

ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی

دبیران مرد و زن شهر تهران

دکتر شهناز محمدی*

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین میزان ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی معلمان شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۴ انجام گرفت. جامعه پژوهش کلیه دبیران دبیرستان‌ها در سال تحصیلی ۸۴-۸۵ بودند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از مناطق نوزده‌گانه شهر تهران از ۵ منطقه انتخاب گردیدند. حجم نمونه ۳۰۰ نفر شامل ۱۵۰ نفر مرد و ۱۵۰ نفر زن بود. روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و ابزار پژوهش شامل پرسشنامه پنج عامل شخصیت (NEO) کاستا و مک‌کری (۱۹۹۲) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ (۱۹۷۲) بود. پس از تحلیل داده‌ها نتایج نشان داد که همبستگی مثبت بین سلامت روان و روان رنجورخویی و همبستگی منفی بین سلامت روان و برونگرایی وجود دارد و اما همبستگی بین سلامت عمومی و دیگر متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی معنادار نیست. همچنین مشخص شد از میان ویژگی‌های شخصیتی ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی دبیران زن و مرد تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

کلید واژه‌ها: دبیران، سلامت عمومی، شخصیت، ویژگی‌ها.

مقدمه

در جوامع انسانی، نهادهای آموزش و پرورش، دین، سیاست و اقتصاد نهادهایی هستند که در رشد و توسعه جامعه بشری از اهمیت برخوردارند؛ اما در این میان، نهاد آموزش و پرورش هر جامعه‌ای مهم‌ترین عامل رشد و توسعه اقتصادی و اجتماعی محسوب می‌شود که عهده‌دار آموزش و ساماندهی نیروی انسانی، برای فردای جامعه است.

* دانشگاه تربیت معلم تهران smohammadi777@yahoo.com

در نظام آموزش و پرورش هر جامعه‌ای، عوامل زیادی وجود دارد که در شکل‌گیری اهداف و سیاست‌گذاری برای تعلیم و تربیت و کیفی‌کردن آموزش مؤثرند که می‌توان به ایفای نقش معلم به عنوان عامل محوری اشاره نمود (ابروکایا، ۱۳۷۵).

برخی از دبیران، کار را در سطح عالی و با وظیفه‌شناسی و احساس مسئولیت انجام می‌دهند و نسبت به شغل و سازمان خویش متعهد هستند، در حالی که برخی دیگر بازده چندان‌اندازند و کار را در حد رفع تکلیف انجام می‌دهند و علاقه و تعهدی نسبت به سازمان ابراز نمی‌دارند (آدین، ۱۳۷۹).

خصوصیت شخصیتی در حقیقت، محرکه‌های خلق و خو، برای دستیابی به هدف تلقی می‌شوند، به این معنا که این خصوصیات انسان را مستعد انجام رفتارهای مختلف، در موقعیت‌های خاص می‌نماید (پروین، ۱۳۷۲). روان‌شناسانی چون (دیگمن، ۱۹۹۰؛ نورمن، ۱۹۸۱؛ آلپورت، ۱۹۳۶ و گلدبرگ^۱، ۱۹۸۱، به نقل از پروین، ۱۳۷۲). با تحلیل عاملی صفات به پنج عامل اساسی در مورد شخصیت پی بردند که هر عامل خصوصیتی از افراد را شامل می‌گردد. مدل موردنظر عبارت است از: (۱) روان رنجورخویی^۲ (N)؛ (۲) برون‌گرایی^۳ (E)؛ (۳) پذیرش^۴ (O)؛ (۴) سازگاری^۵ (A)؛ (۵) وظیفه‌شناسی^۶ (C).

روان رنجورخویی بعدی است که اساس آن را تجارب و هیجانات نامطلوب تشکیل می‌دهد و ویژگی‌هایی از قبیل اضطراب، افسردگی، کم‌رویی، پرخاشگری، خصومت، بی‌ثباتی عاطفی و زودرنجی را نیز دربرمی‌گیرد. **برون‌گرایی** ویژگی‌هایی چون تجربه هیجانات مثبت، فعالیت، قاطعیت، هیجان‌خواهی، خونگرمی، پرحرفی و اجتماعی بودن را دربرمی‌گیرد. **پذیرش** میزان انعطاف‌پذیری در برابر تجارب، خلاقیت، کنجکاو، ابتکار، خردمندی، پذیرش ارزش‌ها و ایده‌های نو را شامل می‌شود. **سازگاری** شامل ویژگی‌هایی چون بیداری، احساس خوشبختی، قناعت، صرفه‌جویی و صبر است. **وظیفه‌شناسی** صفاتی چون، احساس مسئولیت، خویش‌داری، نظم و ترتیب، وظیفه‌شناسی، کفایت، تمایل به پیشرفت و احتیاط در کارها را شامل می‌شود (کاستا و مک کری^۷، ۱۹۹۲).

لذا با شناخت خصلت‌ها، توانمندی‌ها و ناتوانی‌ها، نگرش‌ها و احساسات انسان و نیز درک و فهم علل رفتارهای او و پیش‌بینی عملکردها و کنش‌هایش می‌توانیم پیش‌بینی کنیم که از این شخص با این نوع شخصیت در موقعیت‌های مختلف چه نوع رفتاری بروز می‌کند. از سوی دیگر

کار، عنصر اساسی پیشرفت، موفقیت و عمده‌ترین پیوند فرد آدمی با زندگی بارور است. کار، هم هدفی انسانی و هم وسیله تأمین معاش است. کنش متقابل مداوم آدمی با جنبه‌های فیزیکی و روانی محیط کار می‌تواند اثرات مثبت یا منفی بر سلامت وی برجای گذارد، و فرایند تولید نیز به نوبه خود از احساس سلامت جسمی و روانی کارگر اثر می‌پذیرد. کار هنگامی که فعالیتی سازگارانه و بارور باشد، می‌تواند به صورت عامل مهمی در پیشبرد سلامت عمل کند (کالیمور^۸ و همکاران، ۱۳۷۹). اشتغال به یک شغل می‌تواند نقش مثبت یا منفی در شخصیت افراد ایفا کند و ممکن است باعث بسیاری از استرس‌ها و بیماری‌های جسمانی و روانی در او شود و بر سلامت عمومی فرد نیز تأثیر بگذارد. به عنوان مثال هرن و میشل (۲۰۰۳) به بررسی ارتباطات پنج عامل بزرگ شخصیت و سبک‌های مقابله با استرس پرداختند و به نتیجه زیر رسیدند: یک همبستگی منفی بین روان رنجورخویی و کاهش میزان سلامت عمومی وجود دارد. زانگ^۹ و همکاران (۲۰۰۲) در بررسی سبک‌های مقابله‌ای و سلامت عمومی به این نتیجه رسیدند که ارتباطات معنی داری بین بهداشت روانی و میزان تماس اجتماعی و برون‌گرایی وجود دارد. جنابی (۱۳۸۰) در مقایسه سلامت عمومی دانشجویان موفق و ناموفق و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت شناختی به این نکته دست یافت که ارتباط معنی‌داری بین سلامت روان و برخی متغیرهای جمعیت شناختی وجود دارد. جعفرنژاد (۱۳۸۲) در بررسی رابطه بین پنج عامل بزرگ سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روان شناختی در بین دانشجویان به این نتیجه رسید که روان رنجورخویی با سلامت عمومی رابطه مثبت و برون‌گرایی با سلامت عمومی رابطه منفی دارد.

هدف کلی پژوهش حاضر پی‌بردن به این موضوع است که آیا بین عامل‌های شخصیتی و سلامت عمومی ارتباطی وجود دارد یا خیر؟ که پایه‌ای برای فهم این موضوع و افزایش دانش در حوزه موردنظر است. با توجه به پیشینه پژوهش و سؤال مطرح شده، فرضیه‌های زیر مطرح شدند:

۱. ویژگی‌های شخصیتی با سلامت عمومی رابطه دارد.
۲. میزان سلامت عمومی دبیران مرد با زن تفاوت دارد.
۳. ویژگی شخصیتی دبیران مرد با زن تفاوت دارد.

روش

چون در این پژوهش متغیر پیش‌بینی‌کننده، ویژگی‌های شخصیتی و متغیر پیش‌بینی‌شونده یا ملاک، سلامت عمومی است و رابطه متغیر پیش‌بینی‌کننده با پیش‌بینی‌شونده مورد بررسی قرار می‌گیرد بنابراین پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی است.

جامعه آماری این پژوهش کلیه معلمان دبیرستان‌های مناطق نوزده‌گانه شهر تهران در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای متناسب با حجم نمونه انتخاب شدند. ابتدا که مناطق نوزده‌گانه شهر تهران به ۵ موقعیت جغرافیایی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم و به صورت تصادفی ساده از هر موقعیت جغرافیایی یک منطقه، یعنی مناطق ۳، ۱۷، ۶، ۵ و ۱۱ به عنوان محل‌های جمع‌آوری اطلاعات انتخاب شدند. از هر منطقه چند مدرسه به طور تصادفی گزینش و معلمان آنها مورد نمونه‌گیری قرار گرفتند که حجم نمونه پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص و پاسخ داده نشده ۳۰۰ نفر شامل ۱۵۰ نفر مرد و ۱۵۰ نفر زن شد. همه دبیران دارای مدرک لیسانس یا بالاتر، استخدام رسمی، متاهل و دارای حداقل ۵ سال سابقه تدریس بودند.

ابزار پژوهش دو پرسشنامه به شرح ذیل بود:

الف) آزمون شخصیت (NEO): کاستا و مک‌کری (۱۹۹۲) با استفاده از تحلیل عامل به این نتیجه رسیدند که پنج بُعد می‌توان برای تفاوت‌های فردی در خصوصیات شخصیتی منظور کرد. این پنج خصیصه یا عامل عمده عبارت‌اند از: روان‌رنجورخویی (N)، برون‌گرایی (E)، پذیرش یا انعطاف‌پذیری (O)، سازگاری (A)، وظیفه‌شناسی (C) و پرسشنامه تشخیصی NEO (اسم آن برگرفته از ۳ عامل اولیه) به منظور ارزیابی این عوامل اختصاص یافته است (هرن و میشل، ۲۰۰۳). فرم اصلی این پرسشنامه ۲۴۰ پرسش دارد. این آزمون یک مدل مفهومی فراهم می‌سازد که پژوهش‌های مبتنی بر تحلیل عوامل دهه‌های قبلی را درباره ساخت شخصیت، یکپارچه می‌کند. عواملی که در این آزمون مطرح شده، توسط ترکیب منطقی و بررسی‌های تحلیلی عاملی فراهم شده و موضوع پژوهش‌های گوناگون بررسی نمونه‌های بالینی و بزرگسالان سالم بوده است. از این‌رو، سودمندی آن هم در کاربردهای بالینی و هم در مطالعات پژوهشی ارزیابی شده است (گروسی، ۱۳۸۰). پرسشنامه NEO را می‌توان برای استفاده در موقعیت‌های مشاوره‌ای از جهت خلاصه بودن، نداشتن محتوای آسیب‌شناختی و تأکید آن بر هر دو بعد نقاط قوت و ضعف

مراجعه نمود استفاده قرار داد(هرن و میشل، ۲۰۰۳). آزمون NEO فرم دیگری به نام NEO-FFI^{۱۱} دارد که یک پرسشنامه ۶۰ پرسشی است و برای پنج عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود. اگر وقت اجرای آزمون خیلی محدود و صرفاً دستیابی به اطلاعات کلی از شخصیت کافی باشد، این آزمون مورد استفاده قرار می‌گیرد. آزمون به صورت قلم و کاغذی است و آزمودنی به هر پرسش در یک مقیاس پنج درجه‌ای به صورت کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم پاسخ می‌دهد. در پژوهش اخیر از این فرم استفاده شده است.

برای کسب ضریب پایایی^{۱۲} با استفاده از روش بازآزمایی NEO-FFI روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان به فاصله سه ماه اجرا گردید که ضرایب ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ به ترتیب برای عوامل C، A، O، E، N به دست آمد(گروسی، ۱۳۸۰).

کاستا و مک‌کری(۱۹۹۲) به منظور محاسبه روایی^{۱۳} آزمون خود همبستگی بین گزارش‌های شخصی و ارزیابی همسالان را در یک نمونه ۲۵۰ نفره بررسی نمودند و همبستگی ۰/۳۰ تا ۰/۶۵ را به دست آوردند(گروسی، ۱۳۸۰). در این مطالعه آلفای کرونباخ محاسبه شد که ۰/۷۵ بود.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی(GHQ^{۱۴}): در این پژوهش به منظور بررسی سلامت عمومی از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ(۱۹۷۲) استفاده شد. گلدبرگ این آزمون را برای شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی به کار گرفت. این پرسشنامه را می‌توان به عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی را که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد، می‌سنجد. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب اختلالات روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین اختلالات روانی و سلامت است(استورا، ۱۳۷۷). نتایج پژوهش‌های هندرسون(۱۹۹۰)، به نقل از جعفرنژاد، (۱۳۸۲) نشان می‌دهد که پرسشنامه سلامت عمومی شناخته‌شده‌ترین ابزار غربال‌گری در روان‌پزشکی است که تا کنون تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهش‌ها داشته است(جعفرنژاد، ۱۳۸۲). این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۲۸، ۳۰، ۶۰، ۱۲ سوآلی تهیه شده است. فرم ۲۸ ماده‌ای دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است(همانجا). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ پرسشی استفاده شده است. پرسش‌های این پرسشنامه که شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات ناهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است، وضعیت روانی فرد را در یک ماه آخر منتهی به اجرای پرسشنامه می‌سنجد. پرسشنامه با پرسش‌های جسمانی شروع

می‌شود و هرچه جلوتر می‌رود ممکن است آزمودنی‌ها را برآشفته کند به گونه‌ای که حاضر به ادامه همکاری نشوند (جعفرنژاد، ۱۳۸۲). پرسش‌ها به ترتیب پشت‌سرهم آمده به گونه‌ای که از پرسش ۱ تا ۷ مقیاس شکایات جسمانی، از ۸ تا ۱۴ مقیاس اضطراب و اختلالات در خواب، از ۱۵ تا ۲۱ مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از ۲۲ تا ۲۸ مقیاس افسردگی وخیم لحاظ شده است.

در مقیاس شکایات جسمانی ۲ پرسش مربوط به احساس سلامتی و بیماری، ۲ پرسش مربوط به سردرد، ۳ پرسش مربوط به احساس نیاز به داروهای تقویتی، احساس ضعف و سستی و احساس داغ یا سرد شدن بدن است. در مقیاس مربوط به بی‌خوابی، احساس فشار و تنیدگی عصبانیت و بدخلق شدن، ترس و وحشت بی‌دلیل، دلشوره و ناتوانی در انجام کارها آمده است. در مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره زندگی بررسی می‌شود. در مقیاس افسردگی علائم اختصاری افسردگی از قبیل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و توانایی در انجام امور مورد بررسی قرار می‌گیرد، (جعفرنژاد، ۱۳۸۲).

بهترین و مناسب‌ترین روش نمره‌گذاری استفاده از الگوی ساده لیکرت با نمره‌های (۰، ۱، ۲ و ۳) برای مواد پرسشنامه است (گلدبرگ، ۱۳۷۶)؛ در نمره‌گذاری این پرسشنامه، چهار نمره برای مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود. نمره ۲۳ و بالاتر بیانگر عدم سلامت روان و نمره پایین‌تر از ۲۳ بیانگر سلامت روان است (گلدبرگ، ۱۳۷۶).

با توجه به اینکه هریک از مقیاس‌های تشکیل‌دهنده پرسشنامه، دارای ۷ ماده و کل مجموعه، شامل ۲۸ ماده است، کسانی که در یک ماه گذشته در زمینه‌های مورد نظر هیچ‌گونه احساس ناراحتی نکرده باشند، برای هر ماده نمره صفر و جمعاً $7 \times 0 = 0$ نمره می‌گیرند، اشخاصی که در زمان یادشده در تمام زمینه‌های مطرح‌شده مقدار کمی احساس ناراحتی کرده‌اند، برای هر کدام نمره ۱ و در کل $7 \times 1 = 7$ نمره می‌گیرند. به همین ترتیب کسانی که مقدار زیادی در زمینه‌های یادشده احساس ناراحتی داشته‌اند، برای هر ماده نمره ۳ و در مجموع $7 \times 3 = 21$ نمره می‌گیرند. بر این مبنا حد پایین نمره مربوط به کسانی است که در طول یک ماه پیش از اجرای آزمون،

ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی ...

سلامتی آنها با توجه به هیچ یک از ملاک‌های مطرح شده در پرسشنامه تهدید نشده است. حداکثر نمره کل ۸۴ است.

روایی این آزمون با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی بین این آزمون با سایر آزمون‌هایی که همان سازه را اندازه می‌گیرد. نظیر SCL90 ۰/۸۷ گزارش شده است (بابیوردی، ۱۳۷۶). گلدبرگ و میلر در مطالعه دیگری، ضریب همبستگی بین نمرات چهار مقیاس این پرسشنامه را بین ۰/۳۳ تا ۰/۶۱ گزارش کردند (جعفر نژاد، ۱۳۸۲).

ضریب پایایی آزمون توسط چان وچان (۱۹۸۳) در یک نمونه ۲۴۴ نفری ۰/۸۷ (هومن، ۱۳۷۶)، توسط یزدان‌پناه در یک نمونه ۵۴۱ نفری با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده است (جعفر نژاد، ۱۳۸۲). در این مطالعه آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸۸ بوده است.

یافته‌ها:

بیشترین تعداد معلمان بین ۳۶ تا ۴۰ سال (۲۸ درصد) و کمترین تعداد معلمان بین ۲۴ تا ۳۰ (۵/۳ درصد) سال داشتند. حدود ۹۴/۳ درصد معلمان، متأهل و ۴/۷ درصد مجرد و درصد پایینی افرادی بودند که همسر آنان فوت شده یا طلاق گرفته بود. بیشترین درصد تحصیلات معلمان (۸۱/۳) در سطح لیسانس و کمترین فراوانی مربوط به دکتری (۰/۷ درصد) بود.

به منظور بررسی متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی (روان رنجورخویی، برونگرایی، پذیرش، سازگاری، وظیفه‌شناسی) و سلامت عمومی برای سطوح مختلف پایین متوسط و بالا با در نظر گرفتن یک انحراف معیار بالا و پایین از میانگین به دست آمده در جدول ۱ مشهود می‌باشد.

جدول ۱. شاخص‌های آماری مربوط به پنج عامل شخصیتی و سلامت عمومی N=۳۰۰

| متغیرها | میانگین | انحراف استاندارد | پائین | | متوسط | | بالا | | جمع |
|-----------------------|---------|------------------|---------|------|---------|------|---------|------|-----|
| | | | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | |
| روان رنجورخویی | ۳۱/۷۹ | ۶/۱۸ | ۵۱ | ۱۷ | ۲۰۹ | ۹۶/۶ | ۴۰ | ۱۳/۴ | ۳۰۰ |
| برونگرایی | ۴۲/۳۸ | ۴/۹۷ | ۵۱ | ۱۷ | ۲۰۶ | ۶۸/۶ | ۴۳ | ۱۴/۴ | ۳۰۰ |
| پذیرش یا انعطاف‌پذیری | ۳۹/۳۲ | ۴/۴۷ | ۳۵ | ۱۱/۷ | ۲۳۱ | ۷۷ | ۳۴ | ۱۱/۳ | ۳۰۰ |
| سازگاری | ۳۷/۵۱ | ۴/۵۶ | ۳۱ | ۱۰/۳ | ۲۳۰ | ۷۶/۶ | ۳۹ | ۱۳ | ۳۰۰ |
| وظیفه‌شناسی | ۴۳/۱۳ | ۳/۹۲ | ۳۹ | ۱۳ | ۲۲۲ | ۷۴ | ۳۸ | ۱۲/۶ | ۳۰۰ |
| سلامت عمومی | ۱۹/۱۲ | ۸/۱۹ | ۷۶ | ۲۶ | ۱۱۱ | ۳۷ | ۱۱۱ | ۳۷ | ۳۰۰ |

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، بیشترین تعداد معلمان در سطح متوسط ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی ۲۰۹ نفر (یعنی ۶۹/۶ درصد) و کمترین تعداد معلمان در سطح بالا ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی ۴۰ نفر (یعنی ۱۳/۴ درصد) می‌باشد.

بیشترین تعداد معلمان در سطح متوسط ویژگی شخصیتی برون‌گرایی ۲۰۶ نفر (یعنی ۶۸/۶ درصد) و کمترین تعداد معلمان در سطح بالا ویژگی شخصیتی برون‌گرایی ۴۳ نفر (یعنی ۱۴/۴ درصد) می‌باشد.

بیشترین تعداد معلمان در سطح متوسط ویژگی شخصیتی پذیرش ۲۳۱ نفر (یعنی ۷۷ درصد) و کمترین تعداد معلمان در سطح بالا ویژگی شخصیتی پذیرش ۳۴ نفر (یعنی ۱۱/۳ درصد) می‌باشد.

بیشترین تعداد معلمان در سطح متوسط ویژگی شخصیتی سازگاری ۲۳۰ نفر (یعنی ۷۶/۶ درصد) و کمترین تعداد معلمان در سطح پایین ویژگی شخصیتی سازگاری ۳۱ نفر (یعنی ۱۰/۳ درصد) می‌باشد.

بیشترین تعداد معلمان در سطح متوسط ویژگی شخصیتی وظیفه‌شناسی ۲۲۲ نفر (یعنی ۷۴ درصد) و کمترین تعداد معلمان در سطح بالا ویژگی شخصیتی وظیفه‌شناسی ۳۸ نفر (یعنی ۱۲/۶ درصد) می‌باشد.

بیشترین تعداد معلمان در سطح بالا سلامت عمومی ۱۱۱ نفر (یعنی ۳۱ درصد) و کمترین تعداد معلمان در سطح پایین سلامت عمومی ۷۸ نفر (یعنی ۲۶ درصد) می‌باشد.

یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها:

فرضیه ۱: ویژگی‌های شخصیتی با سلامت عمومی دبیران رابطه دارد. برای بررسی میزان رابطه بین پنج عامل شخصیتی با سلامت عمومی از همبستگی پیرسون استفاده شد. در جدول ۲ همبستگی متغیرها ارائه شده است.

همبستگی مثبت ($p < 0.01$ و $r = 0.212$) بین سلامت عمومی و روان رنجورخویی و همبستگی منفی بین سلامت عمومی و برون‌گرایی مشاهده می‌شود ولی همبستگی بین سلامت عمومی و دیگر ویژگی‌های شخصیتی مشاهده نمی‌شود.

ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی ...

جدول ۲. میزان همبستگی بین پنج عامل شخصیتی و سلامت عمومی

| متغیرها | روان رنجور خوبی | برونگرایی | پذیرش | سازگاری | وظیفه شناسی |
|-----------------|-----------------|-----------|---------|---------|-------------|
| روان رنجور خوبی | ۱ | | | | |
| برونگرایی | ۰/۰۷۱ | ۱ | | | |
| پذیرش | ۰/۲۷۶** | ۰/۲۶۹** | ۱ | | |
| سازگاری | ۰/۳۷۸** | ۰/۲۴۵** | ۰/۳۹۵** | ۱ | |
| وظیفه‌شناسی | ۰/۱۸۱** | ۰/۴۶۹** | ۰/۳۴۵** | ۰/۳۰۰** | ۱ |
| سلامت عمومی | ۰/۲۱۲** | -۰/۱۶۶* | -۰/۵۰ | -۰/۷۰ | ۰/۰۲۴ |

$p < ۰/۰۵$ ** $p < ۰/۰۱$

فرضیه ۲: میزان سلامت عمومی دبیران زن با مرد تفاوت دارد. براساس نتایج به دست آمده از جدول ۳ با توجه به اینکه مقدار t مشاهده شد (۰/۹۲) با درجه آزادی (df=۲۹۵) در سطح معنی دار ۰/۳۵۵ که از سطح معناداری مورد نظر پژوهشگر ($p=۰/۰۵$) بزرگ تر است، می توان نتیجه گرفت که تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر میزان سلامت عمومی وجود ندارد. بنابراین فرضیه پژوهش پذیرفته نمی شود.

جدول ۳. نتایج آزمون t مستقل به منظور مقایسه سلامت عمومی دبیران زن و مرد

| متغیر | مرد | | زن | | t | درجه آزادی | سطح معناداری |
|-------------|---------|--------------|---------|--------------|-------|------------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | | |
| سلامت عمومی | ۱۸/۶۹ | ۹/۱۰ | ۱۹/۵۶ | ۷/۱۳ | -۰/۹۲ | ۲۹۸ | ۰/۳۵۵ |

فرضیه ۳ سطح پنج ویژگی شخصیتی دبیران زن با مرد تفاوت دارد. براساس نتایج به دست آمده از جدول ۴ با توجه به این که مقدار t مشاهده شد روان رنجور خوبی (۲/۷۳-) با درجه آزادی (df = ۲۹۸) و در سطح معنی دار ۰/۰۰۷ که از سطح معناداری مورد نظر پژوهشگر ($p = ۰/۰۵$) کوچکتر است، می توان نتیجه گرفت که تفاوت

معنی داری بین دو گروه از نظر ویژگی شخصیتی (روان رنجورخویی) وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش پذیرفته می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون t مستقل به منظور مقایسه سطوح پنج ویژگی شخصیتی دبیران زن و مرد

| سطح معناداری | درجه آزادی | t | زن | | مرد | | متغیرها |
|--------------|------------|-------|--------------|---------|--------------|---------|-----------------|
| | | | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| ۰/۰۰۷ | ۲۹۸ | -۲/۷۳ | ۶/۱۶ | ۳۰/۸۱ | ۶/۰۷ | ۳۲/۷۵ | روان رنجور خویی |
| ۰/۹۶۷ | ۲۹۸ | ۰/۴۱ | ۴/۷۱ | ۴۲/۳۹ | ۵/۲۳ | ۴۲/۳۷ | برون گرایی |
| ۰/۲۷۵ | ۲۹۸ | -۱/۰۹ | ۳/۸۲ | ۳۹/۰۳ | ۵/۰۱ | ۳۹/۵۹ | پذیرش |
| ۰/۲۲ | ۲۹۸ | -۲/۲۹ | ۴/۳۴ | ۳۶/۹۰ | ۴/۶۹ | ۳۸/۱۰ | سازگاری |
| ۰/۱۶۰ | ۲۹۷ | ۱/۴۱ | ۳/۴۲ | ۴۳/۴۵ | ۴/۳۳ | ۴۲/۸۱ | وظیفه‌شناسی |

بحث

یافته‌های پژوهش مبین این است که بین پاره‌ای از ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی همبستگی وجود دارد. این همبستگی گویای رابطه بین روان رنجورخویی و عدم سلامت عمومی است که این یافته با نتایج به‌دست آمده توسط (هرن و میشل، ۲۰۰۳؛ هایس و جوزف^{۱۵}، ۲۰۰۲؛ کاستا و مک‌کری، ۱۹۸۰؛ دینیو و کوپر^{۱۶}، ۱۹۹۸) همسو است.

افراد روان رنجورخوی غالب اوقات مضطرب، نگران، پرخاشگر، افسرده، شتابزده و آسیب‌پذیرند. روان رنجورخویی افراد را متمایل به تجربه هیجانات و ناراحتی‌های منفی صرف‌نظر از فشار روانی می‌کند (واتسون و کلارک^{۱۷}، ۱۹۹۲).

شادی همبستگی منفی، و غم و افسردگی همبستگی مثبت محکم و قوی با روان رنجورخویی دارند (دینیو و کوپر، ۱۹۹۸). روان رنجورخویی افراد را مستعد تجربه حالت عاطفی منفی می‌نماید و تعجب‌آور نیست که روان رنجورخویی با عدم سلامت عمومی همبستگی مثبت معنی‌داری داشته باشد. افراد روان رنجورخوی دارای پیش‌زمینه برای تجربه تشویش یا ناراحتی، حتی در غیاب عوامل فشارآور محیطی هستند (اولمل و هلفارت^{۱۸}، ۱۹۹۱). مطلب حائز اهمیت دیگر این است که رفتار افراد روان رنجورخوی در تعامل اجتماعی ممکن است حقیقتاً وقایع منفی

برانگیزانند مثلاً داشتن سطوح بالایی از حالات منفی به ویژه پرخاشگری و افسردگی منجر به مشکلات بین فردی می‌شود (زاگرم^{۱۹}، ۱۹۸۹). همچنین این احتمال وجود دارد که افراد روان رنجورخوی در مقابله با تعارضات، از راهکارهای شجاعانه و بی‌باکانه و عجولانه استفاده کنند و روش‌های آنها نسبت به سایر افراد سالم در بیشتر اوقات کارساز باشد. در نتیجه این امر فشار روانی آنها را بالاتر می‌برد و سلامت عمومی ایشان را به خطر می‌اندازد (کاردوم و کاپیک^{۲۰}، ۲۰۰۱).

یافته‌های پژوهش مبین این است که بین برونگرایی و سلامت عمومی رابطه منفی معناداری وجود دارد. بدان معنی که هر قدر نمره فرد در برونگرایی بالاتر باشد از سلامت عمومی بالاتری برخوردار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پنلی و توماکا^{۲۱}، ۲۰۰۲؛ دینیو و کوپر، ۱۹۹۸؛ هایس و جوزف، ۲۰۰۳ همخوانی دارد (جعفرنژاد، ۱۳۸۲).

برونگرایی تا حدی به تفاوت‌های فردی مربوط می‌شود، یعنی افراد برونگرا سطوح نسبتاً بالایی از شادی و شغف و انرژی و علاقه و خستگی‌ناپذیری را از خود نشان می‌دهند (واتسون و هوپر، ۱۹۹۶). در نتیجه هنگام حالات خوشحالی و شور و شغف انتظار می‌رود که برون‌گراها از مکانیسم‌های مقابله‌ای فعال‌تر و مؤثرتر از قبیل روش مسئله مدار استفاده نمایند (جعفرنژاد، ۱۳۸۲). همچنین پژوهش‌ها روشن نموده‌اند که اشخاص برونگرا انگیزه بالایی برای تعامل با دیگران و صرف وقت بیشتری برای فرایند اجتماعی‌شدن و استفاده از حمایت اجتماعی دارند (کاردوم و کراییک، ۲۰۰۱). همچنین آنها به علت تمایل به تجربه عواطف مثبت (واتسون و کلارک، ۱۹۹۲، مک‌کری و جان، ۱۹۹۲)، از شادی و غرور، و اعتماد به نفس بالا (پنلی و توماکا، ۲۰۰۲) بیشتر بهره می‌جویند و به دلیل داشتن شجاعت و جرأت‌ورزی از حمایت اجتماعی، آمیزش و رابطه گرم و صمیمی با دیگران سود می‌برند و همین امر موجب می‌شود که افراد برونگرا کمتر منفعل و خودملامت‌گر باشند و در خود فرو روند و کمتر اضطراب و فشار روانی را تجربه نمایند (هرن و میشل، ۲۰۰۳). ارزیابی چالشی، یعنی برخورد منطقی با مسئله و برآورد کردن توان خویش فراتر از موقعیت، همبستگی بین برونگرایی و عکس‌العمل‌های عاطفی مثبت (اطمینان و امیدواری بالا) را تسهیل می‌کند و در افراد برونگرا همیشه، رضایت‌مندی از کنترل بر موقعیت، وجود دارد (پنلی و توماکا، ۲۰۰۲). خودکارآمدی و احساس یکپارچگی عواملی هستند که بر تجارب فشارآور تأثیر می‌گذارند (جرسلم و شوآورزر^{۲۲}، ۱۹۸۹). افراد با خودکارآمدی

بالا فشار روانی کمتری را تجربه می‌کنند. از سوی دیگر منبع کنترل درونی با سلامت عمومی همبستگی دارد.

افراد برونگرا به علت برخورداری از تسلط بر موقعیت از سلامت عمومی برخوردارند و نیز برونگرایی با شادی و شغف در رابطه مستقیم است و متقابلاً شادی و نبود افسردگی پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی است (هایس و جوزف، ۲۰۰۲). پس می‌توان انتظار داشت که افراد برونگرا از سلامت عمومی برخوردار باشند و همین سلامت خود دلیل بر این است که افراد برونگرا کمتر خود را درگیر موقعیت استرس‌زا می‌کنند.

یافته‌های پژوهش مبین این است که پذیرش، سازگاری و وظیفه‌شناسی با سلامت عمومی رابطه معنی‌داری ندارد. این یافته‌ها با یافته‌های (پنلی و توماکا، ۲۰۰۲؛ هایس و جوزف، ۲۰۰۲؛ دینیو و کوپر، ۱۹۹۸ و وال راس و تارکرسن^{۲۳}، ۱۹۹۹) ناهمخوان است.

به طور کلی بین جنس و ویژگی‌های شخصیت (به‌جز روان رنجورخویی) و سلامت عمومی در جامعه مورد بررسی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. با توجه به آنچه بیان شد، در خصوص عدم تفاوت میانگین‌های ویژگی‌های شخصیت و سلامت عمومی دبیران زن و مرد می‌توان گفت، دبیران هر یک از عوامل تأثیرگذار بر ویژگی‌های شخصیت و سلامت عمومی را با درجات متفاوت تجربه می‌کنند، و قضاوت درجات به گونه‌ای است که نمرات یکدیگر را تعدیل می‌نمایند، و در نتیجه بین میانگین‌های ویژگی‌های شخصیت و سلامت عمومی در فرضیه‌های فوق تفاوت مشاهده نمی‌شود.

پژوهش حاضر کمک خواهد کرد که در مطالعه پدیده سلامت عمومی نقش عوامل مهمی چون صفات شخصیتی مدنظر قرار گیرد. از طرف دیگر، می‌توان به جنبه‌های کاربردی این پژوهش اشاره کرد که بستر مناسبی را فراهم خواهد کرد تا درباره مدیریت رفتاری در موقعیت‌های شغلی، انتخاب برنامه‌های مداخله‌ای جهت تغییر و اصلاح ارزیابی‌های شناختی معیوب تصمیمات لازم اتخاذ گردد. بی‌تردید، افزون بر دستاوردهای نظری یکی از اهداف این پژوهش فراهم‌سازی زمینه‌های کاربردی در حوزه نظام آموزشی یا هر حوزه‌ای است که افراد در آن گزینش و با موقعیت‌های شغلی مواجه می‌شوند، که متناسب با شرایط و همسو با نتایج پژوهش باید از آن بهره جست. امید است این پژوهش بتواند زمینه‌ای برای پژوهش‌های دقیق و عمیق‌تر در این زمینه فراهم آورد.

یادداشت‌ها

1. Digman, Norman, Allport, Goldberg
2. Neuroticism
3. Extraversion
4. Openness
5. Agreeableness
6. Conscientiousness
7. Mc Crae & Costa
8. Kalimor
9. Zhang
10. Neuroticism Extraversion Openness Inventory
11. Neuroticism Extraversion Openness – Five Factor Inventory
12. Validity
13. Reliability
14. General Health Questioner
15. Hayes & Joseph
16. Deneve & Cooper
17. Watson & Clark
18. Ormel & Holfarth
19. Zuckerman
20. Kardum & Krapic
21. Penley & Tomaka
22. Jerusalem & Schwarzer
23. Wollrath & Torgersen

منابع

- ابروکایا، م. (۱۳۷۵). رضایت شغلی کتابداران کشورهای در حال توسعه. ترجمه اسدالله آزاد. گزیده مقالات ایفلا ترکیه ۲۰-۲۶ اوت ۱۹۹۵. انتشارات کتابخانه ملی جمهوری اسلامی.
- آدین، جعفر. (۱۳۷۹). تأثیر جو سازمانی مدارس راهنمایی بر تعهد سازمانی دبیران ناحیه ۶ مشهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد.
- استورا، ج. ب. (۱۳۷۷). تنیدگی و استرس. ترجمه پریخ دادستان. تهران: رشد.
- پروین، لارنس ای. (۱۳۷۲). روان‌شناسی شخصیت. (ترجمه پروین کدیور و محمدجعفر جوادی). تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا، ۱۹۹۴.
- جعفرنژاد، پروین. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین پنج عامل بزرگ، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روان‌شناختی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- جنابی، کتایون. (۱۳۸۰). بررسی رابطه تعاملات درون خانواده و سلامت روان دانش‌آموزان پایه سوم دوره راهنمایی شهرستان بروجرد در سال تحصیلی ۷۹-۷۸. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- کالیپور، ر.، البطوری، ا.، و کوپر، ک. (۱۳۷۹). مدیریت عوامل روانی - اجتماعی. ترجمه محمدنقی براهنی. تهران: رسانش، ۱۹۹۵.
- گروسی فرشی، میرنقی. (۱۳۸۰). رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت. تبریز: دانیال.

هومن، عباس.(۱۳۷۶). هنجاریابی پرسشنامه سلامت روان در دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم. مؤسسه تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت معلم.

- Baron, R. B. Byrne, D.(1991). *School psychology and academic*. School psychology. Boston Allyn and Bocan.
- Costa, P.T. JR. & Mc Crae, R. R.(1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Costa, P. T., JR., & McCrae, R. R.(1992). NEO-PI-R, Professional manual, Revised NEO personality inventory(NEO-PI-R) and NEO five factor inventory(NEO-FFI). Odessa, Florida: *Psychological Assessment Resource*, Inc.
- Deneve, K., & Cooper, H.(1998). The happy personality ameta analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Goldberg, D.(1981).*General health questionnaire*. New York: Oxford University Press.
- Haren, E., & Mitchell, C. W.(2003). Relationships between the five factor personality model and coping styles. Psychology & Education. *An Interdisciplinary Journal* vol 40(1), 38-49.
- Hayes, N., & Joseph, S.(2002). Big 5 corrects of the three measures of subjective well-being. *Personality & Individual Differences*, vol 34(4), 723, 727.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R.(1989). Anxiety and self concept as antecedents of stress and coping: A longitudinal study with German and Turkish a adolescents. *Personality and Individual Differences*, 10, 185-192.
- Kardum, I., & Krapic, N.(2001). *Personality traits, stressful life events, and coping style in early and individual differences*, 30, 503-515.
- Mc Care, R. R., & John, O. P.(1992). An Introduction to the five factor model and is applications. Special Issue: The five factor model: Issues and applications. *Journal of Personality* 60, 175-215.
- Ormel, J., & wohlfarth, T.(1991). How nevooticism, long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: A longitudinal model. *Journal of personality and social psychology*, 60, 744-755.
- Penley, J. A., Tomaka, J.(2002). Association among the big five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32, 1215, 1228.
- UNESCO .(1991). *An overview with dropout*.
- Vollrath, M., & Torgersen, S.(1999). Personality types and coping. *Personality and Individual Differences*, 29, 367-378.
- Watson, D., & Clark, L. A.(1992). On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five factor-model. *Journal of Personality*, 60, 44-47.

ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی ...

- Watson, D., Hubbard, B.(1996). Adaptation styles and dispositional structure: coping in the context of the five factor model, *Journal of Personality*, 64, 735-774.
- Zuckerman, M.(1989). Personality in third dimension. A Psychological approach. *Personality and Individual Differences*, 10, 391-418.
- Zhang, X., Guo., & L I, J.(2002).Coping styles of retired persons as a modulator to mental health. *Psychological Science(china)*, Vol 25(4) 414- 431.