خصیصه اضطراب در جمعیت عمومی: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران

سپیده امیدواری: * استادیار پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
سید علی آذین: استادیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
علی منتظری: استاد پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
ژیلا صدیقی: دانشیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
کتایون جهانگیری: استادیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
افسون آیین پرست: استادیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
فرانک فرزدی: دانشیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
مهدی عبادی: مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
فرزانه مفتون: دانشیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
مریم سادات وحدانی‌نیا: مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال دهم شماره سوم تابستان ۱۳۹۰ صص ۳۸۰-۳۷۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۱/۱۶
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۰ بهمن ۱۳۸۹]

چکیده

اضطراب احساس منتشر و ناخوشایندی است که جهت تبیین خلق یا به عنوان خصیصه‌ای شخصیتی در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرد. نظر به اهمیت مباحث خصایص شخصیتی، مطالعه حاضر در قالب یک مطالعه کشوری، به بررسی خصیصه اضطراب در جمعیت عمومی، از دیدگاه افراد شرکت‌کننده در مطالعه به صورت خود گزارش‌دهی پرداخته است. در مجموع ۲۷۸۸۳ تن از افراد ۱۸ تا ۶۵ ساله از ۳۰ استان کشور در مراجعه پرسشگران آموزش‌دیده به در منازل، مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های مطالعه نشانگر احتمال وجود خصیصه اضطراب در ۲۰/۱ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه بود و بین خصیصه اضطراب زیاد و بسیار زیاد و متغیرهای جنسیت، وضعیت درآمد، وضعیت کلی سلامت و وجود بیماری مزمن ارتباط معناداری وجود داشت. ارتباط متغیرهای وضعیت درآمد و وضعیت کلی سلامت با پیامد خصیصه اضطراب زیاد و بسیار زیاد، از روند مقدار- پاسخ پیروی می‌کرد.

در مجموع، مطالعه حاضر بیانگر احتمال وجود خصیصه اضطراب در جمعیت عمومی به میزان قابل تأمل و ارتباط آن با برخی مشخصه‌های جمعیت‌شناختی و مؤلفه‌های اجتماعی سلامت است. پژوهشهای بیشتر در حیطه خصایص شخصیتی، به شناخت بهتر از این خصایص، تظاهر آنها در زندگی روزمره، اثر آنها بر سلامت و طراحی مداخلات لازم در مورد گروههای پرخطر کمک خواهد کرد.

کلیدواژه‌ها: خصیصه اضطراب، جمعیت عمومی، ایران

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: somidvari@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.8.7]

مقدمه

اضطراب، به طور شایع با احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم تشویش مشخص می‌شود. احساس نگرانی و تشویشی که با پیش‌بینی خطر ایجاد می‌شود. خطر ممکن است منشأ درونی یا بیرونی داشته باشد. اغلب علایم خودکار (Autonomic) همچون سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده نیز با اضطراب همراه هستند. مجموعه علایمی که در حین اضطراب وجود دارد، اغلب در هر فرد، به‌گونه‌ای متفاوت از دیگران است [۳-۱]. در یک تقسیم‌بندی، اضطراب واجد علایم جسمی (مانند لرزش دست و پا، تعریق، طپش قلب، تهوع، اسهال، خشکی دهان)، شناختی (همچون کاهش تمرکز، مترصد بودن، احساس سردرگمی، ترس از دیوانه شدن)، رفتاری (مانند تحریک‌پذیری، بی‌حرکت ماندن) و ادراکی (مانند مسخ شخصیت و مسخ واقعیت) است. اغلب علایم جسمی اضطراب بر دیگر علایم غلبه دارند [۴]. اضطراب از جمله مفاهیمی در روانپزشکی است که واجد هر دو نوع طبیعی و مرضی است. در بسیاری از مطالعات، «مضطرب» بودن به عنوان صفتی جهت تبیین وضعیت «خلق» (Mood) [۲] افراد مورد بررسی قرار می‌گیرد، اما علاوه بر توصیف خلق، اضطراب به عنوان یک «خصیصه» (Trait) نیز اندازه‌گیری می‌شود [۶، ۵].

خصیصه‌ها، گرایشاتی برای نشان دادن الگوهای ثابت افکار، احساسات و اعمال هستند، اما رفتارهایی که برای یک محیط یا موقعیت «خاص»، اختصاصی هستند، بهتر است به عنوان عادت‌ها در نظر گرفته شوند و نه خصایص. شواهدی مبنی بر ثبات در موقعیت‌های مختلف مورد نیاز است تا یک رفتار، به عنوان یک خصیصه استنتاج شود. البته مثال‌های عینی رفتار، ناشی از تعیین کننده‌های بسیاری همچون عادت‌های آموخته‌شده، نیازهای برانگیخته شده، زمینه‌های اجتماعی، مقتضیات نقش و تأثیر بسیاری از خصیصه‌های متفاوت و بالقوه متعارض هستند. بنابراین تأثیر یک خصیصه خاص بر هر رفتار ویژه، ممکن است به میزان متوسط باشد. از آنجا که خصیصه‌ها نماهای نسبتاً پایداری هستند که فرد را مشخص می‌کنند، بنابر این خصیصه‌ها باید از خلق‌های گذرا یا دوره‌های اختلال روانی که فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند، مجزا شوند. البته این واقعیت که خصیصه‌ها نسبتاً پایدار هستند، به این معنا نیست که نمی‌توانند تغییر کنند؛ خصیصه‌ها، اگرچه پایدار هستند، غیرقابل تغییر نیستند.

در جمعیت عمومی، خصیصه‌ها به طور پیوسته توزیع شده‌اند و معمولاً توزیع آنها شبیه یک منحنی نرمال یا زنگ شکل است. بحث درباره خصیصه‌ها زیرمجموعه‌ای از مطالعه در مورد تفاوت‌های فردی در شخصیت است [۷]. هرچند تفاوت‌های فردی در بسیاری از نظریه‌های یادگیری اجتماعی و اصالت انسان (Humanistic) مورد توجه هستند، اما این مورد توجه‌بودن، به صورت حاشیه‌ای بوده است. در حالی که تفاوت‌های فردی در نظریه‌های مربوط به خصیصه (Trait theories)، در کانون توجه قرار دارند [۸]. بررسی علمی تفاوت‌های فردی در شخصیت، به سر فرانسیس گالتون (Sir Francis Galton) (۱۸۲۲ تا ۱۹۱۱) در انگلستان باز می‌گردد ـ کسی که اساس روان‌سنجی‌ها (Psychometrics) را بنا نهاد ــ و نیز به جرارد هیمنز (Gerard Heymans) (۱۸۵۷ تا ۱۹۳۰) در هلند که اولین مطالعه بزرگ را در مورد خصیصه‌های شخصیتی انجام داد. اولین نظریهسین بزرگ در مورد خصیصه در آمریکا، آلپورت (Allport) بود که کتابش در ۱۹۳۷ تحت عنوان «شخصیت: یک تفسیر روانشناختی»، به مفاهیم اساسی در روانشناسی خصیصه پرداخت [۷]. مهم‌ترین تفاوت‌ها در میان نظریه پردازهای خصیصه (Trait theorists)، در خصایص خاصی است که آنها مفهوم‌پردازی و اندازه‌گیری کرده‌اند. در طول زمان، هزاران ابزار (Scales) تدوین شده‌اند تا خصیصه‌هایی را که روانشناسان، در درک و فهم شخصیت مهم می‌پنداشتند، اندازه‌گیری کنند.

یکی از مشکلات روانشناسان خصیصه (Trait psychologists) در طول سال‌ها، این بوده است که چگونه یک مجموعه قابل مدیریت از خصایص را از بین ساختارهای ممکن بسیار انتخاب کنند. چرا که به نظر می‌رسید برخی اصطلاحات مورد استفاده برای تبیین خصایص، حشو و زاید بوده‌اند. مثلاً هر چند ممکن است اصطلاحات «مضطرب»، «بسیار نگران»، «بی‌قرار و ناآرام» و «دلواپس (Anxious, Worrying, Nervous, and Apprehensive) یکسان نباشند، اما به نظر می‌رسد که مشخصه‌های مشابهی را منعکس می‌کنند. یکی از روندهای مورد استفاده برای شناسایی گروه‌های بزرگ خصایص در پژوهش در مورد شخصیت، تکنیک آماری تحلیل عاملی (Factor analysis) بوده است. عوامل یا حیطه‌ها (Dimensions)، که در این روند مورد شناسایی قرار می‌گیرند، پاسخگوی گروه‌های خصایصی هستند که به طور نزدیکی به هم مرتبط هستند [۷].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.8.7]

پرسشنامه‌های بسیاری با تبیین عامل‌های مختلف، تدوین و مورد استفاده قرار گرفته‌اند [۱۱-۹]. یکی از مدل‌های ارایه شده در مورد خصایص، مدل ۵ عامل (Five-Factor Model) بوده است که در سال ۱۹۶۱، توسط ارنست تیوپس و ریموند کریستال (Ernest Tupes & Raymond Christal) ارایه گردید. بررسی‌های انجام‌شده نشانگر آنند که ۵ عامل ذکرشده در مدل مزبور، می‌توانند در تحلیل‌های ارزیابی‌های خودگزارشگر (Self-report) و مشاهده‌گر (Observer) و نیز در ارزیابی‌های به عمل آمده در مورد کودکان، نوجوانان، دانشجویان و بزرگسالان و همچنین در زبان‌های مختلف، شامل زبان‌های غیراروپایی همچون زبان چینی، عبری و فیلیپینی، بازیابی شوند [۷]. اجماع فزاینده‌ای در میان پژوهشگران کشورهای مختلف وجود دارد که عملاً تمامی خصیصه‌هایی که به وسیله پرسشنامه‌های شخصیت مبتنی بر نظریه اندازه‌گیری شده‌اند، شامل پرسشنامه‌های مشتق از نظریه‌های سایکودینامیک، رفتاری و اصالت انسان (Humanistic)، با یک یا چند عامل از عوامل پنج‌گانه تیوپس و کریستال مرتبط هستند. البته، ابزارها از نظر مشروح بودن متفاوتند. برای مثال، برخی از ابزارها، دو، برخی سه و برخی چهار عامل را مورد سنجش قرار می‌دهند [۱۲]. نظریه پردازهای ۵ عاملی معاصر، در مورد مفهوم‌پردازی عوامل، مقداری متفاوتند و در نتیجه به عوامل، برچسب‌هایی (Labels) تا حدی متفاوت می‌زنند. یک گروه از اصطلاحات مورد استفاده، «روان‌رنجوری»، «برونگرایی»، «گشاده رویی در برابر تجربیات مختلف»، «دوست داشتنی و خوشایند بودن» و «وظیفه‌شناسی و وجدان کار» (Neuroticism (N), Extroversion (E), Openness to experience (O), agreeableness (A) & Conscientiousness (C)) هستند. در این میان، خصیصه اضطراب در ارتباط با عامل روان‌رنجوری (Nouroticism (N)) است، عاملی که در بسیاری از پرسشنامه‌های سنجش خصایص شخصیتی به چشم می‌خورد. صفات مربوط به خصیصه اضطراب عبارتند از: مضطرب، بیمناک، بسیار نگران و ناآرام (Anxious, Fearful, Worrying& Tense) [۷].

خصیصه اضطراب به الگوی مادام‌العمر اضطراب به عنوان نمایی از سرشت/ مزاج (Temperament) اشاره دارد. افراد دارای خصیصه اضطراب، بسیار حساس به محرک‌ها و از نظر سایکوفیزیولوژیک، واکنشی‌تر از بقیه هستند و تفکر فاجعه‌آمیز (Catastrophic) را به نمایش می‌گذارند. بر عکس، «حالت» اضطراب (State anxiety) به دوره‌هایی از اضطراب اشاره دارد که به طور محکم به موقعیت‌های خاص، پیوند خورده‌اند و پس از این که موقعیت برانگیزاننده رفع می‌شود، تداوم نمی‌یابند [۴]. توضیحات علّی مطرح‌شده در مورد خصایص بیانگر آنند که برخی خصیصه‌ها ممکن است به ارث رسیده باشند، برخی ممکن است توسط والدین ایجاد شده باشند و برخی ممکن است از تجربه آموخته شده باشند. از اوایل دهه ۱۹۸۰، مطالعات ژنتیک رفتاری با استفاده از نمونه‌ها، ابزارها و روش‌های تجزیه و تحلیل متفاوت و بسیار، به این نتیجه رسیده‌اند که خصایص شخصیتی، به میزان قابل توجهی ارثی و به میزان زیادی نیز در نتیجه عوامل ناشناخته و عوامل نامتعارف فردی (Idiosyncratic) هستند، اما منشأ خصایص شخصیتی هر چه باشد، خصیصه‌ها می‌توانند اندازه‌گیری شوند و برای پیشگویی‌کردن معیارهای مهم زندگی (Important life criteria) مورد استفاده قرار گیرند [۱۳]. تلاش‌هایی نیز برای یافتن ارتباطاتی بین خصایص شخصیتی و اختلالات روانپزشکی صورت گرفته است [۱۲]، اما ارتباط بین توارث این خصیصه‌ها و الگوهای انتقال اختلالات خاص روانپزشکی ناشناخته است [۱۴]. نظر به اهمیت مباحث خصایص شخصیتی، مطالعه حاضر به بررسی خصیصه اضطراب در جمعیت عمومی، از دیدگاه افراد شرکت‌کننده در مطالعه به صورت خود گزارش‌دهی پرداخته است.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع «مقطعی» بوده و جمعیت هدف عبارت از کل جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال کشور ایران بودند. جمعیت تحت مطالعه به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری مرحله اول به صورت طبقه‌ای بوده و در این مرحله کل جمعیت کشور ایران به تفکیک استان‌ها طبقه‌بندی شدند. نمونه‌گیری مرحله دوم نیز به صورت خوشه‌ای انجام شده است. حجم نمونه با احتساب α=٪۵، $Z_{1-\alpha/2}$=۱/۹۶، P= ٪۵۰ و d=٪۵ مساوی ۳۸۵ نفر محاسبه شد که جهت جلوگیری از ریزش‌های احتمالی معادل ۴۰۰ نفر تعیین شد. حجم نمونه کلی با احتساب مقدار فوق و ۲ Design effect = و ۳۰ استان مساوی ۲۴۰۰۰ در کل کشور برآورد شد. قابل ذکر است که در کل برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها، تعداد بیشتری از افراد کشور مورد پرسشگری قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شدند. این پرسشنامه توسط پرسشگران آموزش‌دیده تکمیل شد. سؤالات این پرسشنامه با

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.8.7]

استفاده از نظرات متخصصان و سؤالات پرسشنامه‌های بین‌المللی تهیه شدند. روایی پرسشنامه توسط روایی محتوی، با استفاده از نظرات ۱۵ تن از متخصصان بررسی شد. جزئیات بیشتر پیرامون طراحی و روش شناسی این مطالعه در مقاله دیگری گزارش شده است [۱۵]. مقاله حاضر صرفاً نتایج حاصل از یک سؤال این پرسشنامه پیرامون خصیصه اضطراب را مورد بررسی قرار داده است. متغیر وابسته در این مطالعه خصیصه اضطراب بود. متغیرهای مستقل در این مطالعه عبارت بودند از جنسیت (مرد و زن)، شغل (خانه دار، دانش آموز/ دانشجو، شاغل، بی‌کار و بازنشسته)، وضعیت تأهل (مجرد، متأهل، مطلقه و بیوه)، درآمد (بسیار خوب، خوب، نه خوب نه بد، کم/ بد و بسیار بد)، سن (به سال)، خودارزیابی سلامت (با گزینه‌های پاسخ بسیار خوب، خوب، نه خوب نه بد، بد، بسیار بد) و ابتلا به بیماری‌های مزمن (بلی، خیر). افراد تحت مطالعه به سؤالات این پرسشنامه به صورت خود گزارش‌دهی پاسخ دادند. به بیان دیگر مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای این مطالعه، نظر خود مردم بوده است. در این مطالعه، داده‌ها با استفاده از گزاره‌های توصیفی و تحلیلی بررسی شد. به منظور بررسی تحلیلی داده‌ها از رگرسیون لجستیک استفاده شد. بدین منظور گزینه‌های بسیار زیاد و زیاد خصیصه اضطراب (متغیر وابسته) به عنوان پیامد نامطلوب و مابقی گزینه‌ها (نه زیاد نه کم، کم/ بسیار کم و اصلاً) به عنوان پیامد مطلوب تلقی شده و متغیرهای سن، جنسیت، تأهل، تحصیلات، اشتغال، وضعیت درآمد، وضعیت کلی سلامت و وجود و عدم بیماری مزمن به عنوان متغیرهای مستقل وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند.

یافته‌ها

در مجموع، ۲۷۸۸۳ تن از افراد ۱۸ تا ۶۵ ساله از ۳۰ استان کشور وارد مطالعه شدند. مشخصه‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه به همراه تعداد موارد عدم پاسخگویی به سئوال‌ها، در جدول شماره ۱، نشان داده شده است. همانگونه که مشاهده می‌گردد اکثر نمونه‌های مورد مطالعه، زن (۵۰/۸ درصد)، دارای تحصیلات متوسطه (۳۶/۷ درصد)، متأهل (۶۱/۰ درصد)، شاغل (۳۸/۶ درصد) و در گروه سنی ۲۵-۱۸ سال (۳۶/۱ درصد) بودند. میانگین سن شرکت کنندگان در مطالعه ۳۲/۷ (با انحراف معیار ۱۱/۸) سال و متوسط سال‌های تحصیل شرکت‌کنندگان در مطالعه، ۱۱/۰ (با انحراف معیار ۴/۴) سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان در مطالعه (۴۳/۲ درصد)، سطح درآمد خود را «نه خوب، نه بد» ارزیابی کرده بودند.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیتی شرکت‌کنندگان در مطالعه (n=۲۷۸۸۳)

	تعداد	درصد
جنسیت		
زن	۱۴۰۴۵	۵۰/۴
مرد	۱۳۶۱۹	۴۸/۸
عدم پاسخ	۲۱۹	۰/۸
گروه‌های سنی (سال)		
۲۵-۱۸	۱۰۰۶۵	۳۶/۱
۳۵-۲۶	۸۱۲۷	۲۹/۱
۴۵-۳۶	۵۰۰۹	۱۸/۰
۵۵-۴۶	۳۲۴۱	۱۱/۶
۶۵-۵۶	۱۴۴۱	۵/۲
میانگین (انحراف معیار)	۳۲/۷(۱۱/۸)	
تحصیلات		
بدون سواد/ ابتدایی	۴۴۵۲	۱۶/۰
راهنمایی	۳۴۲۷	۱۲/۳
دبیرستان	۹۷۴۰	۳۴/۹
دانشگاهی	۸۹۱۴	۳۲/۰
عدم پاسخ	۱۳۵۰	۴/۸
میانگین (انحراف معیار)	۱۱/۰(۴/۴)	
وضعیت تأهل		
مجرد	۹۹۹۶	۳۵/۸
متأهل	۱۶۸۵۰	۶۰/۴
مطلقه	۲۶۹	۱/۰
بیوه	۵۰۵	۱/۸
عدم پاسخ	۲۶۳	۰/۹
شغل		
خانه‌دار	۷۱۷۵	۲۵/۷
دانش‌آموز/ دانشجو	۶۰۷۵	۲۱/۸
شاغل	۱۰۵۶۵	۳۷/۹
بیکار	۲۴۵۳	۸/۸
بازنشسته	۱۰۷۹	۳/۹
عدم پاسخ	۵۳۶	۱/۹
سطح درآمد از دیدگاه شرکت‌کنندگان		
بسیار خوب	۹۳۰	۳/۳
خوب	۷۵۸۰	۲۷/۲
نه خوب، نه بد	۱۱۵۹۹	۴۱/۶
کم/ بد	۳۹۶۸	۱۴/۲
بسیار بد	۲۷۸۳	۱۰/۰
عدم پاسخ	۱۰۲۳	۳/۷

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.8.7]

جدول شماره ۲ نشانگر نقطه‌نظرات افراد مورد مطالعه درباره وضعیت کلی سلامت خود، ابتلا به بیماری مزمن و مضطرب بودن خود (خصیصه اضطراب) است. همانگونه که یافته‌ها نشان می‌دهند ۷۲/۲ درصد از پاسخ دهندگان، وضعیت کلی سلامت خود را خوب یا بسیار خوب گزارش کرده‌اند و ۲۰/۷ درصد از افراد، مبتلا به بیماری مزمن بوده‌اند. در مورد مضطرب بودن، گزینه «کم/ بسیار کم» بیش از دیگر گزینه‌ها (۲۸/۴ درصد) از سوی شرکت‌کنندگان انتخاب شده بود و ۲۰/۱ درصد از نمونه‌ها گزینه‌های «بسیارزیاد» و «زیاد» را انتخاب کرده بودند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون لجستیک در جدول شماره ۳ آمده است.

همانگونه که مشاهده می‌شود جنسیت (۱/۵۲= برای زنان OR)، وضعیت درآمد (۱/۵۶= برای درآمد بسیار بد OR)، وضعیت کلی سلامت (۵/۱۲= برای وضعیت سلامت بسیار بد OR) و وجود بیماری مزمن (۱/۲۷= OR) به صورت معناداری در پیدایش خصیصه اضطراب زیاد و بسیار زیاد نقش اصلی را ایفا کرده‌اند. سن، تأهل، تحصیلات و اشتغال نیز رابطه معناداری با پیامد نامطلوب خصیصه اضطراب نشان ندادند، اگرچه گزاره‌های آماری در جهت مورد انتظار بودند.

بحث و نتیجه گیری

از آنجا که خصایص شخصیتی، حیطه‌هایی نسبتاً پایدار و باثبات هستند [۱۴]، سنجش آنها در جمعیت عمومی، حایز اهمیت است. ارتباط برخی از خصایص با بعضی از بیماری‌ها و رفتارهای مرتبط با سلامت، اهمیت بررسی و مطالعه آنها را دو چندان می‌کند. به عنوان مثال، روان‌رنجوری که خصیصه اضطراب یکی از اجزای تشکیل‌دهنده آن است، به عنوان یک عامل خطر برای ایجاد افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی و زوال عقل (دمانس) مطرح شده است [۱۶].به رغم آن که بررسی خصایص شخصیتی از چندین دهه قبل آغاز شده است [۷] اما بحث در مورد خصیصه اضطراب و دیگر خصایص و ابزارهای اندازه‌گیری آنها همچنان ادامه دارد [۱۸، ۱۷]. مثلاً هرچند به نظر می‌رسد استفاده از ۵ عامل اساسی برای توصیف شخصیت به حل مشکل ساختار شخصیت کمک کرده است، اما این مسئله به این معنا نیست که شخصیت می‌تواند به نحو جامعی بر پایه این ۵ حیطه توصیف شود [۱۲] و در عمل، هنوز باید بسیاری چیزها آموخته شوند [۱۹]. اما این واقعیت که نظریه‌های خصایص شخصیتی معمولاً به ابزارهای ارزیابی گره خورده‌اند، انجام مقایسه‌های تجربی را نسبتاً آسان می‌کند و در دهه گذشته، پژوهشگران در کشورهای مختلف، کار ارتباط دادن مدل‌های مختلف خصایص شخصیتی را انجام داده‌اند و مطالعات بسیاری بر جمعیت‌های گوناگون انجام شده است [۱۲].

در ایران نیز مطالعات بسیاری در مورد خصایص شخصیتی انجام شده است [۲۷-۲۰]. تعداد نمونه‌های کم، پژوهش در جمعیت‌های خاص و نه در جمعیت عمومی و رنج بردن از مشکلات روش‌شناسی (Methodological problems) بخشی از ویژگی‌های برخی از مطالعات انجام شده است. در جستجوی انجام شده، مطالعه‌ای کشوری در مورد بررسی خصایص شخصیتی جمعیت عمومی در ایران، مشاهده نگردید. مقاله حاضر به بررسی خصیصه اضطراب در جمعیت عمومی و ارتباط آن با متغیرهای مختلف به عنوان بخشی از نتایج یک مطالعه بزرگ کشوری پرداخته است.

جدول شماره ۲: فراوانی پاسخهای شرکت‌کنندگان در مطالعه در مورد وضعیت کلی سلامت خود، ابتلا به بیماری مزمن و مضطرب بودن (n=۲۷۸۸۳)

	تعداد	درصد
وضعیت کلی سلامت		
بسیار خوب	۴۸۸۹	۱۷/۵
خوب	۱۵۰۵۵	۵۴/۰
نه خوب، نه بد	۶۲۲۷	۲۲/۳
بد	۱۲۴۷	۴/۵
بسیار بد	۲۲۶	۰/۸
عدم پاسخ	۲۳۹	۰/۹
ابتلاء به بیماری مزمن		
بله	۵۵۱۸	۱۹/۸
خیر	۲۱۱۹۸	۷۶/۰
عدم پاسخ	۱۱۶۷	۴/۲
مضطرب بودن		
بسیار زیاد	۱۱۹۰	۴/۳
زیاد	۴۳۸۸	۱۵/۷
نه زیاد، نه کم	۷۴۸۲	۲۶/۸
کم/ بسیار کم	۷۹۰۳	۲۸/۳
اصلاً	۶۸۷۴	۲۴/۷
عدم پاسخ	۴۶	۰/۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.8.7]

جدول شماره ۳- نتایج بدست آمده از تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک در پیامد خصیصه اضطراب زیاد و بسیار زیاد

	میزان بخت (٪۹۵CI)	P
سن	۰/۹۹ (۰/۹۹ -۱/۰۰)	۰/۲۱
جنسیت		
مرد	۱/۰۰ (ref.)	
زن	۱/۵۲ (۱/۴۰-۱/۶۶)	<۰/۰۰۰۱
تأهل		
متأهل	۱/۰۰ (ref.)	
مجرد	۱/۰۳ (۰/۹۴-۱/۱۴)	۰/۴۹
مطلقه/ بیوه	۱/۰۴ (۰/۸۷-۱/۲۶)	۰/۶۱
تحصیلات	۱/۰۰ (۰/۹۹-۱/۰۱)	۰/۱۳
اشتغال		
بازنشسته	۱/۰۰ (ref.)	
خانه‌دار	۱/۲۰ (۰/۹۸-۱/۴۷)	۰/۰۷
دانش آموز/ دانشجو	۱/۰۹ (۰/۸۸-۱/۳۶)	۰/۴۰
شاغل	۱/۰۴ (۰/۸۶-۱/۲۶)	۰/۶۶
بیکار	۱/۰۸ (۰/۸۶-۱/۳۵)	۰/۴۹
وضعیت درآمد		
خوب/ بسیار خوب	۱/۰۰ (ref.)	
نه خوب نه بد	۱/۰۶ (۰/۹۸-۱/۱۵)	۰/۱۴
کم/ بد	۱/۳۳ (۱/۱۹-۱/۴۷)	<۰/۰۰۰۱
بسیار بد	۱/۵۶ (۱/۳۹-۱/۷۵)	<۰/۰۰۰۱
وضعیت کلی سلامت		
بسیار خوب	۱/۰۰ (ref.)	
خوب	۱/۲۳ (۱/۱۱-۱/۳۶)	<۰/۰۰۰۱
نه خوب نه بد	۲/۰۲ (۱/۸۰-۲/۲۷)	<۰/۰۰۰۱
بد	۳/۶۸ (۳/۱۲-۴/۳۴)	<۰/۰۰۰۱
بسیار بد	۵/۱۲ (۳/۷۵-۶/۹۹)	<۰/۰۰۰۱
بیماری مزمن		
ندارد	۱/۰۰ (ref.)	
دارد	۱/۲۷ (۱/۱۶-۱/۳۹)	<۰/۰۰۰۱

در بررسی متغیر مضطرب بودن، هرچند نتایج بیانگر آن بود که گزینه «کم/ بسیار کم» بیش از دیگر گزینه‌ها از سوی شرکت‌کنندگان در مطالعه، انتخاب شده بود (۲۸/۴ درصد) اما به نظر می‌رسد احتمال وجود مشکل روانشناختی در ۲۰/۱ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه (مجموعه افرادی که گزینه‌های «بسیارزیاد» و «زیاد» را انتخاب کرده بودند)، می‌تواند مطرح شود که محل تأمل است و این در حالی است که اگر گروهی که گزینه «نه زیاد، نه کم» را انتخاب کرده‌اند، به گروه‌های فوق اضافه شوند، درصد مزبور به ۴۷/۰ درصد خواهد رسید. نتایج مطالعه نشان داد که بین سن و پیامد نامطلوب خصیصه اضطراب رابطه معناداری وجود نداشت. در برخی از مطالعات انجام‌شده نیز ارتباطی بین سن و خصیصه اضطراب مشاهده نگردیده است [۲۸]. یافته‌ها همچنین نشانگر آن بودند که زنان بیش از مردان خود را افرادی مضطرب (واجد خصیصه اضطراب زیاد و بسیار زیاد) معرفی کرده‌اند. در دو مطالعه بزرگ کشوری انجام شده در ایران [۳۰، ۲۹] نیز ــ هرچند موضوع مورد ارزیابی خصایص شخصیتی نبوده است - اما زنان بیش از مردان، مبتلا به اختلالات روانپزشکی/ واجد احتمال بیشتر ابتلا به اختلال روانپزشکی دانسته شده بودند. برخی مطالعات انجام شده در دیگر کشورها نیز، نشانگر آنند که خصیصه اضطراب در زنان بیش از مردان وجود دارد [۳۱، ۲۸].

نتایج مطالعه انجام‌شده همچنین بیانگر ارتباط برخی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت همچون وضعیت درآمد و سلامت روان بود. در این مطالعه، ارتباط متغیرهای وضعیت درآمد و وضعیت کلی سلامت با پیامد خصیصه اضطراب زیاد و بسیار زیاد، از روند مقدارــ پاسخ (Dose-response) پیروی می‌کرد.

نمونه بزرگ مورد بررسی و نمونه‌گیری از تمامی استان‌های کشور از نقاط قوت این پژوهش است، اما در عین حال همچون بسیاری از پژوهش‌ها، محدودیت‌هایی را نیز در مورد قسمتی از نتایج مطالعه که در این مقاله به آنها پرداخته شده است، می‌بایست در نظر داشت. در مطالعه حاضر همچون بسیاری از مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف، به بررسی خصیصه اضطراب در جمعیت عمومی به صورت خودگزارشگری (Self-reported) پرداخته شده است.

در مورد ارزیابی اشخاص از خصایص شخصیتی خود، این مسئله مطرح است که افراد ممکن است درک صحیحی از شخصیت خود نداشته باشند یا ممکن است به علت پاسخ دادن از موضع دفاعی و به گونه‌ای که از نظر اجتماعی مطلوب باشد، عمداً تصویری اشتباه از خود ارایه کنند [۱۹].

یکی از راهکارهای پیشنهادی برای کاهش مشکل فوق، گرفتن اطلاعات از افراد مطلع (معمولا همسران یا والدین) است [۱۹]. در عین حال باید توجه داشت که انسان‌ها ممکن است به راحتی و بر اساس اطلاعات کم و به همان نسبت با صحت محدود، خصایص را

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.8.7]

به دیگران نسبت دهند. ماشه‌چکان (Stereotypes) این انتساب‌های شخصیت، ممکن است کلیشه‌های سن یا ظاهر فیزیکی باشد [۷].

استفاده از منابع متعدد اطلاعاتی و از جمله اتکا بر عامل ارزشمند قضاوت بالینی روانپزشک از راه‌حل‌های ارایه‌شده برای سنجش شخصیت افراد است [۱۹].

یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش‌های انجام شده بر خصایص شخصیتی این است که در برخی منابع، عقیده بر آن است که فقط با «مشاهده» رفتار در موقعیت‌های «متفاوت» است که یک الگوی ثابت و در نتیجه خصیصه شخصیتی می‌تواند شناسایی شود [۷]، روشی که کمتر در مطالعات انجام شده از آن بهره گرفته شده است. همچنین باید در نظر داشت که بهنگام بررسی خصایص شخصیتی به صورت خودگزارشگری، هرچه از تعداد سؤالات بیشتری برای سنجش خصیصه‌ای مشخص، استفاده شود، احتمال صحت ارزیابی به عمل‌آمده افزایش می‌یابد.

در مجموع، مطالعه حاضر بیانگر احتمال وجود خصیصه اضطراب در جمعیت عمومی به میزان قابل تأمل و ارتباط آن با برخی از مشخصه‌های جمعیت‌شناختی و مؤلفه‌های اجتماعی سلامت است. پژوهش‌های بیشتر در حیطه خصایص شخصیتی، به شناخت بهتر از این خصایص، تظاهر آنها در زندگی روزمره، اثر آنها بر سلامت و طراحی مداخلات لازم در مورد گروه‌های پرخطر کمک خواهد کرد.

سهم نویسندگان

سپیده امیدواری: نویسنده اصلی این مقاله و مسئول تجزیه و تحلیل داده‌های این بخش از مطالعه بوده است. سایر نویسندگان در طراحی مطالعه، طراحی ابزار، اجرای طرح، تفسیر و تحلیل یافته‌ها و مرور پیش‌نویس مقاله مشارکت داشته‌اند. یادآوری می‌نماید این مقاله بخشی از یافته‌های مطالعه «سلامت از دیدگاه مردم ایران» است که توسط علی منتظری به عنوان طراح و مجری انجام شده است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله تمایل دارد از کلیه افرادی که در جمع‌آوری داده‌های این مطالعه همکاری کرده اند صمیمانه تشکر و قدردانی نماییم. جمع‌آوری داده‌های این مطالعه مرهون همکاری بی‌شائبه رؤسای واحدهای استانی جهاد دانشگاهی، معاونان فرهنگی جهاد دانشگاهی و همکاران سخت‌کوش ما در مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (ایسپا) و شعب آن در سراسر کشور است. از معاونت محترم پژوهش و فناوری جهاد دانشگاهی در تأمین بخشی از هزینه‌های این مطالعه سپاسگزاری می‌شود. در پایان لازم است از خانم‌ها راحله رستمی، آرزو اسدی، طاهره رستمی، فریبا رسولی، فاطمه ریاضی، سمیه فتحیان و سمیه مددی که در ورود اطلاعات این مطالعه همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی نماید.

منابع

1. Sadock BJ. Signs and Symptoms in Psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, and Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth Edition, Lippincott: Philadelphia, 2009: 921

2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Tenth Edition, Lippincott: Philadelphia, 2007

3. Sims A. Symptoms in the mind. Second Edition, W.B. Saunders: London, 1995

4. Matorin AA, Ruiz P. Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, and Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth Edition, Lippincott: Philadelphia, 2009: 1095

5. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Sakkas P, Vlahos L. The psychometric properties of the Greek version of the State-Trait Anxiety Inventory in cancer patients receiving palliative care. Psychology and Health 2009; 24: 1215-1228

6. Muschalla B, Linden M, Olbrich D. The relationship between job-anxiety and trait-anxiety-a differential diagnostic investigation with the Job-Anxiety-Scale and the State-Trait-Anxiety-Inventory. Journal of Anxiety Disorders 2010; 24: 366-371

7. Costa PT, McCrae RR. Approaches derived from philosophy and Psychology. In: Sadock BJ, Sadock VA, and Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth Edition, Lippincott: Philadelphia, 2009: 877

8. Costa PT, McCrae RR. Approaches derived from philosophy and Psychology. In: Sadock BJ, Sadock VA, and Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth Edition, Lippincott: Philadelphia, 2009: 876

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.8.7]

9. Eysenck HJ, Eysenck M. Personality and individual differences. Plenum: London, 1985
10. Costa PT Jr, McCrae RR. Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory. Journal of Personality Assessment 1995; 64: 21
11. Digman JM. Personality structure: Emergence of the Five-Factor Model. Annual Review Psychology 1990; 41: 417
12. Costa PT, McCrae RR. Approaches derived from philosophy and Psychology. In: Sadock BJ, Sadock VA, and Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth Edition, Lippincott: Philadelphia, 2009: 878
13. Costa PT, McCrae RR. Approaches derived from philosophy and Psychology. In: Sadock BJ, Sadock VA, and Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth Edition, Lippincott: Philadelphia, 2009: 879
14. Matorin AA, Ruiz P. Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, and Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth Edition, Lippincott: Philadelphia, 2009: 1073
15. Montazeri A, Omidvari S, Azin A, Aeenparast A, Jahangiri K, Sadighi J, et al. Iranian health perception survey: the study protocol. Payesh 2011; 10: 315-322 [Persian]
16. Calboli FC, Tozzi F, Galwey NW, Antoniades A, Mooser V, Preisig M, et al. A genome-wide association study of neuroticism in a population-based sample. PLoS ONE 2010; 5 (7): e11504
17. Bados A, Gómez-Benito J, Balaguer G. The state-trait anxiety inventory, trait version: does it really measure anxiety? Journal of Personality Assessment 2010; 92: 560-567
18. Vigneau F, Cormier S. The factor structure of the State-Trait Anxiety Inventory: an alternative view. Journal of Personality Assessment 2008; 90: 280-285
19. Costa PT, McCrae RR. Approaches derived from philosophy and Psychology. In: Sadock BJ, Sadock VA, and Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth Edition, Lippincott: Philadelphia, 2009: 883
20. Shirzadi A., Mehrabizadeh-Honarmand M, Haghighi J. Study of simple and multiple relationships between perfections, trait-state anxiety and depression with migraine head ache in student of Islamic Azad University of Ahvaz. Journal of Education and Psychology 2003; 9: 109-26 [Persian]
21. Cheraghi F, Moradi AR, Faraahani MN. The effect of trait anxiety and stressful conditions on the processing efficiency and working memory performance. Journal of Behavioral Sciences (JBS) 2008; 2: 25-32 [Persian]
22. MohammadPour-Yazdi AR, Birashk B, Fata L, Dejkam M. Case-Control study of defense styles and state- trait anxiety among college students with general anxiety disorder. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health 2009; 41: 7-14 [Persian]
23. Zamani AR, Moradi A. The comparison of the trait anxiety, state anxiety, and confidence in three sport teams and three individual sports. Knowledge and Research in Applied Psychology 2009; 40: 63-73 [Persian]
24. Abdi S, Abdollahi R, Babapoor J, Ghojazadeh M. The comparison of personality traits related to behavioral inhibition/activation brain systems in the people with high risk, low risk sexual relationships and normal people. Medical Journal of Tabriz University 2009; 31: 49-56 [Persian]
25. Ataei-Nakhaei A, Ghanbari-Hashemabadi BA, Modarese-Gharavi M. Comparison of mindfulness-based group therapy with study skills training on test anxiety and trait anxiety. Journal of Clinical Psychology 2009; 1: 21-30 [Persian]
26. Bahrami Ehsan H. Religious orientation, anxiety and self-esteem. Journal of Psychology 2003; 6: 336-47 [Persian]
27. Hosseini SH, Pourmousa R, Sheykhmounesi F, Hosseininasab SAA. Evaluation of depression and anxiety in patients with tinnitus. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2008; 18: 63-68 [Persian]
28. Schocken DD, Greene AF, Worden TJ, Harrison EE, Spielberger CD. Effects of age and gender on the relationship between anxiety and coronary artery disease. Psychosomatic Medicine 1987; 49: 118-26
29. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. The British Journal of Psychiatry 2004; 184: 70-73
30. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2005; 1: 16-23
31. Muschalla B, Linden M, Olbrich D. The relationship between job-anxiety and trait-anxiety-a differential diagnostic investigation with the Job-Anxiety-Scale and the State-Trait-Anxiety-Inventory. Journal of Anxiety Disorders 2010; 24: 366-371

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.8.7]