

## بررسی رابطه‌ی بین ابعاد شخصیت و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه تبریز

### چکیده

این پژوهش به منظور بررسی ارتباط بین ابعاد شخصیت و سلامت عمومی دانشجویان انجام گرفت. از ۳۷۰ دانشجوی مقطع کارشناسی، خواسته شد تا پرسش‌نامه‌ی شخصیتی نئو (NEO-FFI)، و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28) را تکمیل کنند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌ها و روش‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار، ANOVA، t-test، ضرایب همبستگی و رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین ابعاد شخصیتی برون‌گرایی و باوجدان بودن، با سلامت عمومی دانشجویان رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار، و بین روان‌نژندگرایی و سلامت عمومی آنان، رابطه‌ی منفی و معنی‌دار وجود دارد<sup>۳</sup>. همچنین بعد انعطاف‌پذیری با ابعاد اختلال جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی ارتباط مثبت و معنی‌داری نشان داد، اما بعد دلبیزی‌بودن با هیچ یک از ابعاد سلامت عمومی، دارای رابطه معنی‌دار نبود. نتایج آزمون t، تفاوت معنی‌داری را در میزان ابعاد شخصیت، و سلامت عمومی دانشجویان دختر و پسر نشان نداد، اما نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) بیانگر وجود تفاوت بین میانگین‌های ابعاد شخصیت و سلامت عمومی در گروه‌های مختلف تحصیلی بود. نتایج حاصل از اجرای مدل رگرسیونی نشان داد که از پنج ویژگی شخصیتی فقط سه ویژگی روان‌نژندگرایی و برون‌گرایی و دلبیزی‌بودن وارد مدل رگرسیونی شدند و این ویژگی‌های شخصیتی توانستند حدود ۵۰ درصد از واریانس سلامت عمومی را تبیین کنند.

**واژه‌های کلیدی:** ابعاد شخصیت، سلامت عمومی، پرسش‌نامه‌ی شخصیتی نئو، پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28)

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

- ۱- استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز
- ۲- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی
- ۳- از آن‌جا که نمره‌ی بالا در پرسش‌نامه‌ی GHQ به معنی وضعیت بدتر سلامتی افراد می‌باشد، همبستگی مثبت روان‌نژندگرایی با سلامت افراد، به صورت رابطه‌ی منفی قلمداد می‌شود. در مورد سایر همبستگی‌ها نیز همین امر رعایت می‌شود.

## مقدمه

سلامتی حالتی است که نه تنها به کارکردهای بدنی فرد، بلکه به بسیاری از جنبه‌های کارکرد روانی او نیز وابسته است (دیماثو، ۱۳۷۸). سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را چنین تعریف کرده است: سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری (گنجی، ۱۳۷۶). امروزه بیشتر محققانی که فرایندهای روان‌شناختی را مطالعه می‌کنند نظرات ساده انگارانه‌ی اختصاصی بودن و مستعد بودن اندام را برای توجیه علائم جسمی رد می‌کنند و از نقطه‌نظر تعاملی به علائم جسمانی می‌نگرند؛ به طوری که در بیشتر مطالعات، بر تعامل بین حالات روان‌شناختی و متغیرهای زیست‌شناختی و اجتماعی تأکید شده است (ساراسون و ساراسون، ۱۳۸۱).

بررسی‌های مرتبط با رضایت، سازگاری، و سلامت عمومی به مطالعه‌ی این امر می‌پردازد که افراد چگونه و به چه دلایلی تجارب خوشایندی در ابعاد مختلف زندگی‌شان به‌جا می‌گذارند. محققان در این زمینه متغیرهای گوناگونی چون سن، جنس، و ... را در حیطه‌های زیستی و اجتماعی، در سازگاری عمومی افراد مؤثر دانسته‌اند. اما، نتایج حاکی از آن بوده است که این متغیرها تأثیر اندکی در سازگاری و سلامت عمومی افراد دارند (فریدمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). از آن پس، محققان به‌طور فزاینده‌ای به مطالعه و بررسی شخصیت و ابعاد آن به‌عنوان عاملی تأثیرگذار در سلامت عمومی افراد پرداختند و بررسی‌ها نشان دادند که شخصیت افراد می‌تواند مهم‌ترین عامل تأثیرگذار در سازگاری و سلامتی آنان به‌شمار آید (مک‌کری و کوستا<sup>۲</sup>، ۱۹۸۰؛ مایرز و دینر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ هایز و جوزف<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

اخیراً تحقیق در زمینه‌ی شخصیت و ارتباط آن با سلامتی و آسیب‌های روان‌شناختی توجه بسیاری از محققان را به خود جلب کرده است. شواهد تجربی زیادی نیز وجود دارد مبنی بر این که صفات شخصیتی در ایجاد، کاهش، یا از بین بردن علایم اختلالات روانی نقش مهمی را ایفاء می‌کنند (وایدیگر و سیدلیتز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲؛ وایدیگر، ۲۰۰۵). در دهه‌های اخیر، بسیاری از محققان بر این عقیده‌اند که مدل پنج‌عاملی شخصیت<sup>۶</sup>، می‌تواند دانش ما را درباره‌ی شخصیت و سلامتی افزایش دهد (اسمیت و ویلیامز<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲؛ به‌نقل

1. Friedman
2. McCrae & Costa
3. Myers & Diener
4. Hayes & Joseph
5. Widiger & Seidlitz
6. Five Factor Model
7. Smith & Williams

به‌نقل از کروتکوف و هانا<sup>۱</sup>، (۲۰۰۴). چنان‌که می‌توان گفت هر یک از پنج عامل اصلی روان‌نژندگرایی<sup>۲</sup> (N)، برون‌گرایی<sup>۳</sup> (E)، انعطاف‌پذیری<sup>۴</sup> (O)، دلپذیر بودن<sup>۵</sup> (A) و باوجدان بودن<sup>۶</sup> (C)، به‌عنوان به‌عنوان مجموعه‌ای از صفات سازش یافته‌ای هستند که می‌توانند هم به فرد و هم به گروه جهت رسیدن به نیازهای اساسی‌شان کمک نمایند (باس<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶؛ به‌نقل از همان منبع).

اما از آن‌جا که دانشجویان هر کشوری گروه قابل‌تر و ممتازتر نسبت به بقیه‌ی افراد جامعه محسوب می‌شوند (شاملو، ۱۳۸۲)، این افراد جهت مطالعه در پژوهش حاضر انتخاب شدند با توجه به شرایط خاص زمانی و مکانی دانشجویان، اختلال در سلامت عمومی این قشر جوان به عوامل زیادی بستگی دارد. محققان مختلف از جمله، باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۴؛ به‌نقل از عبدالله زاده، ۱۳۸۲) در بررسی‌های خود در خصوص سلامت دانشجویان و وجود اختلالات روانی در آنان، بیش‌ترین توجه خود را به عواملی نظیر مشکلات اقتصادی، مشکلات تحصیلی، مشکلات خانوادگی، مشکلات مسکن، مشکلات شغلی، مشکلات ازدواج و ارتباط با دیگران معطوف کرده‌اند و نقش عوامل درونی و مهم‌تر از همه، نقش ابعاد شخصیتی افراد را در این زمینه نادیده گرفته‌اند. بنابراین پژوهش حاضر توجه به این امر مهم را مدنظر قرار داده و به بررسی عوامل درونی مؤثر در سلامتی این قشر از افراد جامعه پرداخته است. به بیان دیگر، این پژوهش در صدد بررسی رابطه‌ی ابعاد شخصیت و سلامتی برآمده و میزان تبیین‌کنندگی ابعاد شخصیت را از سلامت افراد، مورد بررسی قرار داده است.

### پیشینه‌ی پژوهش

در زمینه‌ی شخصیت و ارتباط آن با مؤلفه‌های سلامت، اولین پژوهش به‌وسیله کوستا و مک‌کری (۱۹۸۶) نشان داد که شادکامی با سطح بالای برون‌گرایی و سطح پایین روان‌نژندگرایی در افراد مرتبط می‌باشد. به‌دنبال این پژوهش، اکثر پژوهش‌های دیگر نیز مثل چن<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۰)؛ فورنهام<sup>۹</sup> و

1. Korotkov & Hannah
2. Neuroticism (N)
3. Extroversion (E)
4. Openness (O)
5. Agreeableness (A)
6. Conscientiousness (C)
7. Buss
8. Chan
9. Furnham

همکاران (۱۹۹۷)؛ و هیلز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۱) این ارتباطها را تأیید کرده‌اند. همچنین، مک کری و کوستا (۱۹۹۱) بیان کردند که ابعاد شخصیتی دلپذیر بودن و با وجدان بودن می‌توانند تسهیل کننده‌ی عمده‌ای در تجارب مثبت بیشتر به ترتیب در موقعیت‌های اجتماعی و کسب موفقیت باشند که در نتیجه‌ی آن، میزان احساس شادکامی افزایش پیدا می‌کند. با این حال، انعطاف‌پذیری در تجربه، فرد را به سمت تجربه‌ی حالات هیجانی مثبت و منفی هدایت می‌کند. بنابراین، ارتباط مستقیمی بین شادکامی و ویژگی شخصیتی انعطاف‌پذیری مشخص نشده است.

گوستاوسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) عقیده دارد، بعضی از صفات شخصیتی نقش مهمی در سبب‌شناسی و پیشرفت اختلالات دارند و شخصیت فرد می‌تواند به‌طور غیرمستقیم و از طریق ایجاد رفتارهای ناسالم نظیر سیگار کشیدن، سوء استفاده از مواد، بی‌خوابی، سوء تغذیه، و... باعث بیماری فرد شود. نتایج تحلیل رگرسیون انجام شده در پژوهش برناردو<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان داد که شخصیت (خصوصاً از طریق ابعاد برون‌گرایی و نورووتیسیسم)، یکی از همبسته‌های بسیار مهم سلامتی محسوب می‌شود و ارتباط مثبتی نیز بین انعطاف‌پذیری و عاطفه‌ی مثبت و منفی وجود دارد. همچنین، در پژوهش هایز و جوزف<sup>۴</sup> (۲۰۰۳)، نشان داده شد که نمرات بالا در هریک از ابزارهای سلامتی با برون‌گرایی بالاتر، نورووتیسیسم پایین و با وجدان بودن بالاتر همراه بودند. این یافته‌ها نشان دادند که شخصیت می‌تواند ۳۲ تا ۵۶ درصد از واریانس نمرات سلامت روانی را پیش‌بینی و توجیه نماید. بررسی‌های طولی درباره‌ی افراد نشان می‌دهد افرادی که در ابعاد دلپذیر بودن و با وجدان بودن بالایی داشتند از اشخاصی که در این ابعاد نمرات پایین داشتند سلامت روانی بیشتری را نشان دادند (مک کری و کوستا، ۱۹۹۱).

در ایران نیز مانی (۱۳۸۳) در پژوهشی بر روی دانشجویان دانشگاه تبریز نشان داد که بین ابعاد شخصیتی برون‌گرایی، دلپذیر بودن و با وجدان بودن با عواطف مثبت و احساس شادکامی همبستگی مثبت و معنی‌دار و با عواطف منفی همبستگی منفی و معنی‌دار وجود دارد؛ همچنین، بین بعد روان‌نژند‌گرایی با عواطف مثبت و احساس شادکامی همبستگی منفی و معنی‌دار و با عواطف منفی همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

1. Hills
2. Gustavsson
3. Bernardo
4. Hayes & Joseph

## طرح پژوهش

این پژوهش از نوع طرح‌های توصیفی و همبستگی است.

### جامعه، نمونه‌ی آماری، و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ می‌باشد که طبق اطلاعات اخذ شده از مرکز آمار دانشگاه، تعداد آن‌ها ۸۵۴۸ نفر است. نمونه‌ی آماری مورد نظر برحسب جنسیت و گروه‌های تحصیلی چهارگروه علوم انسانی، علوم پایه، کشاورزی، و فنی مهندسی، به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شد. حجم نمونه باید به تعداد ۳۶۷ نفر بر اساس جدول مورگان تعیین می‌شد که با در نظر گرفتن احتمال افت پرسش‌نامه‌ها و کنار گذاشتن پرسش‌نامه‌های بی‌اعتبار یا بدون پاسخ، حجم نمونه برای اجراء ۴۰۰ نفر انتخاب شد و در نهایت، تعداد ۳۷۰ نفر به‌عنوان نمونه‌ی آماری پژوهش حاضر مورد مطالعه قرار گرفتند.

### ابزارهای اندازه‌گیری

*الف) پرسش‌نامه‌ی شخصیتی NEO*، فرم کوتاه و تجدید نظر شده: تست NEO-PI-R فرم تجدید نظر شده‌ی پرسش‌نامه‌ی شخصیتی NEO و جانشین آن است که در سال ۱۹۸۵ توسط پائول تی. کوستا و روبرت آر. مک کری تهیه شده است (گروسی، ۱۳۸۰). این تست حاوی ۲۴۰ سؤال است و دارای دو فرم S (درجه‌بندی توسط خود فرد) و فرم R (درجه‌بندی توسط دیگران) می‌باشد که پنج عامل اصلی شخصیت و شش خصوصیت در هر عامل را اندازه می‌گیرد و به این ترتیب، ارزیابی جامعی از شخصیت فرد ارائه می‌دهد. این تست در ایران توسط گروسی (۱۳۸۰) ترجمه، هنجاریابی، و اجراء شده است. در این تحقیق، از فرم کوتاه و ۶۰ سؤالی این تست (NEO-FFI) استفاده شده است که سؤالات آن در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و توسط خود فرد پاسخ داده می‌شوند.

مک کری و کوستا در سال ۱۹۸۳ فرم ۶۰ سؤالی نئو را بر روی ۲۰۸ دانشجو به فاصله‌ی ۳ ماه اجراء کردند و ضرایب پایایی ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹، و ۰/۷۹ را به ترتیب برای عوامل N، E، O، A، و C به دست آوردند. در تحقیق مانی (۱۳۸۳)، پایایی بازآزمون به فاصله‌ی دو هفته برای مقیاس‌های این تست، بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و دامنه‌ی ضریب همسانی درونی آن ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. اکثر تحقیقات، اعتبار این مقیاس را (با استفاده از همبستگی فرم S و R) مورد تأیید قرار داده‌اند (گروسی، ۱۳۸۰). برناردو و همکاران (۲۰۰۵) همبستگی موجود بین ابعاد اصلی را در دو فرم NEO-FFI و NEO-PI-R، بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند.

ب) پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ): این پرسش‌نامه به‌وسیله گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۲ تدوین و توسط هومن (۱۳۷۶) بر روی دانشجویان دوره‌ی کارشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران استاندارد شده است و به‌منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان‌گسیخته و نیز در جمعیت‌های سالم برای تشخیص اختلالات روانی خفیف از این پرسش‌نامه استفاده می‌شود. به سؤالات در یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای پاسخ داده می‌شود (باید توجه داشت که نمرات بالا در این آزمون، نشان‌دهنده‌ی وضعیت سلامتی پایین فرد است، بنابراین در تفسیر همبستگی‌های به‌دست آمده در این زمینه باید به این امر توجه شود). فرم ۲۸ آیتمی پرسش‌نامه سلامت عمومی که در پژوهش حاضر نیز مورد استفاده قرار گرفته است، دارای چهار خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، و افسردگی می‌باشد. از مجموع نمرات این چهار خرده مقیاس نیز یک نمره‌ی کلی برای سلامتی افراد به‌دست می‌آید (دادستان، ۱۳۷۷).

در تحقیق احمدیان (۱۳۸۴)، پایایی آزمون از طریق ضریب آلفای کرونباخ به‌ترتیب برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی، و مقیاس کلی سلامت روانی عبارت از ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۴۸، ۰/۸۵، و ۰/۹۰ بوده است. اعتباریابی این پرسش‌نامه نیز توسط حقیقی و همکارانش (۱۳۷۸؛ به‌نقل از احمدیان، ۱۳۸۴) با استفاده از نمره‌ی کل فهرست تجدید نظر شده‌ی علایم روانی (SCL-90-R) انجام شد که ضرایب اعتبار برای حیطه‌های چهارگانه به‌ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۷۲، و ۰/۷۲ بوده است.

### یافته‌های پژوهش

آزمودنی‌های پژوهش حاضر با میانگین سنی ۲۱/۶۸ و دامنه‌ی سنی ۱۹-۲۹ سال از بین دانشکده‌های مختلف دانشگاه تبریز، به‌روش تصادفی نسبتی انتخاب شدند (n=370) که شامل ۱۸۴ مرد و ۱۸۶ زن بوده‌اند. اطلاعات حاصل از اجرای پرسش‌نامه‌ی شخصیتی نئو و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی در جدول شماره‌ی ۱ ارائه شده است.

با توجه به نتایج ارائه شده در این جدول، مشخص است که میانگین روان‌نژندگرای در پایین‌ترین سطح و میانگین با وجدان بودن در بالاترین سطح قرار داشته است. طبق اطلاعات حاصل از اجرای پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28) نیز مشخص است که سطح میانگین در خرده مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی نسبت به سایر خرده مقیاس‌های سلامت عمومی بالاتر می‌باشد. بنابراین، آزمودنی‌های پژوهش حاضر، بیش‌ترین اختلال در سلامت خود را به‌صورت اختلال در عملکرد اجتماعی و کم‌ترین میزان اختلال را در زمینه‌ی افسردگی نشان می‌دهند.

جدول شماره‌ی ۱- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در کل گروه نمونه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	دامنه‌ی تغییرات	کم‌ترین	بیش‌ترین	تعداد
روان‌نژندگرایی	۲۴/۴۴	۸/۸۴	۴۱	۴	۴۵	۳۷۰
برون‌گرایی	۲۶/۱۲	۶/۹۱	۳۶	۶	۴۲	۳۷۰
انعطاف‌پذیری	۳۱/۳۴	۶/۴۹	۴۲	۶	۴۸	۳۷۰
دلپذیربودن	۲۸/۵۷	۶/۳۲	۳۹	۴	۴۳	۳۷۰
با وجدان بودن	۳۱/۷۳	۷/۷۷	۴۱	۷	۴۸	۳۷۰
اختلال جسمانی	۵/۵۱	۳/۸۴	۱۶	۰/۰۰	۱۶	۳۷۰
اضطراب	۵/۷۶	۴/۱۷	۲۰	۰/۰۰	۲۰	۳۷۰
اختلال اجتماعی	۶/۶۷	۳/۸۵	۲۰	۰/۰۰	۲۰	۳۷۰
افسردگی	۴/۱۰۵	۴/۴۷	۱۹	۰/۰۰	۱۹	۳۷۰
سلامت کل	۲۲/۰۵۶	۱۳/۶۶	۶۰	۶	۶۶	۳۷۰

همچنین، در پژوهش حاضر به منظور توصیف دقیق‌تر عوامل پنج‌گانه‌ی شخصیت و سلامت عمومی دانشجویان، آزمودنی‌ها به دو گروه پسر و دختر و چهار گروه تحصیلی علوم انسانی، علوم پایه، فنی مهندسی، و کشاورزی تقسیم شده و سپس متغیرهای فوق در بین آن‌ها توصیف شد. نتایج نشان داد که صرف نظر از عامل جنسیت و گروه تحصیلی، در زمینه‌ی ابعاد شخصیت، عامل با وجدان بودن همواره در بالاترین سطح و عامل روان‌نژندگرایی در پایین‌ترین سطح قرار دارد. در زمینه‌ی سلامت عمومی نیز مشخص شد که در هر دو گروه پسر و دختر میانگین نمره‌ی اختلال در عملکرد اجتماعی نسبت به سایر ابعاد بالاتر می‌باشد و میانگین نمره‌ی افسردگی در هر دو گروه پسر و دختر در پایین‌ترین سطح قرار دارد. بیش‌ترین میزان اختلال در سلامت عمومی آزمودنی‌ها در کلیه‌ی گروه‌های تحصیلی نیز مربوط به خرده مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی آنان بود.

جهت بررسی ارتباط متغیرهای پژوهش، از روش ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتیجه‌ی ضرایب همبستگی بین ابعاد شخصیت و سلامت عمومی در جدول شماره‌ی ۲ ارائه شده است.

نتایج ارائه شده در این جدول نشان می‌دهند که بین ابعاد شخصیتی برون‌گرایی و با وجدان بودن، با نمرات افراد در تمام ابعاد سلامت عمومی همبستگی منفی و معنی‌دار، و بین روان‌نژندگرایی و نمرات آزمودنی‌ها در تمام ابعاد سلامت عمومی همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد (توضیح این‌که در پرسش‌نامه‌ی GHQ-28، نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی پایین بودن سطح سلامتی افراد می‌باشد و بنابراین، در تفسیر همبستگی‌ها باید به این امر توجه شود). به عبارت دیگر، هر چه نمرات افراد در برون‌گرایی و با

وجدان بودن بالاتر باشد، افراد از احساس سلامت بهتر و بالاتری برخوردار خواهند بود. در مقابل، روان‌نژندگرایی بالاتر با وخیم بودن وضعیت سلامتی افراد همراه می‌باشد.

جدول شماره ۲- ضرایب همبستگی بین ابعاد شخصیت و سلامت عمومی

متغیر	روان‌نژندگرایی	برون‌گرایی	انعطاف‌پذیری	دلپذیربودن	با وجدان بودن
اختلال جسمانی	۰/۵۷۴**	-۰/۳۰۸**	-۰/۱۱۳*	-۰/۰۲۸	-۰/۱۹۹**
اضطراب	۰/۶۱۷**	-۰/۳۰۸**	۰/۰۴۳	۰/۰۱۳	-۰/۱۳۳*
اختلال در عملکرد اجتماعی	۰/۴۷۵**	-۰/۴۱۱**	-۰/۱۸۸**	-۰/۰۴۵	-۰/۲۳۹**
افسردگی	۰/۵۷۵**	-۰/۴۰۷**	۰/۰۲۶	۰/۰۱۴	-۰/۲۸۷**
سلامت کل	۰/۶۷۲**	-۰/۴۳۰*	-۰/۰۶۳	-۰/۰۱۲	-۰/۲۵۸**

\* معنی‌دار در سطح ۰/۰۵      \*\* معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

همچنین، در این جدولین بُعد انعطاف‌پذیری با نمرات ابعاد اختلال جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی ارتباط منفی و معنی‌داری مشاهده می‌شود و به عبارتی، هرچه نمره‌ی افراد در انعطاف‌پذیری بالا باشد، آن‌ها کمتر مستعد اختلال جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی خواهند بود. این بُعد شخصیتی با متغیرهای اضطراب، افسردگی، همبستگی مثبت، و با متغیر سلامت کل، همبستگی منفی دارد؛ اما، هیچ‌یک از آن‌ها معنی‌دار نمی‌باشند. بُعد دلپذیربودن نیز با اختلال جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی، و سلامت کل، همبستگی منفی، و با بقیه‌ی ابعاد، همبستگی مثبت دارد؛ اما، هیچ‌یک از این ارتباط‌ها معنی‌دار نمی‌باشد.

همچنین، در این پژوهش از آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه‌ی ابعاد شخصیت و سلامت عمومی دانشجویان دختر و پسر استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تبریز تفاوت معنی‌داری در هیچ‌یک از ابعاد مذکور وجود ندارد.

برای تعیین تفاوت ابعاد شخصیت و سلامت عمومی گروه‌های تحصیلی مختلف نیز از روش تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) استفاده شد که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ آمده است.

چنان‌که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، در زمینه‌ی ابعاد شخصیت، تفاوت گروه‌های تحصیلی تنها در ابعاد روان‌نژندگرایی، برون‌گرایی و با وجدان بودن معنی‌دار است. به منظور مشخص کردن مکان دقیق معناداری نیز از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتیجه‌ی آزمون مذکور نشان داد که در بُعد روان‌نژندگرایی، تفاوت میانگین گروه علوم پایه با سایر گروه‌ها در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد. به این



معنی که گروه علوم پایه از میزان روان‌نژندگرای بالاتری برخوردارند. در برون‌گرایی، تفاوت میانگین‌های بین گروه علوم پایه با گروه‌های علوم انسانی و کشاورزی معنی‌دار بود. به عبارت دیگر، گروه علوم پایه از برون‌گرایی پایین‌تری در مقایسه با گروه‌های علوم انسانی و کشاورزی برخوردار بوده است. در بُعد با وجدان بودن نیز این تفاوت‌ها بین گروه‌های علوم انسانی و فنی معنی‌دار بود و گروه علوم انسانی از میزان با وجدان بودن بالاتری نسبت به گروه فنی مهندسی برخوردار بوده است.

جدول شماره‌ی ۳- تحلیل واریانس ابعاد شخصیت بر حسب گروه‌های تحصیلی

متغیر	منبع پراکنندگی	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
روان‌نژندگرای	بین گروهی	۹۱۶/۷۷۵	۳	۳۰۵/۵۹۲	۴/۰۰۰	*۰/۰۰۸
	درون گروهی	۲۷۹۶۴/۷۴	۳۶۶	۷۶/۴۰۶		
	کل	۲۸۸۸۱/۵۲	۳۶۹	-		
برون‌گرایی	بین گروهی	۵۳۰/۷۹۷	۳	۱۷۶/۹۳۲	۳/۷۸۵	*۰/۰۱۱
	درون گروهی	۱۷۱۱۰/۹۷	۳۶۶	۴۶/۷۵۱		
	کل	۱۷۶۴۱/۷۷	۳۶۹	-		
انعطاف‌پذیری	بین گروهی	۱۲۴/۷۶۹	۳	۴۱/۵۹۰	۰/۹۸۷	۰/۳۹۹
	درون گروهی	۱۵۴۲۶/۹۵	۳۶۶	۴۲/۱۵۰		
	کل	۱۵۵۵۱/۷۱	۳۶۹	-		
دلپذیربودن	بین گروهی	۴۶/۵۶۸	۳	۱۵/۵۲۳	۰/۳۸۷	۰/۷۶۳
	درون گروهی	۱۴۶۹۳/۶۵	۳۶۶	۴۰/۱۴۷		
	کل	۱۴۷۴۰/۲۲	۳۶۹	-		
با وجدان بودن	بین گروهی	۴۷۷/۱۶۳	۳	۱۵۹/۰۵۴	۲/۶۶۷	*۰/۰۴۸
	درون گروهی	۲۱۸۲۳/۳۴	۳۶۶	۵۹/۶۲۷		
	کل	۲۲۳۰۰/۵۱	۳۶۹	-		

طبق جدول ۴ نیز از لحاظ سلامت عمومی، تفاوت میانگین گروه‌ها در ابعاد اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی، و سلامت کل، معنی‌دار بود. طبق نتایج آزمون تعقیبی، ملاحظه شد که این تفاوت‌ها در زمینه‌ی افسردگی، بین گروه‌های علوم پایه و فنی مهندسی موجود است؛ به این معنی که میزان افسردگی در گروه علوم پایه بالاتر است. در زمینه‌ی اختلال در عملکرد اجتماعی، گروه علوم پایه در مقایسه با گروه‌های علوم انسانی، فنی مهندسی، و کشاورزی، دارای اختلال در عملکرد بالاتری بود. همچنین، نمره‌ی سلامت کل گروه علوم پایه در مقایسه با گروه‌های کشاورزی و فنی مهندسی بالاتر بود؛ بنابراین، از سطح سلامت پایین‌تری برخوردار بودند.

جدول شماره ۴ - تحلیل واریانس سلامت عمومی و ابعاد آن بر حسب گروه‌های تحصیلی

متغیر	منبع پراکندگی	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
روان‌نژندگرایی	بین گروهی	۲۲/۱۱۲	۳	۷/۳۷۱	۰/۴۹۵	۰/۱۶۸۶
	درون گروهی	۵۴۴۴/۳۴	۳۶۶	۱۴/۸۷۵		
	کل	۵۴۶۶/۴۵	۳۶۹	-		
برون‌گرایی	بین گروهی	۱۱۸/۹۸۴	۳	۳۹/۶۶۱	۲/۳۰۲	۰/۰۷۷
	درون گروهی	۶۳۰۷/۰۲	۳۶۶	۱۷/۲۳۲		
	کل	۶۴۲۶/۰۱	۳۶۹	-		
انعطاف‌پذیری	بین گروهی	۲۴۴/۷۹	۳	۸۱/۵۹۷	۵/۶۹۲	*۰/۰۰۱
	درون گروهی	۵۲۴۶/۶۴	۳۶۶	۱۴/۳۳۵		
	کل	۵۴۹۱/۴۳	۳۶۹	-		
دلپذیربودن	بین گروهی	۱۸۱/۹۴۶	۳	۶۰/۶۴۹	۳/۰۸۵	*۰/۰۲۷
	درون گروهی	۷۱۹۴/۹۴	۳۶۶	۱۹/۶۵۸		
	کل	۷۳۷۶/۸۸	۳۶۹	-		
با وجدان بودن	بین گروهی	۱۸۹۶/۱۵۷	۳	۶۳۲/۰۵	۳/۴۵۰	*۰/۰۱۷
	درون گروهی	۶۷۰۴۳/۶۵۱	۳۶۶	۱۸۳/۱۷۹		
	کل	۶۸۹۳۹/۸۰	۳۶۹	-		

در ادامه‌ی پژوهش، به منظور بررسی این که چه مقدر از واریانس سلامت عمومی دانشجویان توسط ابعاد شخصیتی آنان تبیین می‌شود، از روش رگرسیون گام به گام استفاده شد. به این منظور، متغیر سلامت عمومی به عنوان متغیر ملاک و ابعاد شخصیت به عنوان متغیر پیش‌بین وارد مدل رگرسیون شدند. نتایج حاصل در جداول ۵ و ۶ ارائه شده است.

جدول شماره ۵ - نتایج رگرسیون ویژگی‌های شخصیتی جهت سلامت عمومی

مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> اصلاح شده	خطای استاندارد	تغییرات F	df1	df2	sig
روان‌نژندگرایی	۰/۶۷۲	۰/۴۵۲	۰/۴۵۰	۱۰/۱۳۲۴	۳۰۳/۴۹۸	۱	۳۶۸	۰/۰۰۰
روان‌نژندگرایی دلپذیری	۰/۶۹۰	۰/۴۷۷	۰/۴۷۴	۹/۹۱۵۹	۱۷/۲۴۸	۱	۳۶۷	۰/۰۰۰
روان‌نژندگرایی دلپذیری برون‌گرایی	۰/۷۱۴	۰/۵۱۰	۰/۵۰۶	۹/۶۰۷۶	۲۴/۹۲۹	۱	۳۶۶	۰/۰۰۰

جدول شماره‌ی ۶- ضرایب رگرسیونی ابعاد شخصیتی وارد شده در تبیین سلامت کل

مدل	B	خطای استاندارد	Beta	T	sig
ضریب ثابت	-۳/۲۱۸	۳/۸۴۰	-	-۰/۸۳۸	۰/۴۰۳
روان‌نژند‌گرایی	۰/۹۷۳	۰/۰۶۴	۰/۶۳۰	۱۵/۳۱۱	۰/۰۰۰
برون‌گرایی	-۰/۴۰۸	۰/۰۸۲	-۰/۲۰۷	-۴/۹۹۳	۰/۰۰۰
دلپذیری	۰/۴۲۵	۰/۰۸۳	۰/۱۹۷	۵/۱۲۵	۰/۰۰۰

نتایج حاصل از اجرای مدل رگرسیونی نشان داد که از پنج ویژگی شخصیتی فقط سه ویژگی روان‌نژند‌گرایی و برون‌گرایی و دلپذیری وارد مدل رگرسیونی شدند و این ویژگی‌های شخصیتی توانستند حدود ۵۰ درصد از واریانس متغیر سلامت عمومی را تبیین کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین ابعاد شخصیت و سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه تبریز و پیش‌بینی سلامت آنان از روی ابعاد شخصیت انجام گرفت. نتیجه‌ی آزمون فرضیه‌های پژوهش با روش ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون، حاکی از وجود همبستگی مثبت و معنی‌دار بین نورووتیسیسم و ابعاد سلامت عمومی (اضطراب، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی، و اختلال جسمانی) و همبستگی منفی و معنی‌دار بین ابعاد برون‌گرایی و با وجدان بودن با ابعاد مذکور بود. بُعد انعطاف‌پذیری دارای همبستگی منفی و معنی‌دار با اختلال در عملکرد اجتماعی و اختلال جسمانی بود و بُعد دلپذیری دارای همبستگی منفی با اختلال جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی، و سلامت کل، و دارای همبستگی مثبت با اضطراب و افسردگی بود؛ اما، هیچ‌کدام از این همبستگی‌ها معنی‌دار نبودند. به بیان دیگر، باید گفت افزایش نمرات روان‌نژند‌گرایی، با افزایش اختلال در هر یک از زمینه‌های جسمانی، اضطراب، اجتماعی، و افسردگی همراه خواهد بود. به همین ترتیب، با افزایش میزان ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و با وجدان بودن، نمرات افراد در تمام خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی کاهش می‌یابد.

یافته‌های مذکور، با تحقیقات انجام شده توسط هایز و جوزف (۲۰۰۳)، مک‌کری و کوستا (۱۹۸۶)، مک‌کری و کوستا (۱۹۹۱)، برناردو و همکاران (۲۰۰۵)، مانی (۱۳۸۳)، و ... همسو می‌باشد. با در نظر گرفتن این نکته که مؤلفه‌های بُعد نورووتیسیسم در مدل پنج‌عاملی شخصیت عبارتند از اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، خودنگرانی، تکانشوری، و آسیب‌پذیری (گروسی، ۱۳۸۰) ارتباط این بُعد شخصیت با پایین بودن سطح سلامت افراد در کلیه‌ی ابعاد آن منطقی خواهد بود. همچنین، مؤلفه‌های

برون‌گرایی در مدل پنج‌عاملی عبارتند از: مهربانی، جمع‌گرایی، قاطعیت، فعالیت، تهییج‌طلبی، و هیجان‌ناث مثبت (همان منبع)؛ و چنان‌که می‌دانیم، این ویژگی‌ها مستلزم گرایش به سرمایه‌گذاری علاقه و انرژی بر اشخاص و اشیاء به‌جای فعالیت‌های ذهنی و شخصی، برقراری روابط صمیمی با دیگران، مشارکت، معاشرت، ابراز احساسات، و تجربه‌ی هیجان‌ناث مثبت در روابط با دیگران است. همین امر به نوبه‌ی خود و از راه افزایش حمایت‌های اجتماعی، کمک به فرد در کاهش دادن اضطراب، استرس و فشارهای روانی خویش، می‌تواند به افزایش سلامت روانی، اجتماعی، و حتی جسمانی او بیانجامد.

همچنین، هماهنگی با یافته‌های کوهن و ویلیامسون<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) می‌توان گفت که درون‌گرایی و نوروتیسیسم، دو ویژگی مهم شخصیتی هستند که افراد را در معرض بیماری قرار می‌دهند. به عقیده‌ی آنان، بیش‌ترین موارد بیماری در بین افراد درون‌گرا و افرادی که فاقد مهارت‌های اجتماعی هستند، مشاهده می‌شود و دلیل این امر، فقدان حمایت‌های اجتماعی در این افراد است؛ چرا که حمایت اجتماعی به مردم در مقابله با استرس کمک می‌کند. شواهد حاکی از آنند که افراد بهره‌مند از حمایت اجتماعی، سالم‌تر از افرادی هستند که از حمایت اجتماعی محروم‌اند. پژوهش‌گران دریافته‌اند که هرچه تماس‌های اجتماعی و پیوندهای گروهی افراد بیشتر باشد، عمر آن‌ها طولانی‌تر خواهد بود (رابینز و متزنر، ۱۹۸۲؛ به نقل از دیماتو، ۱۳۷۸).

همچنین، نوروتیسیسم یکی از ابعاد شخصیتی است که شامل واکنش‌های هیجانی بوده و می‌تواند باعث تجربه‌ی زیاد وقایع منفی و رویدادهای استرس‌زا در زندگی شود (آلدوین و دیگران، ۱۹۸۹؛ به نقل از کلونینجر، ۱۹۹۶). نمرات بالا در نوروتیسیسم، افراد را مستعد اضطراب می‌کند. به علاوه، به عقیده‌ی بولگر<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) و مک‌کری و کوستا (۱۹۸۶) این افراد از شیوه‌های مقابله‌ای غیر مؤثر مانند تفکر آرزومندانه<sup>۳</sup> و خود سرزنشگری<sup>۴</sup> که در کاهش استرس فرد مؤثر نیستند، استفاده می‌کنند.

و اما هماهنگی با یافته‌های هایز و جوزف (۲۰۰۳) در تبیین سلامتی از طریق بُعد با وجدان بودن، می‌توان چنین عنوان کرد که افرادی که در این بُعد دارای نمرات بالایی هستند، بیشتر احتمال دارد که در جامعه به‌طور مؤثر رفتار نموده و به اهداف خود دست یابند. نایل آمدن به اهداف، به نوبه‌ی خود منجر به بالا رفتن سلامتی خواهد شد. از آن‌جا که مؤلف‌های بُعد با وجدان بودن عبارتند از شایستگی، نظم و

1. Cohen & Williamson
2. Bolger
3. Wishful thinking
4. Self-blaming

ترتیب، فرمان‌برداری، پیشرفت طلبی، خود‌نظم‌دهی، و حساب‌گری (گروسی، ۱۳۸۰)، به‌نظر می‌رسد، بالا بودن این خصوصیات در دانشجویان دانشگاه تبریز باعث افزایش سلامت عمومی آنان شده باشد.

همچنین، طبق نتایج هست آمده در پژوهش حاضر، به‌معد انعطاف‌پذیری با ابعاد اختلال جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی، دارای همبستگی منفی و معنی‌دار بود؛ اما، همبستگی مثبت آن با متغیرهای اضطراب، افسردگی و سلامت کل، معنی‌دار نبود. بخشی از این یافته، غیرهمسو با یافته‌های مک‌کری و کوستا (۱۹۹۱) است که نشان دادند بین این به‌معد شخصیت و سلامتی، رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود ندارد. اما، چنان‌که لاملی، استتر و وهمر (۱۹۹۶؛ به‌نقل از گوستاوسون، ۲۰۰۳) به آن اشاره کرد، به‌معد انعطاف‌پذیری با بسیاری از رفتارهای ناسالم نظیر سوء استفاده از مواد و اختلالات خوردن در ارتباط است. بنابراین، می‌توان گفت این به‌معد شخصیت فرد به‌طور غیرمستقیم و از طریق ایجاد رفتارهای ناسالم مانند سیگار کشیدن، سوء تغذیه، و ... می‌تواند باعث بیماری فرد شود. اما، چنانکه قبلاً اشاره شد، به‌معد انعطاف‌پذیری هم باعث تجربه‌ی عواطف یا موقعیت‌های مثبت، و هم باعث تجربه‌ی عواطف و موقعیت‌های منفی می‌شود. معنی‌دار بودن همبستگی منفی این به‌معد با اختلال جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی (و در نتیجه، داشتن سلامتی خوب و بالای افراد از لحاظ جسمانی و عملکردهای اجتماعی) را می‌توان چنین تبیین کرد که دانشجویان با ورود به دانشگاه، با بسیاری از تجارب مثبت نظیر افزایش علم و آگاهی، زندگی در مکان متنوع دانشگاه، و آشنایی با افراد فرهنگ‌های مختلف، احساس کنترل بر محیط، و آزادی در تصمیم‌گیری مواجه می‌شوند. این عوامل، و خصوصاً افزایش سطح سواد و آگاهی در آنان، رعایت عادات صحیح زندگی و یادگیری نحوه‌ی برقراری ارتباط مناسب را تسهیل کرده و به سلامت جسمانی و اجتماعی آنها کمک می‌کند. اما، در زمینه‌ی همبستگی مثبت و غیرمعنی‌دار به‌معد مذکور با اضطراب و افسردگی، باید گفت که ورود به دانشگاه همچنین با تجربه‌ی برخی عواطف منفی نظیر رقابت بیش از حد، نیاز شدید به پیشرفت، علاقه نداشتن به رشته‌ی تحصیلی، ناامیدی نسبت به آینده‌ی شغلی خویش، ناتوانی در کنترل برخی شرایط از جمله، محیط خوابگاه، و ... همراه است و این امر می‌تواند به افسردگی و اضطراب در فرد بیانجامد.

نتایج آزمون t مستقل در پژوهش حاضر نشان داد که بین دانشجویان دختر و پسر از لحاظ متغیرهای پژوهش، تفاوتی وجود ندارد. در تبیین این یافته‌ی پژوهش، هماهنگی با ریگر (۱۹۹۲؛ به‌نقل از کلونینجر، ۱۹۹۶) باید گفت که تفاوت‌های جنسی در مطالعه‌ی شخصیت نسبتاً بی‌اهمیت هستند و تفاوت‌هایی که گاهی در تحقیقات مشاهده می‌شود، صرفاً مربوط به جنس نیست بلکه به سایر متغیرهای مرتبط با جنس

مانند سابقه‌ی شغلی یا تحصیلی فرد مربوط می‌باشند و زمانی که این متغیرها کنترل می‌شوند، تفاوت‌های جنسی نیز از بین می‌روند. اما، برخی شواهد نیز حاکی از آنند که احتمال داشتن شخصیت سنخ الف در زنان نسبت به مردان کمتر است؛ ولی تفاوت‌های جنسی ناچیزی در زمینه‌ی احساساتی چون خشم و خصومت در بین مردان و زنان مشاهده می‌شود (دیویسون و دیگران، ۱۳۸۳).

در این پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داده شد که در زمینه‌ی ابعاد شخصیت تفاوت گروه‌های تحصیلی، تنها در ابعاد نوروتیسیسم، برون‌گرایی و با وجدان بودن معنی‌دار بود. نتایج آزمون تعقیبی LSD مشخص کرد که گروه علوم پایه در مقایسه با سایر گروه‌های تحصیلی از میزان نوروتیسیسم بالاتری برخوردارند. همچنین، این گروه از برون‌گرایی پایین‌تری در مقایسه با گروه‌های علوم انسانی و کشاورزی برخوردار بودند. بُعد با وجدان بودن نیز گروه علوم انسانی از میزان با وجدان بودن بالاتری نسبت به گروه فنی مهندسی برخوردار بوده است. به جهت نزدیکی بیشتر رشته‌های علوم انسانی و کشاورزی با انسان و موضوعات مربوط به او و نیز به دلیل فاصله گرفتن آنان از علوم دقیقه هم‌چون فیزیک، شیمی، و ... بالاتر بودن میزان برون‌گرایی و با وجدان بودن در آنان قابل توجیه است. در زمینه‌ی بالاتر بودن میزان نوروتیسیسم در گروه علوم متیان گفت احتمالاً این گروه به‌علت فقدان دروس مربوط به خودشناسی و شناخت عواطف و احساسات خویش، در احراز توانایی لازم برای کنترل عواطف منفی و احساسات خویش ضعیف بوده‌اند.

از لحاظ سلامت عمومی نیز، تفاوت میانگین گروه‌ها در ابعاد اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی، و سلامت کل، معنی‌دار بود که این تفاوت‌ها در زمینه‌ی افسردگی، بین گروه‌های علوم پایه و فنی موجود بود؛ به این معنی که میزان افسردگی در گروه علوم پایه بالاتر بوده است. در زمینه‌ی اختلال در عملکرد اجتماعی گفته شد که گروه علوم پایه در مقایسه با گروه‌های علوم انسانی، فنی مهندسی، و کشاورزی دارای اختلال در عملکرد بالاتری است.

همچنین، نمره‌ی سلامت کل گروه علوم پایه در مقایسه با گروه‌های کشاورزی و فنی مهندسی بالاتر بوده است. طبق مواردی نظیر بالا بودن میزان نوروتیسیسم و ... در گروه علوم پایه که در بالا به آن‌ها اشاره شد، منطقی به نظر می‌رسد که اختلالاتی چون افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی در آنان بالاتر باشد. نتایج حاصل از اجرای مدل رگرسیونی در زمینه‌ی متغیرهای پژوهش نشان داد که از پنج ویژگی شخصیتی فقط سه ویژگی روان‌نژند‌گرایی و برون‌گرایی و دلپذیری وارد مدل رگرسیونی شدند و این

ویژگی‌های شخصیتی توانستند حدود ۵۰ درصد از واریانس متغیر سلامت عمومی را تبیین کنند. این یافته با نتایج هایز و جوزف (۲۰۰۳) و مانی (۱۳۸۳) همخوانی دارد.

در پایان باید متذکر شد که محدودیت‌های جامعه‌ی آماری پژوهش، نوع پژوهش، و ابزارهای اندازه‌گیری، محدودیت‌هایی را در زمینه‌ی تعمیم یافته‌ها، تفسیر و تبیین متغیرهای مورد بررسی، مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. به‌عنوان مثال، نمی‌توان یافته‌های پژوهش حاضر را به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها تعمیم داد.

همچنین، مشکلات احتمالی مربوط به اعتبار ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت؛ چرا که یافته‌ها بر اساس مقیاس‌های خود گزارش‌دهی می‌باشند. جهت بررسی دقیق‌تر رابطه‌ی ابعاد شخصیت و سلامتی، انجام پژوهش‌هایی که بر اساس آن‌ها، رابطه‌ی ابعاد سلامتی با صفات اختصاصی مربوط به هر یک از ابعاد اصلی شخصیت که مجموعاً ۳۰ صفت مختلف را تشکیل می‌دهند، پیشنهاد می‌شود. همچنین، ضرورت بررسی سایر متغیرهای تأثیرگذار بر سلامتی افراد، و انجام پژوهش‌های طولی درباره‌ی متغیرهای پژوهش در این زمینه احساس می‌شود.

## منابع

- احمدیان، فاطمه (۱۳۸۴). بررسی رابطه‌ی شیوه‌های فرزندپروری با خودکارآمدی و سلامت روانی دانش‌آموزان، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- دادستان، پریخ (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس به‌عنوان بیماری جدید تمدن، تهران: انتشارات رشد.
- دیماثو، ام. رابین (۱۳۷۸). روانشناسی سلامت، ترجمه‌ی محمد کاویانی، محمد عباسپور، حسن محمدی، غلامرضا تقی‌زاده، و علی اکبر کیمیا، زیر نظر کیانوش هاشمیان، تهران: انتشارات سمت.
- دیویسون، سی. جرالده؛ نیل، ام. جان؛ کرینگ، ام. آن (۱۳۸۳). آسیب‌شناسی روانی، ترجمه‌ی مهدی دهستانی، تهران.
- ساراسون، ای. جی؛ ساراسون، بی. آر (۱۳۸۱). روانشناسی مرضی، ترجمه‌ی بهمن نجاریان و همکاران، تهران: انتشارات رشد.
- شاملو، سعید (۱۳۸۲). بهداشت روانی، چاپ شانزدهم، تهران: انتشارات رشد.
- عبدالله زاده، حسن (۱۳۸۲). بررسی رابطه‌ی بین صفات شخصیتی و رضایت زناشویی در زوجهای شهر دماغان، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.

- گروسی فرشی، میر تقی (۱۳۸۰). رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت)، تبریز: نشر جامعه پژوه.
- گنجی، حمزه (۱۳۷۶). بهداشت روانی، چاپ دوم، نشر ارسباران.
- مانی، آرش (۱۳۸۳). بررسی رابطه طبقات دل‌بستگی و ویژگی‌های شخصیتی با احساس شادکامی بین دانشجویان دانشگاه تبریز، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- هومن، عباس (۱۳۷۶). استاندارد سازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه‌ی تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت مدرس.

Bernardo, M.; Gonzalez Gauthier, J. L.; Garrosa (2005). Personality and subjective well-being: big five correlates and demographic variables. *Personality and Individual Differences*, 38, 1561-1569

Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American psychologist*, 50, 1003-1020

Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study, *Personality and Social psychology*, 59, 525-537

Chan, R. & Joseph, S. (2000). Dimensions of personality, domains of aspiration and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 28, 347-354

Cloninger, S. C. (1996). Personality: Description, Dynamics, and Development.

Cohen, S. & Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in human. *Psychological Bulletin*, 109, 5-24

Friedman, H. S. (2000). Long-term relation of personality and health: Dynamisms, Mechanisms and Tropisms. *Journal of Personality*, 68, 1089-1108

Furnham, A. & Cheng, H. (1997). Personality and Happiness. *Psychological Reports*, 80, 761-762

Gustavsson, J. P.; Jonsson, G. E.; Linder, J. & Weinryb, M. R. (2003). The HP5 inventory: definition and assessment of five health-relevant personality traits from a five factor model perspective. *Personality and Individual Differences*, 35, 69-89

Hayes, N. & Joseph, S. (2003). Big 5 correlates of Three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-668

Hills, P. & Argyle, M. (2001). Emotional stability as major dimension of happiness. *Personality and Individual Differences*, 31, 1357-1364



Korotkov, D. & Hanna, E. (2004). The five factor model of personality: strengths and limitations in predicting Health status, sick-role and illness behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 187-199

McCrae, R. R. & Costa, P.T. (1991). Adding liebe und arbeit: The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 227-232

McCrae, R.R. & Costa, P.T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405

Myers, D. G. & Diener, E. (1995). Who is happy?, *Journal of Psychological Science*, 6, 10-19

Widiger, T. A. (2005). Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. *Journal of Research in Personality*, 39, 67-83

Widiger, T. A. & Seidlits, L. (2002). Personality, psychopathology, and aging. *Research in personality*, 36, 335-362

