‌بودن و وظیفه‌شناسی توانستند پیش‌بینی را انجام دهند. در این میان، برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی به صورت منفی اضطراب را پیش‌بینی نمودند. نتایج تحقیقات پیشین، عامل روان‌رنجوری را، تنها شاخص همبسته با تمام انواع اختلالات و حالات اضطرابی مطرح نموده‌اند [۲۸، ۴۳، ۴۴]. اما عامل برون‌گرایی، تنها پیش‌بینی‌مربوط به اختلال اضطراب اجتماعی مطرح شده است [۴۴]. تحقیقات دیگر، وجود ارتباط بین عامل وجدانی‌بودن و دلپذیری با اضطراب را نیز، نشان می‌دهند [۴۵]. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد، این ابعاد به ویژه دو بعد روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی، به خوبی پیش‌بینی‌کننده وضعیت خلق اضطرابی هستند. اما این نکته که با کاهش عامل باوجدان‌بودن، میزان اضطراب افزایش می‌یابد، نکته‌ای دور از انتظار است؛ شاید بتوان چنین استنباط نمود که، با توجه به ویژگی‌هایی نظیر کفایت و نظم و ترتیب در امور، که از صفات باوجدان‌بودن هستند، این یافته قابل توجیه باشد؛ به این ترتیب که، هرچه افراد احساس قابلیت و شایستگی کمتری داشته باشند، احتمال افزایش اضطراب آن‌ها بیشتر خواهد بود که این موضوع نیازمند بررسی دقیق‌تر رابطه و نقش تبیین‌کنندگی صفات، در رابطه با شاخص اضطراب است.

شاخص خصومت نیز، توسط عوامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری و وظیفه‌شناسی پیش‌بینی شد. سارپ و دیسای نشان دادند، روان‌رنجورخویی و دلپذیری شاخص‌های خوب و مناسبی برای پیش‌بینی پرخاشگری هستند [۴۶]. یافته پژوهش حاضر نیز نشان داد، عامل روان‌رنجورخویی، شاخص خصومت را به صورت مثبت و سایر عوامل شخصیتی این شاخص را به صورت منفی پیش‌بینی می‌نمایند. چنین یافته‌ای، هرچند تاکنون در تحقیقات قبلی نشان داده نشده است، اما قابل تبیین است. به این نحو که، لازمه برقراری یک ارتباط اجتماعی مناسب و حضور در محیط‌های اجتماعی، برقراری روابط مبتنی بر صمیمیت و عدم پرخاشگری، توأم با ظرفیت پذیرش دیدگاه‌های مختلف و انعطاف‌پذیری در برابر تجربه‌های دیگران و نگرش‌های آن‌ها است. قابل تصور است افراد دارای پرخاشگری، از ویژگی‌های

14- Costa PT. Special series: Clinical use of the five-factor model of personality. *J Pers Assess.* 1991;57:393-8.

15- Axelrod SR, Widiger TA, Trull TJ, Corbitt EM. Relations of the five-factor model antagonism facets with personality disorder symptomatology. *J Pers Assess.* 2001;69:297-313.

16- Ruiz JM, Smith TW, Rhodewalt F. Distinguishing narcissism and hostility: Similarities and differences in interpersonal circumflex and five factor correlates. *J Pers Assess.* 2001;76:537-55.

17- Beinvenu OJ, Brown C, Samuels JF, Liang KY, Costa PT, Eaton WW, et al. Normal personality traits and comorbidity among phobic, panic and major depressive disorders. *Psychiatry Res.* 2001;102:73-85.

18- Trull TJ, Sher KJ. Relationship between the five-factor model of personality and axis I disorders in a non clinical sample. *J Abnorm Psychol.* 1994;103:350-60.

19- Costa PT, McCrae RR. Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory. *J Pers Assess.* 1995;64:21-50.

20- Paunonen SV, Ashton MC. Big five factors and facets and the prediction of behavior. *J Pers Soc Psychol.* 2001;3:524-39.

21- Bogg T, Roberts BW. Conscientiousness and health behaviors: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2004;130:887-919.

22- Hampson SE, Goldberg LR, Vogt TM, Dubanoski JP. Mechanisms by which childhood personality traits influence adult health status: Educational attainment and healthy behaviors. *Health Psychol.* 2007;26:121-5.

23- Wasylkiw L, Fekken GC. Personality and self-reported health matching predictors and criteria. *Pers Individ Dif.* 2002;33:607-20.

24- Widiger TA, Trull TJ. Personality and psychopathology: An application of the five-factor model. *J Pers.* 1992;60:363-93.

25- Bagby RM, Joffe RT, Parker JD, Kalembo V, Harkness KL. Major depression and the five-factor model of personality. *J Pers Dis.* 1995;9:224-34.

26- Enns MW, Cox BJ. Personality dimensions and depression: Review and commentary. *Can J Psychiatry Nurs.* 1997;42:274-84.

27- Watson D. Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *J Abnorm Psychol.* 2005;114:522-36.

28- Bienvenu OJ, Nestadt G, Samuels JF, Costa PT, Howard WT, Eaton WW. Phobic, panic and major depressive disorders and the five-factor model of personality. *J Nerv Ment Dis.* 2001;19:154-61.

29- Watson D, Gamez W, Simms LJ. Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *J Res Pers.* 2005;39:46-66.

30- Lysaker PH, Lancaster RS, Neess M, Davis LW. Neuroticism and visual memory impairments as predictors of the severity of delusions in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2003;119:287-92.

31- Camisa KM, Bockbrader MA, Lysaker P, Rae LL, Brenner CA, O'Donnell BF. Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Res.* 2005;133:23-33.

32- Schmitz N, Hartkamp N, Balvini C, Rollink J, Tress W. Psychometric properties of the German version of the NEO-FFI in psychosomatic outpatients. *Pers Individ Dif.* 2001;31:713-22.

33- Drogatis LR, Rickels K, Rock A. The SCL-90-R and MMPI: A step in the validation of new self-report scale. *Br J Psychiatry.* 1976;128:280-9.

پژوهش حاضر، مربوط به نمونه‌های مورد بررسی متشکل از دانشجویان است؛ این موضوع، قابلیت تعمیم نتایج حاضر، به بیماران و افراد دارای مشکلات روان‌شناختی را با محدودیت مواجه می‌کند. به عبارت بهتر، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده به بررسی این شاخص‌ها در بین افراد دارای مشکلات روان‌شناختی و از بین مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های روان‌پزشکی و روان‌درمانی بپردازند تا بتوان تمییزها و نتیجه‌گیری‌های بهتری را در این زمینه به عمل آورد.

تشکر و قدردانی: از اساتید محترم دانشگاه‌های تبریز و شیراز که فرصت کلاس‌های خود را برای اجرای پژوهش در اختیارمان قرار دادند و همچنین، دانشجویان گرامی این دانشگاه‌ها که در انجام پژوهش حاضر و پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌های مربوطه با صبر و حوصله تمام و سعه صدر، ما را یاری نمودند، کمال تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

1- Sinclair PA, Lyness JM, King DA, Cox C, Caine ED. Depression and self-reported functional status in older primary care patients. *Am J Psychiatry.* 2001;158:416-9.

2- Korotkov D, Hannah TE. The five-factor model of personality: Strengths and limitations in predicting health status, sick-role behavior and illness behavior. *Pers Individ Dif.* 2004;36:187-99.

3- McCrae RR, Costa PT. Adding Liebe und Arbeit: The full five-factor model and well-being. *Pers Soc Psychol Bull.* 1991;17:227-32.

4- Lckenhoff CE, Sutin AR, Ferrucci L, Costa PT. Personality traits and subjective health in the later years: The association between NEO-PI-R and SF-36 in advanced age is influenced by health status. *J Res Pers.* 2008;42:1334-6.

5- Garoosi MT. New approaches to personality assessment: Application of factor analysis in personality studies. Tabriz: Jamepazhooh Publication; 2001. [Persian]

6- Costa PT, McCrae RR. Four ways five factors are basic. *Pers Individ Dif.* 1992;13:653-65.

7- McCrae RR, Costa PT. Personality in adulthood. New York: Guilford; 2003.

8- Terracciano A, Costa PT. Smoking and the five-factor model of personality. *Addiction.* 2004;99:472-81.

9- Moor C, Zimprich D, Schmitt M, Kliegel M. Personality, aging, self-perceptions and subjective health: A mediation model. *Int J Aging Hum Dev.* 2006;63:241-57.

10- Jerram KL, Coleman PG. The big five personality traits and reporting of health problems and health behavior in old age. *Br J Health Psychol.* 1999;4:181-92.

11- Schroeder ML, Wormworth JA, Livesley WJ. Dimensions of personality disorder and their relationships to the big five dimensions of personality. *Psychol Assess.* 1992;4:47-53.

12- Trull TJ. DSM-III-R personality disorders and the five factor model of personality: An empirical comparison. *J Abnorm Psychol.* 1992;101:553-60.

13- Trull TJ, Ueda JD, Costa PT, McCrae RR. Comparison of MMPI-2 personality psychopathology five: The NEO-PI-R. *Psychol Assess.* 1995;7:508-16.