Volume 24, Issue 1 (January- February 2025)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Risk factors for anxiety, depression and stress in college students: a cross-sectional study

Maryam Ghajar[1], Ali Asadbeygi[1*]

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University South Tehran Branch, Tehran, Iran

Received: 10 February 2024
Accepted for publication: 21 December 2024
[EPub a head of print-4 January 2025]
Payesh: 2025; 24(1): 95- 103

Abstract

Objentive(s): Students' exposure to multiple stressors can have adverse effects on their future and lead to a decrease in their mental and physical health. Environmental and psychosocial stressors can be considered as common risk factors for the psyche and widely in two-way interaction with anxiety and depression as the most common psychological disorders of the mood distress. Students are more vulnerable or exposed to harms due to their personality and environmental characteristics. Thus this study aimed to risk factors for anxiety, depression and stress among students.

Methods: The statistical population of this research included all students studying in an Educational Complex affiliated with Islamic Azad University, South Tehran Branch in 2023. To determine the sample size of the research, according to the partial least squares method, Barclay's rule. The DASS-21 was used to measure anxiety, depression and measure stress.

Results: In all 211 students were entered into the study. The results obtained from logistic regression analysis based on demographic characteristics showed that the odds ratio for anxiety, depression and stress among postgraduate students was 0.4; 0.49; and 0.52, respectively indicating worse conditions for undergraduate students.

Conclusion: Undergraduate students are more likely to suffer from anxiety, depression and stress compared to postgraduate students, and single students might experience more stress compared to married students.

Keywords: anxiety, depression, stress, Demographic characteristics

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.95]

[*] Corresponding author: Islamic Azad University South Tehran Branch,, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran, Iran
E-mail: ali_asadbeygi_59@yahoo.com

پایش
نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

بررسی رابطه مشخصات دموگرافیک با اضطراب، افسردگی و فشار عصبی در دانشجویان

مریم قاجار[۱] ، علی اسدبیگی[۱] *

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، داننشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۵ دی۱۴۰۳]
نشریه پایش: ۱۰۳- ۹۵ :(۱)۲۴؛ ۱۴۰۳

چکیده

مقدمه: مواجهه دانشجویان با عوامل تنش‌زای متعدد می‌تواند اثرات نامطلوبی بر آینده‌ی آن‌ها و بالطبع جامعه گذاشته و منجر به کاهش مقاومت روانی و جسمی و بروز آثار ناخوشایند گردد. عوامل استرس‌زای محیطی و روانی اجتماعی می‌تواند عوامل خطر مشترکی برای روان به حساب آمده و به طور وسیعی در تعامل دو سویه با اضطراب و افسردگی به عنوان شایعترین اختلالات روان‌شناختی از دسته‌ی خلقی قرار گیرند و دانشجویان به جهت ویژگی‌های شخصیتی و محیطی آسیب‌پذیرتر بوده یا در معرض آسیب‌های بیشتری قرار دارند. بر همین اساس به نظر می‌رسد که بررسی و پرداختن به مشکلات دانشجویان، به جهت ایجاد شرایط بهتر و سالم‌تر فردی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر می‌باشد.

مواد و روش کار: جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی دانشجویان مشغول به تحصیل در مجتمع آموزشی ولیعصر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب در سال ۱۴۰۲ می‌باشد. برای تعیین حجم نمونه پژوهش با توجه به استفاده از روش حداقل مربعات جزئی از قاعده بارکلای و از پرسشنامه اضطراب و افسردگی DASS_21 برای سنجش استرس، اضطراب و افسردگی استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون لجستیک بر مبنای ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد: نسبت شانس ابتلا به اضطراب در مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد در مقایسه با دانشجویان کارشناسی برابر با ۰/۶ نسبت شانس ابتلا به افسردگی ۰/۵۱نسبت شانس ابتلا به استرس برابر با ۰/۴۸و این نسبت برای افراد متاهل ۰/۵۸کمتر بود (فقط در مورد استرس).

نتیجه‌گیری: دانشجویان مقطع کارشناسی در مقایسه با دانشجویان مقاطع تحصیلی بالاتر احتمال بیشتری برای ابتلا به اضطراب، افسردگی و استرس دارند و احتمال استرس در دانشجویان مجرد در مقایسه با دانشجویان متاهل بیشتر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: اضطراب، افسردگی، استرس، مشخصات دموگرافیک

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی
E-mail: ali_asadbeygi_59@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.95]

مقدمه

سلامتی دانشجویان به عنوان قشری از جامعه با بهترین سن بهره‌وری در عملکردهای فکری، ذهنی، فیزیکی و اجتماعی که نقش مهمی در شرایط حال و آینده‌ی جامعه ایفا می‌کنند مورد توجه ویژه قرار دارد و می‌تواند در ابعاد روانی، زیستی و اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد. اگرچه کیفیت زندگی دانشجویان به احساس جدا افتادگی، زمینه‌ی قبلی و میزان رشد و تکامل فردی آنها بستگی دارد اما مواجهه با عوامل تنش‌زای متعدد می‌تواند اثرات نامطلوبی بر آینده‌ی آنها و بالطبع جامعه گذاشته و سایه‌ی منفی عوامل استرس‌زا بر توان مقابله‌ای فرد، منجر به کاهش مقاومت روانی و جسمی و بروز آثار ناخوشایند می‌گردد. از جمله اختلالات ناشی از استرس که به واسطه‌ی تاریخچه‌ی طولانی و شیوع بالا، عامل نگران کننده‌ی بهداشت روانی به حساب آمده و می‌توانند علاوه بر تاثیر منفی در کارکرد دانشگاهی و شغلی، در روابط با دوستان و خانواده نیز اثر بگذارند، می‌توان به اضطراب (Anxiety) و افسردگی (Depression) اشاره کرد که در سال‌های اخیر توجه محققان را به خود جلب کرده است.

پژوهش‌ها علاوه بر تأیید وجود رابطه‌ی مستقیم میان استرس، اضطراب و افسردگی [۱] نشان داده که بعضی نشانه‌های افسردگی تا ۷۸ درصد دانشجویان را درگیر خود ساخته و در ۴۶ درصد از آنها تا اندازه‌ای است که نیاز به خدمات تخصصی دارند [۲].

با وجود آنکه میزان محدودی از اضطراب که با نشانه‌های دلشوره، نگرانی، دلهره، بیقراری و نابسامانی شناخته می‌شود [۳] برای رشد ضروری است، مقدار زیاد آن با ایجاد رفتارهای نوروتیک و سایکوتیک در فرد بصورت اختلال رفتاری بروز می‌کند [۴]. افسردگی نیز با ایجاد احساس غمی میان یک نا امیدی خفیف و یأس شدید می‌تواند در غالب یک اختلال، بر روند زندگی فرد در تمام حوزه‌ها تاثیر بگذارد و این‌چنین است که تفکر و سلامت روان (Mental Health) رابطه تنگاتنگی با یکدیگر پیدا کرده و رضایتمندی از زندگی با نوع تفکر مرتبط می‌شود [۵].

از آنجا که آستانه‌ی تحمل افراد و نحوه‌ی برخورد آن‌ها با استرس متفاوت است، فشار بیش از حد توان فرد منجر به بروز اختلال‌های روانی مختلفی می‌شود که از آن جمله می‌توان به اضطراب و افسردگی اشاره کرد که به طور وسیعی با عملکردهای اجتماعی و مسایل مربوط به سلامت مرتبط هستند [۶] و جزو شایع‌ترین اختلالات روان‌شناسی از دسته خلقی محسوب می‌شوند [۷].

اضطراب یک نگرانی عمیق، درونی و مبهم در مورد آینده است که منبع خطر آن می‌تواند درونی یا بیرونی باشد و غالبا با هیجانات شدید، احساس عدم لذت و مشخصه‌های تنش جسمی نظیر طپش قلب، تنگی نفس، افزایش تعریق و بی‌قراری همراه است [۸].

اضطراب، واکنش نه چندان ساده و پیچیده ای است که به وسیله‌ی سیستم‌های واکنشی به هم وابسته‌ی شناختی، جسمی و رفتاری نمایان می‌شود که در سطح شناختی، ادراک همراه با تهدید و ترس فرد و تعابیر تحریف شده‌ی او از موقعیت‌ها، حالاتی چون عدم توانایی در سازش، نگرانی و تردید را به همراه دارد. در سطح جسمانی، این انتظار خطر قریب الوقوع، منجر به تحریک دستگاه سمپاتیک و فعال شدن سیستم جنگ و گریز می‌شود و بالاخره در سطح رفتاری ما شاهد رفتارهای تدافعی یا انفعالی و گریز از محرک خواهیم بود [۹]. اگرچه نو اندیشی و تمدن، عوامل فرهنگی - اجتماعی، تغییرات سریع و موقعیت‌های خاص در زندگی به طور وسیعی با اضطراب همراه هستند اما می‌توان ساختار شخصیتی فرد و تعارضات دنیای خارج و خود درونی(برون روانی) و یا کشمکش سانسور کننده‌ی خود آرمانی(درون روانی) را نیز در به وجود آمدن آن دخیل دانست [۱۰] و شاهد شروع آن از مراحل اولیه‌ی رشد و تحول در حدود ماه‌های ۸-۶ زندگی کودک بود و از این رو است که اضطراب کودک و پیامدهای آن مبتنی بر رابطه‌ی مادر و کودک و چگونگی مراقبت‌های دوران کودکی بوده و با توجه به نوع دلبستگی تعریف می‌شود. مطالعات انجام شده در مورد دانشجویان [۱۳-۱۱] نشان می‌دهد که عوامل مختلفی نظیر فشار سنگین محتوای درس و تکالیف و امتحانات، کمالگرایی شخصی یا انتظارات بالای والدین، قرارگیری در برحه‌ی جدیدی از زندگی و لزوم تطبیق‌پذیری با شرایط جدید، هزینه‌های بعضا هنگفت و چشم انداز نامعلوم آینده در شکل‌گیری و تعمیق اضطراب نقش بسزایی داشته [۱۴] و علاوه بر تحصیل، مشکلاتی را در زندگی شخصی و روزمره و حتی در عملکردهای شغلی آنها ایجاد می‌کند [۱۵]. شیوع اضطراب به عنوان یکی از مشکلات روانی جهانی بسیار بالابوده و بر اساس آمارهای ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی، بیش از ۲۶۰ میلیون نفر در سراسر جهان است. در آمریکا، حدود ۱۸،۱ درصد از جمعیت بالای ۱۸ سال و در اروپا نیز، بر اساس گزارش‌های ارائه شده توسط اتحادیه اروپا، بیش از ۶۰ میلیون نفر به این اختلال مبتلا هستند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۷، ایران در بین کشورهای جهان با بیشترین شیوع اختلالات اضطرابی در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.1.95]

جمعیت، در رتبه یازدهم قرار داشت [۱۶] وگزارش سامانه آماری نیروی انتظامی در سال ۱۳۹۹ در مورد آمار اختلالات روانی در ایران نشان می‌دهد که تقریباً ۱۰ درصد از جمعیت ایران فارق از سن و جنسیت دارای اختلال اضطرابی بوده اند اگرچه رده سنی ۱۸ تا ۳۰ سال بیشترین شیوع را داشته و در مردان بیشتر از زنان مشاهده شده است. با وجود این باورکه مقدار کم اضطراب به گذران زندگی کمک می‌کند اما شدت اضطراب و طولانی بودن آن می‌تواند تأثیر زیادی در ایجاد بیماری‌های روان‌تنی مانند فشارخون، کاهش ایمنی بدن، آنژین صدری، بیماری کرونر قلب [۱۷] و اختلالات روانی نظیر افسردگی ثانویه داشته باشد و از کیفیت زندگی فرد بکاهد. بررسی‌های انجام شده حاکی از آنست که اضطراب و افسردگی همبودی زیادی با یکدیگر دارند [۱۸] و هر دو از جمله مشکلات شایع حوزه‌ی سلامت روان در میان دانشجویان ایرانی محسوب می‌شوند [۱۹] که با طیف وسیعی از مشکلات مربوط به کارکردهای اجتماعی و سلامت رابطه داشته و یکی از عوامل اصلی مرگ و میر به حساب می‌آیند.

از آنجا که ارائه‌ی تعریفی همه پسند از افسردگی دشوار است [۲۰] در این پژوهش افسردگی از نوع غیر روان‌پریشانه مدنظر قرار گرفته است که با توجه به گسترده بودن نشانه‌های آن می‌توان آنها را در چهار گروه علائم انگیزشی، شناختی، خلقی و جسمی دسته بندی کرد [۲۱] که از میان آنها خلق پایین، ناامیدی، نبود لذت و بی علاقگی از مشخصه‌های غالب به حساب می‌آیند و در عین حال باید توجه داشت که انواع، تعداد، شدت، مدت و میزان آسیب آنها به سیر طبیعی زندگی است که به تشخیص گذاری اختلال منجر می‌شود [۲۲]. در واقع تشخیص افسردگی به عنوان یک اختلال، مبتنی بر مجموعه‌ای از نشانه‌های خاص با دوام کافی است که فرد را پریشان کرده و تأثیر نامناسبی بر عملکرد وی می‌گذارد [۲۳] و فرد دارای اختلال برخلاف افراد عادی که بر طیف گسترده‌ای از حالات خلقی و عاطفی خود کنترل دارند فاقد تسلط بر خلق خویش است [۲۴]. در سبب شناسی افسردگی، عوامل متعددی من‌جمله عوامل ژنتیکی (پیشینه‌ی افسردگی در خانواده)، زیستیَ (سابقه‌ی بیماری، اختلال در انتقال دهنده‌های عصبی یا سیستم هورمونی)، روانی (عدم دریافت یا کمبود در محبت و توجه والدین، نبود حس ارزشمندی، نقص در ارتباط و امنیت روابط) و حتی محیطی دخالت دارند و غالبا ما با مجموعه‌ای درهم‌تنیده از این عوامل روبرو هستیم که نظریات بین‌فردی [۲۵] و نظریات درون فردی در مطرح کردن و پشتیبانی آنها از اهمیت بالایی برخوردارند چنانچه بر اساس مدل بیماری‌پذیری ارثی ـ استرس برخی کودکان گاها به لحاظ ژنتیک در برابر اختلالات روانی آسیب‌پذیرتر بوده و در تعامل با محیط احتمال بیشتری برای بروز و ابتلا خواهند داشت [۲۶] و به همین دلیل است که پژوهشگران، خانواده را اولین و اصلی‌ترین عامل محیطی شکل‌گیری و ثبات هر اختلال می‌دانند [۲۷]. افسردگی، محدودیت زمانی، مکانی و فردی نداشته و در تمام فرهنگ‌ها و کشورها البته به نسبت جنسیت، سن و شیوع متفاوت دیده می‌شود [۲۸] و بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ یکی از بیماری‌های شایع در جهان بوده که مجموع مبتلایان به آن در سال ۲۰۱۹ به ۲۶۰ میلیون نفر رسید و البته در زنان شایع‌تر از مردان بوده است [۲۹] همچنین براساس مطالعات صورت گرفته، افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی در ایران است. براساس مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، افسردگی سومین مشکل سلامتی کشور است. بر اساس یافته‌های مطالعات صورت گرفته در ایران، شیوع افسردگی در جمعیت‌های مختلف ایرانی از ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد متغیر بوده و افسردگی در زنان و دختران بیشتر از مردان است. همچنین شیوع افسردگی در جمعیت روستایی و شهرهای کوچک به نسبت شهرهای بزرگ بیشتر بوده است [۳۰].

عوامل استرس‌زای محیطی و روانی اجتماعی می‌توانند عوامل خطر مشترکی برای روان به حساب آمده و به طور وسیعی در تعامل دو سویه با اضطراب و افسردگی به عنوان شایعترین اختلالات روان‌شناختی از دسته‌ی خلقی قرار گیرند [۳۱].

بدیهی است که این خطر زمانی بیشتر احساس می‌شود که فرد به جهت ویژگیهای شخصیتی و محیطی آسیب‌پذیرتر بوده یا در معرض آسیب‌های بیشتری قرار داشته باشد. دانشجویان از جمله اقشاری هستندکه از جهات مختلف جسمی، روانی، مالی، محیطی و خانوادگی در معرض مسائل تنش‌زای متعددی نظیر نامنظمی ساعات خواب و بیداری، کمبود شرایط و زمان تفریح، متحمل شدن هزینه‌های مختلف، استرس و فشار درس و امتحان ، بعضا دوری از خانواده و ... قرار دارند و این مسئله علاوه بر به هدر رفتن سرمایه‌های جامعه، ایشان را از رسیدن به اهداف باز می‌دارد و منجر به ناکارآمدی منابع انسانی می‌شود. از طرف دیگر عدم سلامت روان و شیوع اختلالات روانی در دانشجویان با توجه به ورود آنها به بزرگسالی و افزایش لزوم تصمیم‌گیری‌های مهم، می‌تواند نقش مؤثری در سلامت و موفقیت آینده‌ی فرد و جامعه داشته باشد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.1.95]

[۳۳-۳۲]. بر همین اساس و با توجه به پیشینه‌ی تحقیقات انجام شده و با توجه به اهمیت دوران دانشجویی و بازه‌ی سنی عرفی برای آن، به نظر می‌رسد که بررسی و پرداختن به مشکلات این جامعه، به جهت ایجاد شرایط بهتر و سالم‌تر فردی، خانوادگی و اجتماعی و هم از نظر افزایش کیفیت همه جانبه‌ی جامعه و هم به لحاظ ایجاد زمینه‌ی سلامت در آینده، بسیار مفید، مؤثر و حتی ضروری می‌باشد.

مواد و روش کار

جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی دانشجویان مشغول به تحصیل در مجتمع آموزشی ولیعصر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب در سال ۱۴۰۲ (در حدود ۳۲۰۰۰ نفر) بوده است. برای تعیین حجم نمونه با توجه به استفاده از روش حداقل مربعات جزئی از قاعده بارکلای (Barclay) استفاده شد. بر اساس این قاعده، کمترین حجم نمونه لازم برای استفاده از روش حداقل مربعات جزئی، از ۱۰ برابر تعداد شاخص‌های مدل اندازه‌گیری که دارای بیشترین شاخص در میان مدل‌های اندازه‌گیری مدل اصلی پژوهش است، محاسبه می‌شود و بر همین اساس کمترین حجم نمونه برای این پژوهش ۱۰۰ نفر محاسبه شد لیکن برای افزایش اطمینان و دقت نتایج و کاهش خطای احتمالی، تعداد ۲۱۱ نفر به عنوان حجم نمونه پژوهش تعیین شد. این نمونه‌گیری به روش در دسترس و با بهره‌گیری از سامانه نظرسنجی آنلاین (پرس لاین) انجام شدکه به این منظور پرسشنامه‌ها در شبکه‌های مجازی وابسته به دانشگاه قرار گرفت و نمونه‌گیری تا رسیدن به حد نصاب مورد نظر ادامه یافت. لازم به ذکر است ۲۱۱ پرسشنامه تکمیل شد که در میان آن‌ها پرسشنامه مخدوش وجود نداشت. در جدول ۱ اطلاعات مربوط به فراوانی و درصد فراوانی نمونه بر اساس جنسیت، سن، مدرک تحصیلی و تأهل آمده است.

ابزارهای پژوهش :پرسشنامه اضطراب و افسردگی DASS_21 (Depression Anxiety Stress) در این پژوهش از پرسشنامه دس (DASS) استفاده شد که توسط لابیوند (Lovibond, P.) و لابیوند (Lovibond, S.) در سال ۱۹۹۵جهت سنجش استرس، اضطراب و افسردگی ساخته شده و دارای ۲۱ گویه می‌باشد و هریک از خرده مقیاس‌های آن ۷ گویه را شامل می‌شود که نمره‌ی نهایی هرکدام از طریق مجموع نمرات گویه‌های مربوط به خرده مقیاس افسردگی (گویه‌های ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱) ، اضطراب (گویه‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰) و استرس (گویه‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸) بدست می‌آید. این پرسشنامه در ایران توسط صاحبی و همکاران [۳۴] هنجاریابی شده است. شیوه‌ی نمره‌گذاری به این صورت است که برای هر گویه از صفر (اصلا در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملا در مورد من صدق می‌کند) امتیاز درنظر گرفته می‌شود. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده‌ی مقیاس اصلی (۴۲ گویه‌ای) است، نمره‌ی نهایی هریک از خرده مقیاس‌ها باید دو برابر شده و سپس با در نظر گرفتن شدت با توجه به جدول ۲ می‌توان شدت علائم را مشخص کرد. لابیوند و لابیوند (۱۹۹۵) میزان روایی این پرسشنامه را ۰,۷۷ و مقدار پایایی آن بر اساس آلفای کرونباخ و به تفکیک مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب، استرس و استرس ـ اضطراب ـ افسردگی به ترتیب ۰,۸۹، ۰,۸۴، ۰,۸۲ و۰,۸۳ محاسبه کرده اند. در پژوهش صاحبی و همکاران همچنین همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای مولفه‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ محاسبه شده است.

یافته ها

پژوهش حاضر ۲۱۱ نفر شرکت کننده داشت که ۳۱ نفر مرد (۱۴/۷٪) و ۱۸۰ نفر زن (۸۵/۳٪) ، ۱۲۹ نفر مجرد (۶۱/۱٪) و ۸۲ نفر متأهل (۳۸/۹٪)، ۱۱۳ نفر کمتر از ۳۰ سال (۵۳/۶٪) و ۹۸ نفر بیشتر از ۳۰ سال (۴۶/۴٪)، ۱۰۴ نفر تحصیلات کارشناسی (۴۹/۳٪) و ۱۰۷ نفر تحصیلات بالاتر از کارشناسی (۵۰/۷٪) داشتند. همچنین شرکت‌کنندگان از نظر دارا بودن اضطراب، استرس و افسردگی نیز طبقه‌بندی شدند. براساس راهنمای پرسشنامه اجرا شده افراد در هریک از این متغیرها به دو طبقه مشکل‌دار و عادی تقسیم شدند. نقطه برش اضطراب برابر با ۱۴، افسردگی برابر با ۲۰ و استرس برابر با ۲۵ است. از ۲۱۱ شرکت‌کننده ۱۵۵ نفر عادی (۷۳/۵٪) و ۵۶ نفر افسرده (۲۶/۵٪)، ۱۵۸ نفر عادی (۷۴/۹٪) و ۵۳ نفر مضطرب (۲۵/۱٪)، ۱۴۵ نفر عادی (۶۸/۷٪) و ۶۶ نفر دارای استرس (۳۱/۳٪) بودند. در جدول ۳ طبقه‌بندی افراد در اضطراب، افسردگی و استرس برحسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن و تحصیلات) گزارش شده است.

در این جدول افراد دارای اضطراب، افسردگی و استرس با بله و افراد فاقد آن با خیر مشخص شده‌اند. زنان نسبت به مردان، مجردان نسبت به متأهلان، سن کمتر از ۳۰ سال نسبت به سن بالای ۳۰ سال و تحصیلات کارشناسی نسبت به تحصیلات کارشناسی ارشد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.1.95]

بیشتر درگیر ۳ مشکل (اضطراب، افسردگی و استرس) ذکر شده هستند. در ادامه برای هریک از متغیرهای اضطراب، افسردگی و استرس بررسی شده است که کدام ویژگی جمعیت شناختی قادر به پیش‌بینی مشکل افراد است. برای این منظور از رگرسیون لوجستیک استفاده شده است. نتایج این بررسی در ادامه به تفصیل گزارش شده است. لازم به ذکر است که در متغیر جنسیت طبقه «مرد»، در متغیر وضعیت تأهل طبقه «مجرد»، در متغیر سن طبقه «کمتر از ۳۰ سال» و در متغیر تحصیلات طبقه «کارشناسی» به عنوان طبقات مرجع در نظر گرفته شدند.

در بررسی اضطراب، متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت تأهل و تحصیلات به عنوان متغیر پیش‌بین وارد مدل رگرسیون لوجستیک شدند تا بررسی شود که آیا این متغیرها قادر به پیش‌بینی اضطراب افراد هستند یا نه. در جدول ۴ ضرایب مربوط به هر متغیر پیش‌بین و آماره والد جهت بررسی معناداری ضرایب گزارش شده است.با توجه به نتایج آماره والد و سطح معناداری آن، تنها متغیر تحصیلات پیش بینی کننده معناداری برای اضطراب بود. نسبت شانس برای متغیر تحصیلات برابر با ۰/۴ بود، یعنی برای افراد با تحصیلات کارشناسی ارشد در مقایسه با افراد با تحصیلات کارشناسی ۰/۶ برابر احتمال کمتری برای مبتلا شدن به اضطراب مشاهده شد.

افسردگی: در بررسی افسردگی، متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت تأهل و تحصیلات به‌عنوان متغیر پیش‌بین وارد مدل رگرسیون لوجستیک شدند تا بررسی شود که آیا این متغیرها قادر به پیش-بینی افسردگی افراد هستند یا نه. در جدول ۵ ضرایب مربوط به هر متغیر پیش‌بین و آماره والد جهت بررسی معناداری ضرایب گزارش شده است. با توجه به نتایج آماره والد و سطح معناداری آن، تنها متغیر تحصیلات پیش‌بینی کننده معناداری برای افسردگی بود. نسبت شانس برای متغیر تحصیلات برابر با ۰/۴۹ بود، یعنی احتمال افسردگی برای افراد با تحصیلات «بالاتر از کارشناسی» در مقایسه با افراد با تحصیلات «کارشناسی» برابر با ۰/۵۱ کمتر بود.

استرس: در بررسی استرس، متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت تأهل و تحصیلات به‌عنوان متغیر پیش‌بین وارد مدل رگرسیون لوجستیک شدند تا بررسی شود که آیا این متغیرها قادر به پیش‌بینی استرس افراد هستند یا نه. در جدول ۶ ضرایب مربوط به هر متغیر پیش‌بین و آماره والد جهت بررسی معناداری ضرایب گزارش شده است.

با توجه به نتایج آماره والد و سطح معناداری آن، متغیرهای تحصیلات و وضعیت تأهل پیش‌بینی کننده معناداری برای استرس بودند. نسبت شانس برای متغیر تحصیلات برابر با ۰/۵۲ بود، یعنی افراد با تحصیلات کارشناسی ارشد در مقایسه با افراد با تحصیلات کارشناسی ۰/۴۸ برابر احتمال کمتری برای مبتلا شدن به استرس وجود داشت . نسبت شانس برای متغیر وضعیت تأهل برابر با ۰/۴۲ بود، یعنی برای افراد متاهل در مقایسه با افراد مجرد ۵۸/ برابر احتمال کمتری برای مبتلا شدن به استرس وجود داشت.

جدول۱: اطلاعات توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

متغیر	گروه	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۳۱	۱۴/۷
	زن	۱۸۰	۸۵/۳
سن	۱۸-۳۰ سال	۱۱۳	۵۳/۶
	۳۱-۴۰ سال	۳۹	۱۸/۵
	۴۱-۵۰ سال	۵۱	۲۴/۲
	بالاتر از ۵۰ سال	۸	۳/۸
مدرک تحصیلی	کارشناسی	۱۰۴	۴۹/۳
	ارشد	۸۵	۴۰/۳
	دکتری	۲۲	۱۰/۴
تأهل	مجرد	۱۲۹	۶۱/۱
	متأهل	۸۲	۳۸/۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.95]

جدول ۲: شدت هریک از خرده مقیاس‌ها

شدت	افسردگی	اضطراب	استرس
عادی	۹-۰	۷-۰	۱۴ـ۰
خفیف	۱۳-۱۰	۹-۸	۱۸-۱۵
متوسط	۲۰-۱۴	۱۴-۱۰	۲۵-۱۹
شدید	۲۷-۲۱	۱۹-۱۵	۳۳-۲۶
بسیارشدید	+۲۸	+۲۰	+۳۳

جدول ۳: توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان برحسب مشکل و اطلاعات جمعیت‌شناختی

متغیر	طبقه	اضطراب		استرس		افسردگی	
		خیر	بله	خیر	بله	خیر	بله
جنسیت	مرد (ref)	۲۷	۴	۲۳	۸	۲۶	۵
	زن	۱۳۱	۴۹	۱۲۲	۵۸	۱۲۹	۵۱
وضعیت تأهل	مجرد (ref)	۸۹	۴۰	۷۸	۵۱	۸۳	۴۶
	متأهل	۶۹	۱۳	۶۷	۱۵	۷۲	۱۰
سن	کمتر از ۳۰ سال (ref)	۷۵	۳۸	۶۹	۴۴	۷۱	۴۲
	بالای ۳۰ سال	۸۳	۱۵	۷۶	۲۲	۸۴	۱۴
تحصیلات	کارشناسی (ref)	۶۷	۳۷	۶۲	۴۲	۶۶	۳۸
	بالاتر از کارشناسی	۹۱	۱۶	۸۳	۲۴	۸۹	۱۸

جدول ۴: ضرایب مدل رگرسیونی و معناداری آن جهت پیش‌بینی اضطراب افرد

متغیر	B	خطای استاندارد	آماره والد	سطح معناداری	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان	
جنسیت	۱	۰/۵۸	۳/۰۴	۰/۰۸	۲/۷۳	۰/۸۸	۸/۴۴
وضعیت تأهل	-۰/۲۳	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۶۳	۰/۷۹	۰/۳۱	۲/۰۳
سن	-۰/۶۶	۰/۴۷	۱/۹۵	۰/۱۶	۰/۵۲	۰/۲۱	۱/۳۰
تحصیلات	-۰/۹۱	۰/۳۶	۶/۲۹	۰/۰۱	۰/۴۰	۰/۲۰	۰/۸۲
ثابت	-۱/۲۴	۰/۵۶	۴/۸۳	۰/۰۳	۰/۲۹		

جدول ۵: ضرایب مدل رگرسیونی و معناداری آن جهت پیش‌بینی افسردگی افرد

متغیر	B	خطای استاندارد	آماره والد	سطح معناداری	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان	
جنسیت	۰/۷۹	۰/۵۴	۲/۱۶	۰/۱۴	۲/۲۰	۰/۷۷	۶/۲۹
وضعیت تأهل	-۰/۸۴	۰/۴۸	۳/۰۶	۰/۰۸	۰/۴۳	۰/۱۷	۱/۱۱
سن	-۰/۶۰	۰/۴۵	۱/۷۳	۰/۱۹	۰/۵۵	۰/۲۳	۱/۳۴
تحصیلات	-۰/۷۲	۰/۳۶	۴/۰۶	۰/۰۴	۰/۴۹	۰/۲۴	۰/۹۸
ثابت	-۰/۸۹	۰/۵۲	۲/۹۱	۰/۰۹	۰/۴۱		

جدول ۶: ضرایب مدل رگرسیونی و معناداری آن جهت پیش‌بینی استرس افراد

متغیر	B	خطای استاندارد	آماره والد	سطح معناداری	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان	
جنسیت	۰/۳۱	۰/۴۶	۰/۴۵	۰/۵	۱/۳۶	۰/۵۶	۳/۳۳
وضعیت تأهل	-۰/۸۷	۰/۴۳	۴/۱۲	۰/۰۴	۰/۴۲	۰/۱۸	۰/۹۷
سن	-۰/۰۹	۰/۴۱	۰/۰۵	۰/۸۳	۰/۹۱	۰/۴۱	۲/۰۵
تحصیلات	-۰/۶۵	۰/۳۳	۳/۹۷	۰/۰۴	۰/۵۲	۰/۲۷	۰/۹۹
ثابت	-۰/۴۲	۰/۴۵	۰/۸۵	۰/۳۶	۰/۶۶		

بحث و نتیجه گیری

چنانچه پیش‌تر ذکر شد، مواجهه دانشجویان با عوامل تنش‌زای متعدد می‌تواند اثرات نامطلوبی بر آینده‌ی آن‌ها و بالطبع جامعه گذاشته و تاثیر عوامل استرس‌زا بر توان مقابله‌ای فرد، منجر به کاهش مقاومت روانی و جسمی و بروز آثار ناخوشایند می‌گردد. از جمله اختلالات ناشی از استرس که به واسطه‌ی تاریخچه‌ی طولانی و شیوع بالا، عامل نگران کننده‌ی بهداشت روانی به حساب آمده و می‌توانند علاوه بر تاثیر منفی در کارکرد دانشگاهی و شغلی، در روابط با دوستان و خانواده نیز اثر بگذارد، می‌توان به اضطراب، افسردگی و استرس اشاره کرد که در سال‌های اخیر توجه محققان را به خود جلب کرده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.95]

مقدار زیاد اضطراب با ایجاد رفتارهای نوروتیک و سایکوتیک در ایشان بصورت اختلال رفتاری بروز می‌کند. افسردگی نیز با ایجاد احساس غمی میان یک نا امیدی خفیف و یأس شدید می‌تواند در غالب یک اختلال، بر روند زندگی وی در تمام حوزه‌ها تاثیر بگذارد. از آنجا که آستانه‌ی تحمل افراد و نحوه‌ی برخورد آن‌ها با استرس متفاوت است، فشار بیش از حد توان فرد منجر به بروز اختلال‌های روانی مختلفی می‌شود که از آن جمله می‌توان به اضطراب و افسردگی اشاره کرد که به طور وسیعی با عملکردهای اجتماعی و مسایل مربوط به سلامت مرتبط هستند و جزو شایع‌ترین اختلالات روان‌شناسی از دسته خلقی محسوب می‌شوند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد دانشجویان مقطع کارشناسی در مقایسه با دانشجویان مقاطع تحصیلی بالاتر احتمال بیشتری برای ابتلا به اضطراب، افسردگی و استرس دارند و احتمال استرس در دانشجویان مجرد در مقایسه با دانشجویان متاهل بیشتر می‌باشد. به عبارت دیگر مطابق با یافته‌های این پژوهش، دانشجویان مجرد مقطع کارشناسی به جهت ویژگیهای شخصیتی و محیطی آسیب‌پذیرتر بوده یا در معرض آسیب‌های بیشتری قرار دارند. این دانشجویان از جهات مختلف جسمی، روانی، مالی، محیطی و خانوادگی در معرض مسائل تنش‌زای متعددی نظیر نامنظمی ساعات خواب و بیداری، کمبود شرایط و زمان تفریح، متحمل شدن هزینه‌های مختلف، استرس و فشار درس و امتحان ، بعضا دوری از خانواده و ... قرار دارند و این مسئله علاوه بر به هدر رفتن سرمایه‌های جامعه، ایشان را از رسیدن به اهداف باز می‌دارد و منجر به ناکارآمدی منابع انسانی می‌شود. از طرف دیگر عدم سلامت روان و شیوع اختلالات روانی در این دسته از دانشجویان و موانع متعدد پیش روی ایشان برای ازدواج و ادامه تحصیل، با توجه به ورود آنها به بزرگسالی و افزایش لزوم تصمیم‌گیری‌های مهم، نقش مؤثری در سلامت و موفقیت آینده‌ی فرد و جامعه دارد. بر همین اساس و با توجه به اهمیت مقطع تحصیلی کارشناسی و بازه‌ی سنی عرفی برای آن، به نظر می‌رسد تحلیل، آسیب‌شناسی و رفع موانع پیش روی ایشان، به جهت ایجاد شرایط بهتر و سالم‌تر فردی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر و ضروری باشد.

سهم نویسندگان

مریم قاجار: نویسنده، گردآوری داده، تجزیه وتحلیل آماری، یافته ها، بحث و نتیجه گیری، تنظیم منابع
علی اسد بیگی: نظارت و راهنمایی، بررسی و تأیید نهایی

منابع

1. Byars, J. Stress, anxiety, depression, and loneliness of graduate counseling students: the effectiveness of group counseling and exercise. Dissertation of counselor education and supervision for the degree of doctor of philosophy. Tech university Texas: Texas, 2005
2. Fallahi M. Investigation of depression with (BDI) in students of Tehran medical sciences universities. Master`s thesis of Nursing education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University: Tehran, 1991 [in Persian]
3. Mahan P,Mahan M, Park N. Work environment stressors, social support, anxiety, and depression among secondary school teachers. AAOHN Journal 2010; 58 : 197-205
4. Shamloo S. Schools and theories in personality psychology. 12st Edition, Roshd: Tehran, 2019 [in Persian]
5. Plancherel B, Bolognini M. Coping and mental health in early adolescence. Journal of adolescence 1995; 18: 459-474
6. Strine T, Mokdad A, Balluz L, Gonzalez O, Crider R, Berry J, Kroenke K . Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 behavioral risk factor surveillance system. Psychiatric Services 2008; 59: 1383-1390
7. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences -Clinical Psychiatry. 9th Edition, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2003
8. Yoo H, Ahn S, Kim S, Kim W, Han O. Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. Journal Supportive Care in Cancer 2005; 13:826-833
9. Essau C, Olaya B , Ollendick T. Classification of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. In: Essau C, Ollendick T, eds. The Wiley-Blackwell Handbook of The Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety. 1st, Wiley: New Jersey, 2012
10. Bakhtiyari M , Mahdiniya A. Comparing the onset of depression among female and male secondary school students in Rafsanjan in the academic year 78-11. PHD thesis of general medicine, Faculty of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan: 2009 [in Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.1.95]

12. Wallin U, Runeson B. Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students. Journal of European Psychiatry 2003; 18:329–333
13. Aktekin M, Karaman T, Senol Y, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. Journal of Medical Education 2001; 12:17–35
14. Dyrbye L, Thomas M, Huntington J, Lawson K, Novotny P, Sloan J, Shanafelt T. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. Journal of Academic Medicine 2006; 81:374–384
15. Sreeramareddy C, Shankar P, Binu V, Mukhopadhyay CH, Ray B, Menezes R. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. BMC Medical Education 2007; 26:1-8
16. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold N, Ekeberg O. Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment A nationwide and longitudinal study. Journal of Medical Education 2001; 35:110–120
17. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. WHO: Geneva, 2017 https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates, Access 1 July 2023
18. Heravi M, Milani M, Regea N, Valaie N. The Effect of Relaxation Training on exam driven Anxiety level among Nursing Students. Journal of Mazandaran University Medical Science 2004; 43:86-92 [Persian]
19. Moscati A, Flint J, Kendler K. Classification of anxiety disorders comorbid with major depression: common or distinct influences on risk? Depression and anxiety 2016; 33: 120-127
20. Anbari K, Khodadadi B. Evaluation of Anxiety, Stress and Depression among Students of Lorestan University of Medical Sciences, west of Iran, in 2016. Journal of Research in Medical and Dental Science 2018; 6:285-294 [Persian]
21. Dadsetan P. Evolutionary pathological psychology from childhood to adulthood. (first volume). Samt Publications:Tehran, 1999 [in Persian]
22. Seligman M, Walker E, Rosenhan D. Abnormal Psychology. 4th Edition, W. W. Norton & Company: New York, 2000
23. Blazer D, Kessler R, McGogagle K, Swartz M. The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey. American Journal of Psychiatry 1994; 151: 979-986
24. Castel A, Balota D, McCabe D. Memory efficiency and the strategic control of attention at encoding: Impairments of value-directed remembering in Alzheimer's disease. Neuropsychology 2007; 23:297-306
25. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences -Clinical Psychiatry. 9th Edition, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2003
26. Garoffa F, Heinonen K, Pesonena A, Almqvist F. Depressed youth: treatment outcome and changes in family functioning in individual and family therapy. Journal of Family Therapy 2012; 34: 4–23
27. Matejevica, M, Jovanovica D, Ilicb M. Patterns of Family Functioning and Parenting Style of Adolescents with Depressive Reactions. Social and Behavioral Sciences 2015; 185: 234-239
28. Garoffa F, Heinonen K, Pesonena A, Almqvist F. Depressed youth: treatment outcome and changes in family functioning in individual and family therapy. Journal of Family Therapy 2012; 34: 4–23
29. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen PH Oxford textbook of psychiatry. 3st Edition, Oxford University Press: England, 1996
30. World Health Organization. Mental health atlas. WHO: Geneva, 2020 https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703 , Access 1 July 2023
31. Montazeri A, Mousavi S j ,Omidvari S, Tavousi M , Hashemi A , Rostami T. Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010), Payesh 2013; 12: 567-594 [Persian]
32. Strine T, Mokdad A, Balluz L, Gonzalez O, Crider R, Berry J, Kroenke K. Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 behavioral risk factor surveillance system. Psychiatric Services 2008; 59: 1383-1390
33. Najafi S, Ebrahimi N, HajiVosough N, NamaiQasemnia A , Mohseni M , KhoshdastKakhki M .The role of attachment styles and personality traits in adolescent self-esteem, Journal of Pediatric Nursing 2019; 6: 23-30 [Persian]
34. Chen W, Xu G, Wan Z, Chi Kuan Mak M .Unhappy us, unhappy me, unhappy life: The role of self-esteem in the relation between adult attachment styles and mental health. Curr Psychol 2020; 41: 837–846
35. Sahebi A, Asghari M, Salari R. Validation of depression, anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. Evolutionary Psychology of Iranian Psychologists 2006; 4: 299-312 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.1.95]