

Investigation of Personality Traits in Attending of Iran University of Medical Sciences and Its Relation with General Health, Quality of Life and Job Burden

Samadi Bilehsavar A¹, Nohesara S¹, Najarzadegan MR¹, Molaei P², Alavi K¹, Jalali Nadoushan AH^{1*}

1. Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Department of Psychiatry, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

*Corresponding author. Tel: +982166551668, Fax: +982166551668, E-mail: drjalali57@gmail.com

Received: Aug 21, 2016 Accepted: Jan 7, 2017

ABSTRACT

Background & aims: The main purpose of this study was to investigate the impact of NEO personality dimensions on general health, quality of life and job burnout in a sample of faculty members of Iran University of Medical Sciences.

Methods: In this correlational study, data were collected by convenience sampling using General Health Questionnaire (GHQ), WHO Quality of Life- Brief (WHOQOL-BREF), Maslach Burnout Inventory (MBI) and NEO-FFI. In order to analyze the data, statistical indices, including mean, standard deviation and Pearson correlation coefficient were used.

Results: The results showed a significant correlation between personality dimensions, including neuroticism, extraversion, conscientiousness and agreeableness with any public health variables (correlation coefficients 0.435, 0.533, 0.334, 0.0) and quality of life (correlation coefficients 0.294, 0.438, 0.312, 0.0) and burnout (correlation coefficients 0.259, 0.351, -0.302, -0.299, 0.0), respectively in the Department of Surgery, but openness to experience had no significant correlation with any of the above-mentioned variables. Also, there was a significant relationship between the three variables of public health, quality of life with burnout.

Conclusions: According to the findings, it can be concluded that in the participants of this study, increase of neuroticism scores was associated with decreased general health and quality of life scores and increased job burnout. Further, increased extroversion scores were associated with increase in general health and quality of life and decrease in job burnout scores.

Keywords: Personality; General Health; Quality of Life; Job Burnout.

بررسی صفات شخصیتی و ارتباط آن با سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی در اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

آرزو صمدی بیله سوار^۱؛ شبلم نوحه سرا^۱؛ محمدرضا نجارزادگان^۱؛ پرویز مولایی^۲؛ کاوه علوی^۱؛ امیرحسین جلالی ندوشن^{۱*}

۱. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول: تلفاکس: ۰۲۱۶۶۵۵۱۶۱۶ پست الکترونیک: drjalali57@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: هدف کلی پژوهش حاضر، بررسی ارتباط ابعاد شخصیتی نئو بر متغیرهای سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی در یک نمونه از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود.

روش کار: این پژوهش از نوع همبستگی می باشد. داده های به دست آمده با روش نمونه گیری در دسترس و با استفاده از پرسشنامه های سلامت عمومی (GHQ)، کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)، فرسودگی شغلی (MBI) و فرم کوتاه نئو (NEO-FFI) گردآوری شدند. جامعه آماری این پژوهش کلیه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ بودند. شرط ورود به پژوهش داشتن حداقل یک سال سابقه کار به عنوان هیات علمی در دانشگاه علوم پزشکی ایران در نظر گرفته شده بود. نمونه نهایی مورد پژوهش به ۲۳۱ آزمودنی تقلیل یافت که از این تعداد ۱۴۲ آزمودنی جزو گروه جراح و ۱۰۱ آزمودنی جزو گروه غیرجراح بودند. برای تحلیل داده ها از شاخص ها و روش های آماری شامل میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد در گروه جراحان ابعاد شخصیت روان رنجوری، برون گرایی، وظیفه شناسی و موافقت با هر متغیر سلامت عمومی (ضریب همبستگی به ترتیب $-.0435$ ، 0.0533 ، $0.0513/334$)، کیفیت زندگی (ضریب همبستگی به ترتیب $-.0294$ ، 0.0438 ، $0.0459/312$) و فرسودگی شغلی (ضریب همبستگی به ترتیب 0.0259 ، $-.0351$ ، $-.0302$ ، $-.0299$) رابطه معنادار دارد؛ ولی بعد گشودگی به تجربه با هیچ یک از متغیرهای نامبرده رابطه معنادار ندارد. همچنین، میان این سه متغیر یعنی سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی رابطه معنادار وجود دارد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که در آزمودنی های مورد پژوهش، افزایش نمرات در بعد روان رنجوری با کاهش نمرات در سلامت عمومی و کیفیت زندگی و بالعکس افزایش نمرات در فرسودگی شغلی همراه است و نیز افزایش نمرات در بعد برون گرایی با افزایش نمرات در سلامت عمومی و کیفیت زندگی و بالعکس کاهش نمرات در فرسودگی شغلی همراه است.

واژه های کلیدی: شخصیت، سلامت عمومی، کیفیت زندگی، فرسودگی شغلی

پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۱۸

دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۳۱

سلامت عمومی و عوامل شخصیتی و روان شناختی را نشان می دهد [۱]. بسیاری از محققان بر این عقیده اند که مدل پنج عاملی شخصیت می تواند دانش ما را درباره سلامتی افزایش دهد و هر یک از پنج عامل

مقدمه
سلامتی مسئله ای است که امروزه پژوهش های زیادی را به خود اختصاص داده است؛ به طوری که مطالعات انجام شده در سال های اخیر، رابطه تنگاتنگی بین

اصلی روان رنجورخویی^۱، برون گرایی^۲، گشودگی^۳، موافقت^۴ و وظیفه شناسی^۵ می‌توانند هم به فرد و هم به گروه در رسیدن به نیازهای اساسی‌شان کمک کنند [۲]. بر اساس دیدگاه تعادل‌جویی پویا و تحقیقات انجام شده، شخصیت در سلامت روان شناختی نقش مهمی دارد. بر این اساس، زمانی که افراد به وسیله وقایع مثبت یا منفی زندگی دچار تغییراتی در سطح سلامت می‌شوند، صفات شخصیتی به آن‌ها کمک می‌کند تا به خط پایه قبل از واقعه فشارزا برگردند [۴،۳]. از طرف دیگر، پیشرفت‌های عمده در بهداشت عمومی و طب پیشگیری موجب بازنگری‌هایی در تعریف سلامت عمومی شده است که شاید مهم‌ترین آن‌ها به‌کار بردن مفهوم کیفیت زندگی باشد. کیفیت زندگی عبارت از برداشت و درک فرد از وضعیت زندگی خود است که در ارتباط با عوامل فرهنگی، اهداف، عقاید و باورهای او تعیین می‌شود [۵]. شخصیت یکی از عوامل مهمی است که می‌تواند در کیفیت زندگی نقش داشته باشد. در واقع، شخصیت با موقعیت‌ها تعامل می‌کند و این تعامل دوسویه روی تجربه ذهنی موقعیت (کیفیت زندگی) اثر دارد [۶]. در مطالعه‌ای که بر روی یک نمونه از دانشجویان رشته پزشکی انجام گرفت، صفات روان رنجورخویی، موافقت و وظیفه شناسی بیشترین سهم را در تبیین کیفیت زندگی داشتند که از میان آن‌ها، روان رنجورخویی بیشترین رابطه منفی را با کیفیت زندگی داشت [۷]. بر طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی مطلوب باید چند ویژگی فیزیکی، عاطفی- روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را در برگیرد [۸]. بنابراین، یکی دیگر از عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی، شغل است. نتایج یک پژوهش نشان داد میان کیفیت زندگی، استرس شغلی و فرسودگی^۶ رابطه معناداری وجود دارد [۹]. در

پژوهش دیگری بین کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی در میان معلمان، رابطه منفی معناداری گزارش شد [۱۰]. اصطلاح سندرم فرسودگی شغلی دارای سه بعد اساسی فرسودگی عاطفی^۷ [۸]، مسخ شخصیت^۸ و عدم موفقیت فردی^۹ است که اولین بار توسط یک روانپزشک آلمانی به نام فریدنبرگ^{۱۰} در سال ۱۹۷۹ وارد حوزه روانشناسی بالینی شد [۱۱]. در یک تحقیق با عنوان سرسختی شخصیتی، درگیری شغلی و فرسودگی شغلی در میان مدرسان دانشگاه، مشخص شد که ابعاد شخصیت و درگیری شغلی باعث فرسودگی در آن‌ها می‌شود [۱۲]. نتایج یک پژوهش تحت عنوان فرسودگی شغلی و شخصیت بر روی ۵۶۲ نفر از اساتید دانشگاه‌های آمریکا نشان داد که بعد فرسودگی عاطفی با صفت برون گرایی ارتباط منفی و با صفات روان رنجوری و گشودگی ارتباط مثبتی دارد. بعد مسخ شخصیت با صفت روان رنجوری ارتباط مثبت و با صفات وظیفه شناسی و موافقت ارتباط منفی دارد و بعد عدم موفقیت فردی با صفت روان رنجوری ارتباط مثبت و با صفات برون گرایی، وظیفه شناسی و موافقت ارتباط منفی معنادار دارد [۱۳]. در یک مطالعه جامع که بر روی اعضای هیات علمی صورت گرفت، حدود ۰/۰۲ آنها فرسودگی شغلی بالایی را گزارش کردند [۱۴]. از آنجا که مساله فرسودگی شغلی در دانشگاه‌ها بخصوص در میان اعضای هیئت علمی از چندین جنبه مختلف از جمله متغیرهای جمعیت شناختی، سلامت و بهداشت روانی، ویژگی‌های شخصیتی و مدیریتی مورد بررسی قرار گرفته است، ولی مطالعه‌ای که بتواند ارتباط بین سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی و تاثیر ابعاد شخصیتی بر هر یک از آنها را به طور همزمان واکاوی کند، یافت نشد؛ لذا در پژوهش حاضر ارتباط ابعاد شخصیتی بر سلامت عمومی، کیفیت

¹ Neuroticism² Extraversion³ Openness⁴ Agreeableness⁵ Conscientiousness⁶ Burnout⁷ Emotional Exhaustion⁸ Depersonalization⁹ Reduced Personal Accomplishment¹⁰ Freudenberg

این افراد درخواست می‌شد تا به تمام سوالات پاسخ دهند و ترجیحاً تمام پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ)

این پرسشنامه به وسیله گلدبرگ و هیلر^۲ تدوین شده است و به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان گسیخته و نیز در جمعیت‌های سالم برای تشخیص اختلالات روانی خفیف استفاده می‌شود. فرم ۲۸ آیتمی پرسشنامه سلامت عمومی که در پژوهش حاضر نیز مورد استفاده قرار گرفته است، دارای ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی (از سوال ۱ تا ۷)، اضطراب (از سوال ۸ تا ۱۴)، اختلال در کارکرد جسمانی (از سوال ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی (از سوال ۲۲ تا ۲۸) می‌باشد. در ایران ابراهیمی و همکاران ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه سلامت عمومی را بررسی کردند و به چهار عامل که سه عامل اول بیشترین مقدار واریانس را تبیین می‌نمود با نقطه برش بالینی، حساسیت، ویژگی و خطای کلی طبقه بندی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۹۹ و ۰/۱۰ به دست آوردند. در پژوهش آن‌ها ضریب روایی ملاکی ۰/۷۸، ضریب پایایی تنصیف ۰/۹۰، آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و بهترین نقطه برش بالینی ۲۴ بود که از نظر روان سنجی شاخص‌های بالایی است [۱۵].

پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه^۳ (WHOQOL-BREF)

ابزارهای اندازه گیری کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت به دو صورت WHOQOL-BREF و WHOQOL-100 می‌باشند که پرسشنامه FERB-LOQOHW پس از ادغام برخی حیطه‌ها و حذف تعدادی از آیتم‌های LOQOHW-001 ایجاد شد [۱۶]. FERB-LOQOHW به عنوان یک ابزار کامل، یک نسخه ۶۲ آیتمی می باشد و دارای چهار خرده مقیاس سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط

زندگی و فرسودگی شغلی و همچنین رابطه میان هر یک از آن‌ها بررسی می‌شود.

روش کار

جامعه آماری این پژوهش کلیه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۹۴ بودند. معیارهای ورود به پژوهش داشتن حداقل یک سال سابقه کار به عنوان هیات علمی در دانشگاه علوم پزشکی ایران و رضایت به شرکت در مطالعه در نظر گرفته شده بود. همچنین، معیارهای خروج از پژوهش شامل سابقه کاری کمتر از یک سال، عدم تمایل به همکاری، عدم احراز شرایط قابل قبول از نظر بهداشت روانی (برای مثال داشتن نمره بالاتر از نمره برش در پرسشنامه سلامت عمومی) بوده است. جامعه آماری شامل ۱۰۰۰ عضو هیات علمی بود و کل نمونه‌های مورد پژوهش شامل دویست و پنجاه استاد (۱۳۴ مرد و ۱۱۶ زن) از رشته‌های مختلف پزشکی به صورت تصادفی و داوطلبانه انتخاب شد. حجم نمونه بر اساس جدول کرجسی و مورگان تعیین شد و متناسب با تعداد اعضا هر گروه، حجم نمونه در هر زیر گروه مشخص گردید. با توجه به احتمال ریزش نمونه یا عدم تکمیل تمام پرسشنامه‌ها، به حجم نمونه تعیین شده ۲۵٪ افزوده شد و در مجموع تعداد ۲۵۰ نفر تعیین گردید. از میان این ۲۵۰ نفر، تعداد ۱۹ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها از تحلیل آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب، نمونه نهایی مورد پژوهش به ۲۳۱ آزمودنی تقلیل یافت که از این تعداد ۱۴۲ آزمودنی جزو گروه جراح و ۱۰۱ آزمودنی جزو گروه غیرجراح بودند. روش جمع آوری داده‌ها به این صورت بود که با مراجعه به محل کار پزشکان منتخب، پرسشنامه‌ای زمینه‌ای، سلامت عمومی، کیفیت زندگی، فرسودگی شغلی ماسلاچ و ابعاد شخصیتی به آنها داده می‌شد. پزشکان فرصت داشتند تا ظرف ۷۲ ساعت و در هر زمان که مناسب دیدند، پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. از

¹ General Health Questionnaire

² Goldberg & Hiller

³ Quality of Life Questionnaire

اجتماعی و سلامت محیط است. هر یک از خرده مقیاسها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ آیت می‌باشند. در ضمن ۲ سوال اول پرسشنامه به هیچ یک از خرده مقیاسها تعلق نداشته و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر یک از خرده مقیاسها امتیازی معادل ۴ تا ۰۲ برای آنها به دست می‌آید که امتیاز ۴ نشانه بدترین وضعیت کیفیت زندگی و امتیاز ۰۲ نشانه بهترین وضعیت در آن خرده مقیاس می باشد. در مطالعه‌ای که در برزیل انجام شد آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۴۸ و برای خرده مقیاس های ذکر شده به ترتیب: ۰/۱۸، ۰/۵۸، ۰/۶۷ و ۰/۹۷ بود [۱۶]. در ایران این پرسشنامه را نصیری، هاشمی و حسینی به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده اند. در مطالعه آنها ضریب آلفای کرونباخ نمره کل پرسشنامه ۰/۴۸ به دست آمد [۱۷].

پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ^۱ (MBI)

پرسشنامه فرسودگی شغلی به عنوان یک وسیله سنجش استاندارد طلایی برای اندازه گیری میزان فرسودگی شغلی شناخته شده است و شامل ۳ خرده مقیاس خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کفایت شخصی می باشد [۱۸]. این پرسشنامه به صورت مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شود. نقاط برش در ۳ خرده مقیاس به این صورت می‌باشد: در بعد خستگی هیجانی نمره ۷۲ و بالاتر سطح شدید، نمرات ۷۱ تا ۶۲ سطح متوسط و نمره ۶۱ و کمتر سطح پایین؛ در بعد مسخ شخصیت نمره ۳۱ و بالاتر سطح شدید، نمرات ۷ تا ۲۱ سطح متوسط و نمره ۶ و کمتر سطح خفیف؛ در بعد کفایت اجتماعی نمره ۹۳ و بالاتر سطح شدید، نمرات ۲۳ تا ۸۳ سطح متوسط و نمره ۱۳ و کمتر سطح پایین را نشان می‌دهند. به طور کلی، امتیاز بالای دو بعد خستگی هیجانی و مسخ شخصیت یا امتیاز پایین بعد کفایت شخصی، سطوح

بالای فرسودگی را نشان می‌دهد [۱۹]. شیوه پاسخدهی افراد به هر یک از گویه‌های پرسشنامه از دو دستورالعمل شدت و فراوانی پیروی می‌کند. در دستورالعمل فراوانی، تعداد دفعات و در دستورالعمل شدت، میزان شدتی که فرسودگی شغلی در هر سه خرده مقیاس توسط افراد تجربه شده است، سنجیده می‌شود. بر اساس گزارش ماسلاچ و جکسون [۱۸]، پاسخ افراد بر طبق شیوه فراوانی و شدت از همبستگی بالایی برخوردار است؛ با این حال، کاربرد دستور فراوانی را پیشنهاد می‌کنند.

آلفای کرونباخ هر ۳ خرده مقیاس در مطالعه اصلی که توسط ماسلاچ و جکسون بر روی ۱۱۰۰۰ نفر انجام شد، بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۰ بوده و در نتیجه همبستگی درونی آن در حد قابل قبولی می باشد. همچنین، آن‌ها با انجام پژوهش‌های متعددی، روایی بالای این ابزار را نشان دادند [۱۸]. در مطالعه مهربانی زاده و همکاران ضریب روایی (روایی ملاک) پرسشنامه از طریق همبسته کردن مجموع نمرات آن با نمره مربوط به یک سوال کلی در مورد میزان فرسودگی شغلی (سوال ملاک) محاسبه شده است که مقدار آن ۰/۶۵ و در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بود. همچنین در مطالعه آنها پایایی با روش آلفای کرونباخ برای هر سه خرده مقیاس به ترتیب: ۰/۹۳، ۰/۸۴ و ۰/۹۲ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است [۲۰].

پرسشنامه فرم کوتاه پنج عامل بزرگ شخصیت^۲ (NEO-FFI)

این پرسشنامه شامل ۶۰ سوال است که بر اساس تحلیل عاملی نمرات NEO-PI به دست آمده است و پنج عامل اصلی شخصیت یعنی روان رنجوری (N)، برون گرایی (E)، گشودگی (O)، موافقت (A) و با وجدان بودن (C) را ارزیابی می‌کند. شیوه نمره گذاری سوالات به صورت لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) می‌باشد. برخی سوالات به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. هر

^۱ Maslach Burnout Inventory

^۲ NEO - Five Factor Inventory

آمار استنباطی با آزمون همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

آزمودنی‌های پژوهش حاضر با میانگین سنی (۱۵/۲) و انحراف معیار (۹/۳) از بین دانشکده‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی ایران انتخاب شدند. نمونه گیری صرفاً به صورت در دسترس انجام گردید. همچنین، اطلاعات توصیفی متغیرهای مورد پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار در جدول ۱ به تفکیک در هر سه گروه آزمودنی ارائه شده است.

یک از عوامل ۲۱ سوال را پوشش می‌دهند که در کل آزمودنی در هر مقیاس نمره‌ای از ۰ تا ۸۴ کسب می‌کند. برناردو و همکاران همبستگی بین ابعاد اصلی را در دو فرم کوتاه و بلند، بین ۰/۷۸ تا ۰/۳۹ گزارش کردند [۲۱]. پرسشنامه IFF-OEN در ایران توسط گروهی هنجاریابی شده است. اعتبار این ابزار با استفاده از روش آزمون- باز آزمون در مورد ۸۰۲ نفر از دانشجویان به فاصله ۳ ماه برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب: ۰/۳۸، ۰/۵۷، ۰/۰۸، ۰/۹۷ و ۰/۹۷ به دست آمده است [۲۲]. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-91 در سطح آمار توصیفی شامل انحراف استاندارد و میانگین و در سطح

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه جراح و غیرجراح

گروه مورد مطالعه	متغیر مورد بررسی	تعداد	میانگین	انحراف معیار
گروه جراح	سلامت عمومی	۱۴۲	۱۹/۹۱	۷/۷۶
	کیفیت زندگی	۱۴۲	۶۲/۸۶	۱۴/۴۰
	فرسودگی شغلی	۱۴۲	۱۱/۴۰	۲/۵۷
	روان رنجوری	۱۴۲	۲۶/۷۷	۶/۴۴
	برون گرایی	۱۴۲	۲۲/۹۰	۵/۹۶
	گشودگی به تجربه	۱۴۲	۲۲/۶۱	۴/۲۹
	موافقت	۱۴۲	۱۷/۸۷	۴/۹۰
	وظیفه شناسی	۱۴۲	۱۵/۱۵	۳/۸۶
	گروه غیر جراح	سلامت عمومی	۱۰۱	۱۸/۸۸
کیفیت زندگی		۱۰۱	۶۱/۷۲	۱۷/۴۸
فرسودگی شغلی		۱۰۱	۱۱/۷۷	۳/۱۲
روان رنجوری		۱۰۱	۲۷/۱۶	۵/۲۷
برون گرایی		۱۰۱	۲۱/۷۰	۶/۵۹
گشودگی به تجربه		۱۰۱	۲۳/۳۳	۴/۷۶
موافقت		۱۰۱	۱۶/۰۸	۴/۱۰
وظیفه شناسی		۱۰۱	۱۴/۷۴	۴/۳۶
کل		سلامت عمومی	۲۴۳	۱۹/۵۹
	کیفیت زندگی	۲۴۳	۶۲/۷۴	۱۵/۴۹
	فرسودگی شغلی	۲۴۳	۱۱/۵۳	۲/۷۷
	روان رنجوری	۲۴۳	۲۶/۹۰	۶/۰۵
	برون گرایی	۲۴۳	۲۲/۵۲	۶/۱۹
	گشودگی به تجربه	۲۴۳	۲۲/۸۶	۴/۴۶
	موافقت	۲۴۳	۱۷/۲۵	۴/۷۱
	وظیفه شناسی	۲۴۳	۱۵/۰۱	۴/۰۳

جهت بررسی ارتباط متغیرهای پژوهش، از روش همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج حاصل در

جدول ۲ تا ۴ آورده شده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در گروه جراح

گروه جراح	سلامت عمومی	کیفیت زندگی	فرسودگی شغلی	روان رنجوری	برون گرایی	گشودگی به تجربه	توافق پذیری	وظیفه شناسی
سلامت عمومی	۱	۰/۸۵۲**	-۰/۶۴۶**	-۰/۴۳۵**	-۰/۵۳۳**	۰/۱۸۱	۰/۵۱۳**	-۰/۳۳۴**
کیفیت زندگی	۰/۸۵۲**	۱	-۰/۸۰۱**	-۰/۲۹۴*	-۰/۴۳۸**	۰/۱۸۲	۰/۴۵۹**	۰/۳۱۲*
فرسودگی شغلی	-۰/۶۴۶**	-۰/۸۰۱**	۱	۰/۲۵۹*	-۰/۳۵۱**	-۰/۱۵۸	-۰/۲۹۹*	-۰/۳۰۲*
روان رنجوری	-۰/۴۳۵**	-۰/۲۹۴*	۰/۲۵۹*	۱	-۰/۳۶۸**	-۰/۶۰	-۰/۳۶۷**	-۰/۳۸۰**
برون گرایی	۰/۵۳۳**	-۰/۴۳۸**	-۰/۳۵۱**	-۰/۳۶۸**	۱	۰/۳۲۶**	۰/۵۶۰**	-۰/۴۲۵**
گشودگی به تجربه	۰/۱۸۱	۰/۱۸۲	-۰/۱۵۸	-۰/۶۰	۰/۳۲۶**	۱	۰/۲۹۵*	۰/۳۴۴**
توافق پذیری	۰/۵۱۳**	۰/۴۵۹**	-۰/۲۹۹*	-۰/۳۶۷**	۰/۵۶۰**	۰/۲۹۵*	۱	۰/۵۲۹**
وظیفه شناسی	-۰/۳۳۴**	۰/۳۱۲*	-۰/۳۰۲*	-۰/۳۸۰**	-۰/۴۲۵**	۰/۳۴۴**	۰/۵۲۹**	۱

** معناداری در سطح ۰/۰۱

* معناداری در سطح ۰/۰۵

هیچ یک از متغیرهای نامبرده رابطه معنادار ندارد. همچنین، میان این سه متغیر یعنی سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی رابطه معنادار وجود دارد.

نتایج ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه جراح، ابعاد شخصیت روان رنجوری، برون گرایی، وظیفه شناسی و موافقت با هر سه متغیر سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی رابطه معنادار دارد؛ ولی بعد گشودگی به تجربه با

جدول ۳. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در گروه غیر جراح

گروه غیر جراح	سلامت عمومی	کیفیت زندگی	فرسودگی شغلی	روان رنجوری	برون گرایی	گشودگی به تجربه	توافق پذیری	وظیفه شناسی
سلامت عمومی	۱	۰/۶۲۵**	-۰/۴۹۵**	-۰/۳۳۳**	-۰/۵۰۱**	-۰/۳۸	۰/۳۳۷**	۰/۵۷
کیفیت زندگی	۰/۶۲۵**	۱	-۰/۶۵۱**	-۰/۱۶۰	-۰/۳۴۴**	۰/۵۶	۰/۷۶	۰/۶۸
فرسودگی	-۰/۴۹۵**	-۰/۶۵۱**	۱	۰/۱۲۸	-۰/۴۴۳**	-۰/۹۰	-۰/۱۶۵	-۰/۳۵
روان رنجوری	-۰/۳۳۳**	-۰/۱۶۰	۰/۱۲۸	۱	۰/۵۲	۰/۲۴۰**	-۰/۳۶۷**	-۰/۳۴۰**
برون گرایی	۰/۵۰۱**	۰/۳۴۴**	-۰/۴۴۳**	۰/۵۲	۱	۰/۲۵۹**	۰/۳۲۷**	۰/۹۸
گشودگی به تجربه	-۰/۳۸	۰/۵۶	-۰/۹۰	۰/۲۴۰**	۰/۲۵۹**	۱	-۰/۶۳	۰/۹۳
توافق پذیری	۰/۳۳۷**	۰/۷۶	-۰/۱۶۵	-۰/۳۶۷**	۰/۳۲۷**	-۰/۶۳	۱	-۰/۴۰۷**
وظیفه شناسی	۰/۵۷	۰/۶۸	-۰/۳۵	-۰/۳۴۰**	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۴۰۷**	۱

** معناداری در سطح ۰/۰۱

* معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج ارائه شده در جدول فوق نشان می‌دهد که در گروه غیر جراح، ابعاد روان رنجوری، برون گرایی و موافقت با سلامت عمومی رابطه معنادار دارد؛ اما در رابطه میان این ابعاد با کیفیت زندگی و فرسودگی

شغلی، تنها بعد برون گرایی با آنها رابطه معنادار دارد. همچنین، همانند نتایج حاصل در گروه جراح، میان هر سه متغیر یعنی سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی رابطه معنادار وجود دارد.

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در کل گروه نمونه

کل	سلامت عمومی	کیفیت زندگی	فرسودگی شغلی	روان رنجوری	برون گرایی	گشودگی به تجربه	توافق پذیری	وظیفه شناسی
سلامت عمومی	۱	۰/۷۰۹**	-۰/۵۵۱**	-۰/۳۶۳**	۰/۵۱۴**	۰/۳۶	۰/۳۹۲**	۰/۱۶۱*
کیفیت زندگی	۰/۷۰۹**	۱	-۰/۷۱۶**	-۰/۲۰۳**	۰/۳۸۴**	۰/۱۰۵	۰/۲۰۸**	۰/۱۷۱*
فرسودگی شغلی	-۰/۵۵۱**	-۰/۷۱۶**	۱	۰/۱۷۱*	-۰/۴۰۸**	-۰/۱۱۲	-۰/۲۱۵**	-۰/۱۴۸*
روان رنجوری	-۰/۳۶۳**	-۰/۲۰۳**	۰/۱۷۱*	۱	-۰/۸۴	۰/۱۴۵	-۰/۳۶۷**	-۰/۳۵۰**
برون گرایی	۰/۵۱۴**	۰/۳۸۴**	-۰/۴۰۸**	-۰/۸۴	۱	۰/۲۷۶**	۰/۴۰۷**	۰/۲۳۰**
گشودگی به تجربه	۰/۳۶	۰/۱۰۵	-۰/۱۱۲	۰/۱۴۵	۰/۲۷۶**	۱	۰/۳۸	۰/۱۸۷*
توافق پذیری	۰/۳۹۲**	۰/۲۰۸**	-۰/۲۱۵**	-۰/۳۶۷**	۰/۴۰۷**	۰/۳۸	۱	۰/۴۴۴**
وظیفه شناسی	۰/۱۶۱*	۰/۱۷۱*	-۰/۱۴۸*	-۰/۳۵۰**	۰/۲۳۰**	۰/۱۸۷*	۰/۴۴۴**	۱

**معناداری در سطح ۰/۰۱

*معناداری در سطح ۰/۰۵

نتایج ارائه شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که در کل گروه نمونه، ابعاد شخصیت روان رنجوری، برون گرایی، وظیفه شناسی و موافقت با هر سه متغیر سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی رابطه معنادار دارد؛ ولی بعد گشودگی به تجربه با هیچ یک از متغیرهای نامبرده رابطه معنادار ندارد. با توجه به نتایج جداول همبستگی ۴، میان هر یک از متغیرهای سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی، در هر سه گروه جراح، غیر جراح و کل گروه نمونه، رابطه معناداری وجود دارد. در نتیجه، فرضیه چهارم پژوهش تایید می‌گردد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط ابعاد شخصیتی نئو بر متغیرهای سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی و همچنین، واکاوی رابطه میان هر یک از متغیرهای نامبرده در یک نمونه از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام گرفت.

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که از میان ابعاد شخصیت تنها دو بعد روان رنجوری و برون گرایی بر این متغیرها اثر دارند. به این ترتیب که، بعد روان رنجوری بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی اثر منفی و بعد برون گرایی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی اثر مثبت و بر فرسودگی شغلی اثر منفی دارد. همچنین، در پاسخ به سوال پژوهش، یعنی تاثیر عوامل پنج گانه شخصیت بر متغیرهای سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی، آزمودنی‌ها به دو گروه جراح و غیر جراح تقسیم شدند و تحلیل‌های آماری در هر دو گروه انجام و نتایج آن با هم مقایسه شد که حاکی از برخی تفاوت‌ها در بین دو گروه می‌باشد. به عبارتی، در گروه جراح، بعد روان رنجوری بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی اثر منفی و بر فرسودگی شغلی اثر مثبت دارد؛ در حالی که در گروه غیر جراح این بعد تنها بر سلامت عمومی اثر منفی دارد. همچنین، در گروه جراح، بعد برون گرایی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی اثر مثبت و بر فرسودگی

شغلی اثر منفی دارد؛ ولی در گروه غیرجراح، این بعد تنها بر سلامت و کیفیت اثر مثبت دارد. بررسی شواهد فوق نشان می‌دهد که هر دو بعد روان رنجوری و برون‌گرایی تنها بر فرسودگی شغلی در گروه جراح تاثیر دارد که این نتیجه می‌تواند ناشی از حساسیت شغلی این گروه باشد. در واقع، پزشکان جراح ممکن است بیشترین ساعات کاری خود را در اتاق عمل سپری کنند و همین امر فشار کاری زیادی به آن‌ها وارد می‌کند که در درازمدت می‌تواند موجب فرسودگی شغلی در این افراد گردد. چنانچه، نتایج یک مطالعه حاکی از آن بود که نمرات فرسودگی شغلی در دستیاران جراح بیشتر از دستیاران داخلی است؛ هر چند که این رابطه معنادار نبود و نیز نمونه مورد پژوهش، دستیاران جراح و غیرجراح بودند [۲۳].

همچنین، این تفاوت ممکن است ناشی از تفاوت در تعداد آزمودنی‌های دو گروه باشد (۱۴۲ آزمودنی جراح و ۱۰۱ آزمودنی غیرجراح). همانطور که می‌دانیم، هر چه تعداد آزمودنی‌های پژوهش بیشتر باشد، امکان معناداری نتایج نیز بیشتر می‌شود. طبق بررسی‌های به‌عمل آمده، تاکنون پژوهشی در این حوزه از پژوهش (یعنی تفاوت متغیرهای مورد پژوهش در دو گروه جراح و غیرجراح) صورت نگرفته است که می‌تواند نشانه جنبه نوآورانه و خلاق پژوهش حاضر باشد.

بنا به اطلاعات در دسترس، تاکنون پژوهشی که به‌طور همزمان رابطه هر سه متغیر سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی را با ابعاد شخصیت بررسی کند، یافت نشده است. اما در پژوهش‌های متعددی ارتباط هر یک از ابعاد شخصیتی با متغیرهای نامبرده را به‌طور مجزا بررسی کرده‌اند که در ادامه بحث به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. مطابق با یافته‌های حاصل از این پژوهش، بعد روان رنجوری در دو گروه کل و جراح بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی اثر منفی و در گروه غیرجراح تنها بر سلامت

عمومی اثر منفی دارد. همین‌طور، این بعد شخصیت تنها در گروه جراح بر فرسودگی شغلی اثر مثبت دارد. بعد برون‌گرایی نیز در دو گروه کل و جراح بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی اثر مثبت و بر فرسودگی شغلی اثر منفی دارد؛ ولی در گروه غیرجراح تنها بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی اثر مثبت دارد. بر اساس این یافته‌ها، به نتایج برخی از پژوهش‌ها که در برخی ابعاد شخصیت با نتایج حاصل همسو است، اشاره می‌شود: معناداری رابطه میان ابعاد شخصیت با سلامت عمومی [۳۴-۲۴]، ابعاد شخصیت با کیفیت زندگی [۳۶، ۳۵] و ابعاد شخصیت با فرسودگی شغلی [۴۱-۳۷]. در زیر این نتایج به تفصیل مورد واکاوی قرار می‌گیرد:

با توجه به این نکته که مولفه‌های بعد روان‌رنجوری در مدل پنج‌عاملی شخصیت عبارتند از: اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، خودنگرانی، تکانشوری و آسیب‌پذیری، ارتباط منفی این بعد شخصیت با سلامت عمومی و کیفیت زندگی و نیز رابطه مثبت آن با فرسودگی شغلی، منطقی خواهد بود [۴۲]. به‌عقیده بولگر^۱ و همکاران این افراد از شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد مانند تفکر آرزومندانه و خودسرزنش‌گری استفاده می‌کنند که در کاهش استرس فرد موثر نیستند [۲۴]. از آنجا که هیجانات منفی در سازگاری فرد با محیط اثر ناخوشایندی می‌گذارد، افرادی که نمره بالایی در بعد روان‌رنجوری به‌دست می‌آورند، احتمال بیشتری دارد که دچار باورهای غلط و غیرمنطقی شوند. این افراد کنترل کمی بر تکانه‌های خود دارند و از درجه سازگاری پایین‌تری در روابط با دیگران و نیز با محیط خود برخوردارند و قادر به مدیریت کردن زمان و استرس نیستند، از این رو، از استعداد بیشتری برای ابتلا به انواع اختلالات جسمی و بیماری‌های روانی برخوردارند که این مسئله خود موجب افت سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. از طرفی، با توجه به

^۱ Bolger

منفی خود را بیان می‌کنند و به همین دلیل نمرات پایین‌تری در سلامت کسب می‌کنند [۴۴]. به طور کلی، پژوهشگران دریافته‌اند که هرچه تماس‌های اجتماعی و پیوندهای گروهی افراد بیشتر باشد، عمر آن‌ها طولانی‌تر خواهد بود.

همچنین، در این پژوهش هیچ رابطه معناداری میان بعد گشودگی به تجربه و فرسودگی شغلی مشاهده نشد. چنانچه باکر و همکاران نیز در تحقیق خود با عنوان ارتباط بین پنج بعد شخصیت و فرسودگی شغلی که در مورد ۸۰ نفر از مراقبان بیماران سخت علاج صورت گرفته بود، به نتایج مشابهی رسیدند [۴۵]. همانطور که پیشتر به آن اشاره گردید، از لحاظ نظری افراد گشوده، انسان‌هایی کنجکاو هستند و زندگی آن‌ها سرشار از تجربه است. این افراد طالب لذت بردن از نظریه‌های جدید و ارزش‌های غیر متعارف هستند و در مقایسه با افراد بسته، احساسات مثبت و منفی فراوانی دارند. به نظر می‌رسد میزان فرسودگی شغلی چنین افرادی به نوع کار بستگی دارد. احتمالا این افراد در مشاغلی مانند خبرنگاری و نویسندگی که تنوع موضوع دارد، فرسودگی کمتری را تجربه می‌نمایند اما در مشاغلی که مجبور هستند کار یکنواختی را به مدت طولانی انجام دهند، میزان فرسودگی آن‌ها بیشتر خواهد بود. در این صورت، تفاوت نتایج در تحقیقات مختلف امری طبیعی به نظر می‌رسد.

از آنجا که مولفه‌های بعد وظیفه‌شناسی عبارتند از: شایستگی، نظم و ترتیب، فرمان برداری، پیشرفت طلبی، خود نظم‌دهی و حساسگری [۴۲]، به نظر می‌رسد که بالا بودن این خصوصیات باعث افزایش سلامتی و کیفیت زندگی در افراد شود. بررسی‌های طولی پیرامون بعد وظیفه‌شناسی، حاکی از آن است که اشخاصی که در کودکی نمره بالایی در این بعد کسب کردند از اشخاصی که نمره پایینی گرفتند، از نظر جسمانی سالم‌تر بوده، کیفیت زندگی بهتری داشته و بیشتر زنده می‌مانند [۴۶]. دینیو و کوپر نیز

موقعیت شغلی ویژه اعضای هیات علمی که با عوامل فشارزای فراوانی همراه می‌باشد، رابطه مثبت این بعد شخصیت و فرسودگی شغلی قابل تبیین است. با توجه به اینکه افراد روان رنجور تمایل به تجربه اضطراب، تنش، خودخوری، خصومت، کمرویی، افسردگی و نیز عزت نفس پایین دارند و با توجه به عوامل استرس‌زا در محیط کلاس از جمله نظارت مسئولان بر شیوه تدریس و نظایر آن، آمادگی بیشتری برای ابتلا به فرسودگی شغلی ایجاد می‌شود. این افراد مستعد دریافت عواطف منفی هستند، از ثبات و پایداری لازم برخوردار نیستند و آن‌قدر درگیر مسائل ذهنی خویش هستند که از رویدادها و محرک‌های محیط خود غافل می‌شوند و این بی‌توجهی باعث می‌شود انتظارات سازمان خود را برآورده نسازند و در کار خود احساس ناکامی کنند. همانطور که ماسلاچ و جکسون مطرح می‌کنند، برخی ویژگی‌ها مانند اعتماد به نفس پایین، تکانشی بودن و ناشکیبایی از جمله خصوصیات است که احتمال فرسودگی شغلی را افزایش می‌دهند [۴۱]. افراد روان رنجور معمولا در محیط کار حال و هوای منفی و نسبت به کار نیز نگرش منفی دارند که این ویژگی‌ها تحمل محیط کار را دشوار می‌سازد و فرد روان رنجور تحلیل رفتگی شغلی بیشتری را تجربه می‌کند. مولفه‌های برون‌گرایی در مدل پنج عاملی شخصیت عبارتند از: مهربانی، جمع‌گرایی، قاطعیت، فعالیت، تهییج طلبی و هیجانان مثبت [۴۲]. به عقیده کاستا و مک کری برون‌گراها جامعه‌گرا، فعال، سرخوش، پرانرژی، خوش‌بین و با جرات بوده و تمایل زیادی به دوست داشتن مردم دارند و به همین دلیل از شبکه حمایت اجتماعی قوی‌تری برخوردارند، دوستان بیشتری دارند، محبوب دیگران هستند و در نتیجه در مواجه شدن با مشکلات روزمره زندگی، احساس امنیت بیشتری می‌کنند. در حقیقت، افراد درون‌گرا به دلیل داشتن ویژگی فقدان بیان و یا ضعف در این زمینه، به مراتب کمتر از برون‌گراها هیجان‌های

معتقد بودند که داشتن تلاش هدفمند در زندگی اهمیت بسیاری در سلامتی و شاد بودن فرد دارد. این پژوهشگران دریافته‌اند، افراد با وظیفه‌شناسی بالا قادر به عملکردی موثر در محیط و جامعه هستند و با تلاش هدفمند می‌توانند به اهدافشان نائل شوند. به بیان دیگر، وصول به اهداف با سلامتی جسمانی و روانی خود موجب تجربه داشتن زندگی با کیفیت بالاتر و بیشتری می‌شود. افراد وظیفه‌شناس تمایل زیادی برای اتمام کار خود به نحو احسن دارند و این امر باعث افزایش شانس آن‌ها برای دریافت پاداش و تایید می‌شود؛ این امر خود موجب افزایش احساس احترام، کمال و عزت نفس و در نهایت بهبود سلامت در آن‌ها می‌شود [۴۲]. در مدل پنج عاملی کاستا و مک کری، وظیفه‌شناسی با صفاتی چون کفایت، تلاش برای موفقیت، نظم و ترتیب، خویشتن داری و احتیاط در تصمیم‌گیری، مشخص می‌شود. افراد با نمره بالا در این بعد بسیار دقیق، خوش‌قول و مطمئن هستند؛ همچنین، نمره بالا در این خرده‌مقیاس با موفقیت شغلی و تحصیلی همراه است. فرد وظیفه‌شناس سختی‌های کار را می‌پذیرد و با برنامه‌ریزی به انجام آن می‌پردازد، در نتیجه بهتر می‌تواند با استرس‌های ناشی از شغل کنار بیاید و کمتر دچار فرسودگی شود [۴۵]. در واقع، وظیفه‌شناسی با صفاتی که می‌تواند نشانگر سلامت روانی باشد، همبستگی دارد مانند: توانایی مقابله ادراک شده، مسئولیت ادراک شده برای کنترل بر تکلیف، هیجان مثبت، همدردی، غرور و امیدواری. وظیفه‌شناسی یک عامل مهم برای پیشبینی رضایت‌مندی از زندگی است و رضایت از زندگی به‌طور مستقیم با کیفیت زندگی در ارتباط است [۴۷].

با توجه به اینکه افراد با ویژگی شخصیتی موافقت نسبت به گذشته، مهربانی، سخاوتمندی، اعتماددورزی، فداکاری، همدلی، فرمانبری و وفاداری تمایل دارند، ارتباط خود را با محیط تحکیم بخشیده و از حمایت لازم برخوردار می‌شوند [۴۲ و ۴۳]. فرد

سازگار اساساً نوع دوست است، با دیگران همدردی می‌کند و مشتاق کمک به آن‌ها می‌باشد و اعتقاد دارد که دیگران نیز با او همین‌گونه هستند. در مقابل، فرد ناسازگار خودمحور است و به قصد و نیت دیگران مضمون بوده و بیشتر اهل رقابت است تا همکاری. مک کری و کاستا بیان داشتند که عامل سازگاری در موقعیت‌های کاری و اجتماعی می‌بایست با تجربه مثبت بیشتری همراه باشد که این یافته در تمام مدل‌های پیشنهادی، سلامت روان را در پی داشته است. در حقیقت، افراد توافق‌پذیر دیدگاه مثبتی از کارشان دارند؛ زیرا حتی با جنبه‌های منفی - محیط کار خود به تفاهم رسیده‌اند. در نتیجه، معتقدند در کار خود صلاحیت و لیاقت دارند که این خود انگیزه کافی و لازم برای موفقیت‌های شغلی آن‌ها فراهم می‌آورد [۴۶]. اما از آنجایی که در پژوهش حاضر بعد موافقت اثری بر سلامت عمومی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی ندارد؛ می‌توان این فرضیه را تایید کرد که نشان دادن رفتارهایی همراه با مهربانی، دوستانه و سازگار در مشاغل پر استرس مانند استادی، ممکن است با سرکوبی احساسات واقعی همراه باشد که با گذشت زمان شکایات جسمی، روانی و عدم رضایت را در پی دارد که به تبع آن نمره سلامت و کیفیت را کاهش و بالعکس، نمره فرسودگی شغلی را افزایش می‌دهد. اخیراً پژوهشگران نشان داده‌اند که بعد توافق‌پذیری ارتباط منفی با موفقیت‌های شغلی و رضایت شغلی دارد؛ زیرا افرادی که در این بعد نمره بالایی کسب می‌کنند، برای سوء استفاده قرار گرفتن توسط دیگران مستعد هستند و به احتمال کمی به دنبال منافع خود می‌باشند [۴۸].

پژوهش حاضر داری محدودیت‌هایی بود که از آن جمله می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس، استفاده از ابزارهای خودگزارشی به منظور گردآوری داده‌ها عدم خویشتن‌نگری کافی افراد هنگام تکمیل آن اشاره نمود. البته در این پژوهش سعی بر آن شد تا با

فرسودگی همخوانی دارد. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که در آزمودنی‌های مورد پژوهش، افزایش نمرات در بعد روان رنجوری با کاهش نمرات در سلامت عمومی و کیفیت زندگی و بالعکس افزایش نمرات در فرسودگی شغلی همراه است و نیز افزایش نمرات در بعد برون گرایی با افزایش نمرات در سلامت عمومی و کیفیت زندگی و بالعکس کاهش نمرات در فرسودگی شغلی همراه است. در نتیجه پیشنهاد می‌شود ترتیبی اتخاذ شود تا سالیانه وضعیت فرسودگی شغلی پزشکان ارزیابی شود و فعالیت‌های لازم جهت کنترل عوامل بروز فرسودگی در دست اقدام قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از زحمات سرکار خانم مریم امینی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی و جناب آقای دکتر احمد قندهاری فلوشیپ جراحی ستون فقرات جهت یاری رساندن در جمع آوری نمونه‌ها و نیز همکاری اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران کمال قدر دانی را بنمایند.

توضیح کافی پیرامون انجام پژوهش و اختصاص زمان کافی جهت تکمیل پرسش نامه‌ها، از احتمال بروز خطا در این زمینه کاسته شود. از طرف دیگر از آنجاییکه نمونه مورد پژوهش محدود به اساتید رشته‌های علوم پزشکی می‌باشد، در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط کرد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی در گروه‌های دیگر انجام گیرد تا بتوان نتایج آن‌ها را با هم مقایسه نمود. همچنین از آنجا که علاوه بر دستاوردهای نظری، یکی از اهداف این تحقیق فراهم آوردن زمینه‌های کاربردی در حوزه نظام آموزشی یا هر حوزه‌ای که افراد در آن با موقعیت‌های تنیدگی‌زا مواجه می‌شوند خواهد بود، بنابراین، پیشنهاد می‌شود نتایج پژوهش حاضر به عنوان یک منبع اطلاعاتی و آماری در جهت برنامه‌ریزی مسئولین دانشگاه که دست اندرکار برنامه‌های بهداشت روان می‌باشند، مورد استفاده و کاربرد قرار گیرد.

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های برخی از پژوهش‌های قبلی در زمینه ارتباط ابعاد شخصیتی نئو بر متغیرهای سلامت عمومی، کیفیت زندگی و

References

- 1- Gallagher P, Wilson N, Edwards R, Cowie R, Baker MG. A pilot study of medical student attitudes to, and use of, commercial movies that address public health issues. *BMC Res Notes*. 2011 Apr;12(4):111-116.
- 2- Zonderman AB, Ejiogu N, Norbec J, Evans MK. The influence of health disparities on targeting cancer prevention efforts. *Am J Prev Med*. 2014 Mar;46(3 Suppl 1):87-97.
- 3- Asghari P, Roshani K, Mehri M. Relationship between religious belief and spiritual welfare in students of Azad University. *New Studies in Psychology*. 2002 Jan; 4(10):27-39. [Full text in Persian]
- 4- Sarason SB. *The psychological sense of community: prospects for a community psychology (Social and Behavioral Science Series)*. 1st ed, Jossey-Bass Publishers: San Francisco, 1974: 54-67.
- 5- Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2003 Aug;10(4):241-8.
- 6- Hayes N, Joseph S. Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Pers Individ Dif*. 2003 Mar;34 (4):723-7.
- 7- Mani A. Relationship between attachment levels and personality types with well-being in Tabriz University students [dissertation]. Tabriz: Tabriz Unive; 2005 [Full text in Persian]
- 8- Abdollahi F, Mohamadpoor A. Survey of geriatric quality of life in city of Sari 2006 [dissertation]. Tehran: Shahid Beheshti Univ; 2007 [Full text in Persian]

- 9- Figueira HA, Giani TS, Beresford H, Ferreira MA, Mello D, Figueira AA, et al. Quality of life (QOL) axiological profile of the elderly population served by the Family Health Program (FHP) in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009Nov-Dec;49(3):368- 372.
- 10- Behrad M, Kalantari M, Molavi H. Education of optimism on general health. *ZJRMS.* 2012; 14 (9) :107-110. [Full text in Persian]
- 11- King CR, Hinds PS. Quality of life: from nursing and patient perspectives: theory, research practice, 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2003:74-92.
- 12- Dubayova T, Nagyova I, Havlikova E, Rosenberger J, Gdovinova Z, Middel B, et al. Neuroticism and extraversion in association with quality of life in patients with Parkinson's disease. *Qual Life Res.* 2009 Feb;18(1):33-42.
- 13- Montagne J, Pizza W, Peters K, Eippert G, Poggiali T. The Wellness solution. *J Act Aging.* 2002 Sep;(18):67-81.
- 14- Hajloo N. Relationship between occupational stress, job burden and quality of life with organization satisfaction of Mohaghegh Ardabili University. *New Approaches in Edu Admin J.* 2013 Sep;3(3):169-183. [Full text in Persian]
- 15- Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi S, Bornamanesh A, Yaghoobi M. Validity, reliability and structure of persian version of general health questionnaire (GHQ) in Iranians with psychiatry disorders. *Behav Sci J.* 2012 Mar;51(9):5-12.
- 16- Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MP. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res.* 2005 Mar;14(2):561-4.
- 17- Nasiri H, Hashemi L, Hoseini S. Quality of life of students of Shiraz University with WHO scale. Third symposium of student's mental health. 2007 Feb. 365-9, Tehran, Iran.
- 18- Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. Professional Burnout: Recent development in theory and research, 1st ed. Washington: Taylor and Francis, 1994:1-69.
- 19- Mehrbizadeh M. Comparison between general health, job stress and burden in teachers of special and normal schools. *Clin Psychol J.* 2013 May: 20 (9): 53-64. [Full text in Persian]
- 20- Mc Crae RR, Costa PT. Personality in adulthood: A five factor theory perspective, 2nd ed. New York: Guilford Press, 2006: 101-163.
- 21- Bullock EE. Self- directed search interest profile elevation, big five personality factors and interest secondary in a college career course[dissertation]. Tallahassee: Florida state Unive. 2006.
- 22- De Oliveira GS Jr, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg.* 2013 Jul;117(1):182-93.
- 23- DeNeve KM, Cooper HM. The happy personality: a meta-analysis of personality traits and subjective well-being. *Psychol Bull.* 1998 Sep;124(2):197-229.
- 24- Steel P, Schmidt J, Shultz J. Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychol Bull.* 2008 Jan;134(1):138-61.
- 25- Ropponen A, Svedberg P, Huunan-Seppälä A, Koskenvuo K, Koskenvuo M, Alexanderson K, et al. Personality traits and life dissatisfaction as risk factors for disability pension due to low back diagnoses: A30-year longitudinal cohort study of finish twins. *J Psychosom Res.* 2012 Oct;73(4):289-94.
- 26- Maleki Z, Ashkan S, Ashoori J, Yosefi N. Relationship between personality traits religiosity and happiness with general health among nursing students. *Iran J Nurs.* 2014 Feb;26(86):90-100.
- 27- Sharma NR, Sahrma A, Yadava A. Study of general mental health in relation to personality. *J Indian Health Psychol.* 2006 Jan;1(1):67-75.
- 28- Swami V, Chamorro-Premuzic T, Sinniah D, Maniam T, Kannan K, Stanistreet D, et al. General health mediates the relationship between loneliness, life satisfaction and depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007 Feb;42(2):161-6.
- 29- De Haro JM, Castejón JL, Gilar R. General mental ability as moderator of personality traits as predictors of early career success. *J Vocat Behav.* 2013 Oct;83(2):171-80.

- 30- Narumoto J, Nakamura K, Kitabayashi Y, Shibata K, Nakamae T, Fukui K. Relationships among burnout, coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Apr;62(2):174-6.
- 31- Shafiei H, Javadi H, Kazemi S. Comparison between personality traits and health care in women and men with heart and kidney disease. *J Soc Women*. 2011 Sep; 2(2):149-162. [Full text in Persian]
- 32- Jafarnejad P, Farzad V, Moradi A, Shokri O. Relationship of personality, coping styles and mental health in university students. *J Psychol Edu* 2004 Dec;35(1):51-74. [Full text in Persian]
- 33- Ahmadi K, Nejati V, Abdi M. Comparison of general health in adolescent boys and girls and its relationship with personality characteristics. *J Guilan Univ Med Sci*. 2012 Apr;21(81):29-36. [Full text in Persian]
- 34- Hamid N, Zemestani M. Relationship between spiritual intelligence and personality traits with quality of life in medical students. *Hormozgan Med J*. 2013 Dec: 17(4):347-55. [Full text in Persian]
- 35- Moradi A, Yousefi N. Survey of five personality traits and quality of life in divorced couples. *Pers Individ Dif J*. 2013 Summer;2(3):121-37. [Full text in Persian]
- 36- Saatchi M. *Psychology of Work*, 17th ed. Tehran: Virayesh Publication, 2010: 17-40. [Full text in Persian]
- 37- Poursadegh N. Coping strategies for chronic stress and personality characteristics with interaction of job burnout. *Strategic Manage Studies*. 2011 May;10,77-93. [Full text in Persian]
- 38- Bakker AB, Van der Zee KI, Lewig KA, Dollard MF. The relationship between the Big Five personality factors and burnout: a study among volunteer counselors. *J Soc Psychol*. 2006 Feb;146(1):31-50.
- 39- Zopiatis A, Constanti P, Pavlou I. Investigating the association of burnout and personality traits of hotel managers. *International CHRIE Conference-Refereed 2010; Track 11*. Available from: URL : http://scholarworks.umass.edu/refereed/CHRIE_2010/Friday/11
- 40- Shimizutani M, Odagiri Y, Ohya Y, Shimomitsu T, Kristensen TS, Maruta T, et al. Relationship of nurse burnout with personality characteristics and coping behaviors. *Ind Health*. 2008 Aug;46(4):326-35.
- 41- Maslach C. What have we learned about burnout and health? *Psychol Health*. 2001 Sep; 16(5):607-11.
- 42- Cohen S, Williamson GM. Stress and infectious disease in humans. *Psychol Bull*. 1991 Jan;109(1):5-24.
- 43- Costa PT Jr, McCrae RR. Trait psychology comes of age. *Nebr Symp Motiv*. 1991; 39:169-204
- 44- Bakker A, Vanderzee K, Lewing K, Dollard M. The relationship between the big five personality factors and burnout: A study among voluntary counselors. *J Soc Psychol*. 2006 Feb;146(1):31-50
- 45- Schultz DP, Schultz SE. *Theories of Personality*, 10th ed. Belmont: Wadsworth/Cengage Learning, 2012:34-76.
- 46- Penley A, Tomaka J. Associations among the Big Five, emotion responses, and coping with acute stress. *Pers Individ Dif*. 2002 May;32(7):1215-28.
- 47- Siebert S, Kraimer M. The five-factor model of personality and career success. *J Vocat Behav*. 2001 Feb;58(1):1-21.
- 48- Stoughton JW, Thompson LF, Meade AW. Big five personality traits reflected in job applicants' social media postings. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2013 Nov;16(11):800-5.