

رابطه اضطراب و افسردگی با بیماری‌های جسمی و رفتارهای پرخطر

The Association Between Anxiety and Depression with Physical Illnesses and Risky Behaviors

Mahdi Abdollahzadeh Rafi

Associate Professor, Department of Psychology,
Malayer University, Iran.

مهدی عبدالله‌زاده رافی

دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ایران.

Javad Karimi

Associate Professor, Department of Psychology,
Malayer University, Iran.

جواد کریمی

دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ایران.

Seyed Hamidreza Hashemian

Ph.D student, Department of Counseling, Tonekabon
Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

سید حمیدرضا هاشمیان*

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد
اسلامی، تنکابن، ایران.

Email: h.hashemian1995@gmail.com

Sami Rashidi

Undergraduate student in Primary Education,
Farhangian University of Rasht, Iran.

سامی رشیدی

دانشجوی کارشناسی رشته آموزش ابتدایی، دانشگاه فرهنگیان،
رشت، ایران.

Reza Zaeimi

Undergraduate student in Primary Education,
Farhangian University of Rasht, Iran.

رضا زعیمی

دانشجوی کارشناسی رشته آموزش ابتدایی، دانشگاه فرهنگیان،
رشت، ایران.

Abstract

Anxiety and depressive disorders are among the most common psychological problems and may be associated with physical illnesses and high-risk behaviors, thereby affecting individual and social well-being. The present study aimed to investigate the relationship of anxiety and depression with physical diseases and high-risk behaviors among young Iranian adults. This cross-sectional study was conducted on 3,013 individuals aged 19–40 years, including students of Malayer University and their acquaintances, who were selected through convenience sampling. Data were collected using the anxiety and depression subscales of the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) developed by Leonard R. Derogatis (1977) and a researcher-made questionnaire assessing physical illnesses and high-

چکیده

اختلالات اضطرابی و افسردگی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی هستند که می‌توانند با بیماری‌های جسمی و رفتارهای پرخطر همراه باشند و سلامت فردی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه اضطراب و افسردگی با بیماری‌های جسمی و رفتارهای پرخطر در جمعیت جوان ایرانی انجام شد. این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۳۰۱۳ نفر از افراد ۱۹ تا ۴۰ ساله شامل دانشجویان دانشگاه ملایر و آشنایان آنان انجام گرفت که به روش در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی چک‌لیست علائم ۹۰ سؤالی بازنگری‌شده و پرسش‌نامه محقق‌ساخته مربوط به بیماری‌های جسمی و رفتارهای پرخطر گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای‌اسکوئر و دقیق فیش انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد افراد دارای نشانه‌های

risk behaviors. Data were analyzed using chi-square and Fisher's exact tests. The findings indicated that individuals with clinical symptoms of anxiety and depression reported a higher prevalence of certain physical illnesses, including cardiovascular diseases, gastrointestinal problems, and asthma, as well as high-risk behaviors such as smoking, alcohol consumption, and substance abuse. However, the associations with some physical disorders, including diabetes and thyroid disorders, were not significant in all cases. The findings highlight the interaction between mental and physical health and emphasize the importance of integrated healthcare approaches that simultaneously address psychological, physical, and behavioral dimensions of health.

Keywords: Anxiety, Depression, Mental Health, Physical Diseases, Risky Behaviors.

بالینی اضطراب و افسردگی، شیوع بیشتری از برخی بیماری‌های جسمی از جمله بیماری‌های قلبی، مشکلات گوارشی و آسم و نیز رفتارهای پرخطر مانند مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر داشتند. با این حال، ارتباط برخی اختلالات جسمی مانند دیابت و اختلالات تیروئید در همه موارد معنادار نبود. نتایج این پژوهش بر وجود تعامل میان سلامت روان و جسم تأکید دارد و ضرورت توجه هم‌زمان به ابعاد روان‌شناختی، جسمانی و رفتاری را در برنامه‌های مراقبت سلامت نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، افسردگی، بیماری‌های جسمی، رفتارهای پرخطر، سلامت روان.

نوع مقاله: پژوهشی	دریافت: فروردین ۱۴۰۵	پذیرش: خرداد ۱۴۰۵
-------------------	----------------------	-------------------

مقدمه

سلامت روان یکی از ارکان بنیادین سلامت عمومی است و اختلالات روانی سهم قابل توجهی از بار جهانی بیماری‌ها و سال‌های زندگی همراه با ناتوانی را تشکیل می‌دهند (کندیرولی و ساندر^۱؛ پانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). در میان این اختلالات، اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین وضعیت‌ها محسوب می‌شوند و با کاهش بهره‌وری، افت کیفیت زندگی و افزایش مرگ‌ومیر همراهند (باترورث^۳ و همکاران، ۲۰۲۱؛ چن^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). برآوردها نشان می‌دهد حدود یک نفر از هر هشت نفر در جهان به‌نوعی اختلال روانی مبتلاست و اضطراب و افسردگی بخش عمده‌ای از این بار را تشکیل می‌دهند (ابنزا - آبیلدوا^۵ و همکاران، ۲۰۲۳؛ کیم^۶ و همکاران، ۲۰۲۵).

شواهد پژوهشی حاکی از رابطه‌ای دوطرفه و پیچیده میان سلامت روان و سلامت جسم است؛ اختلالات اضطرابی و افسردگی می‌توانند از طریق سازوکارهای زیستی و رفتاری خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، فشارخون و دیابت را افزایش دهند و در مقابل، ابتلا به بیماری‌های جسمی مزمن نیز احتمال بروز یا تشدید علائم روانی را بالا می‌برد (آلتواپجری^۷ و همکاران، ۲۰۲۴؛ برک^۸ و همکاران، ۲۰۲۳؛ چن و همکاران، ۲۰۲۵). افزون بر این، رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد، استعمال دخانیات، فعالیت بدنی ناکافی، الگوهای خواب نامنظم و پابندی ضعیف به درمان، به‌عنوان مسیرهای واسطه‌ای مهم در این تعامل عمل می‌کنند (شیم^۹ و همکاران، ۲۰۲۳؛ ونگ^{۱۰}، ۲۰۲۵).

مطالعات اخیر نشان داده‌اند افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی، حتی پس از کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی اساسی قرار دارند و هم‌زمانی اختلالات روانی با سبک زندگی ناسالم می‌تواند خطر پیامدهای

1. Kondirolli & Sunder
2. Pang
3. Butterworth
4. Chen
5. Abenza-Abildua

6. Kim
7. Altwaijri
8. Berk
9. Shim
10. Weng

قلبی - متابولیک را تشدید کند (سیگواردسن^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۵؛ استنتون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین یافته‌ها بر نقش سازوکارهای زیستی مشترک، از جمله التهاب مزمن خفیف و اختلالات متابولیک، در پیوند میان بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی تأکید دارند (لقمان^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴).

باوجود شواهد گسترده درباره ارتباط‌های دوگانه میان این متغیرها، بررسی هم‌زمان اضطراب، افسردگی، بیماری‌های جسمی و رفتارهای پرخطر در قالب یک مدل تحلیلی یکپارچه در بافت جمعیتی مورد مطالعه همچنان محدود است. ازاین‌رو، پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه اضطراب و افسردگی با بیماری‌های جسمی و رفتارهای پرخطر، و تعیین الگوهای هم‌وقوعی این متغیرها با استفاده از شاخص‌های آماری تحلیلی انجام شد تا مبنایی برای طراحی مداخلات یکپارچه سلامت فراهم آورد. در راستای ضرورت انجام مطالعه حاضر.

روش^{۱۴}

این مطالعه از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاه ملایر و آشنایان آنان (۱۹ تا ۴۰ سال) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه نهایی ۳۰۱۳ نفر بود. برای شناسایی نشانه‌های بالینی اضطراب و افسردگی، از زیرمقیاس‌های مربوطه چک‌لیست علائم ۹۰ سؤالی بازنگری‌شده (SCL-R-90) تدوین‌شده توسط دروگاتیس^{۱۵} (۱۹۹۴) استفاده شد. نمرات خام به نمرات استاندارد T تبدیل گردید و بر اساس دستورالعمل ابزار، نمره $T \leq 65$ (معادل ۱/۵ انحراف معیار بالاتر از میانگین) به عنوان معیار وجود نشانه‌های بالینی در نظر گرفته شد. شرکت‌کنندگان براین اساس به دو گروه دارای و فاقد نشانه‌های بالینی تقسیم شدند. اطلاعات سلامت جسمی (سابقه بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت، آسم و اختلالات تیروئید) و رفتارهای پرخطر (مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر) با پرسش‌نامه محقق ساخته خودگزارشی جمع‌آوری شد. مقایسه فراوانی متغیرها بین دو گروه با آزمون کای اسکور و در موارد لازم آزمون دقیق فیشر انجام گرفت. این پژوهش با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه ملایر با کد IR.MALAYERU.REC.1401.016 انجام شد. رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان اخذ گردید، محرمانگی اطلاعات تضمین شد و امکان خروج داوطلبانه از مطالعه در هر مرحله وجود داشت.

یافته‌ها

در این مطالعه مقطعی بر روی ۳۰۱۳ شرکت‌کننده (دانشجویان دانشگاه ملایر و آشنایان آنان در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۲)، ارتباط نشانه‌های بالینی اضطراب و افسردگی با بیماری‌های جسمی و رفتارهای پرخطر بررسی شد. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، افراد دارای نشانه‌های بالینی اضطراب در مقایسه با گروه فاقد، فراوانی بالاتری از بیماری جسمی کلی (۳۸/۸٪ در مقابل ۲۵/۷٪)، فشارخون بالا (۱۰/۷٪ در مقابل ۴/۸٪)، بیماری قلبی (۱۳/۸٪ در مقابل ۴/۹٪)، مشکلات گوارشی (۳۸/۱٪ در مقابل ۲۷/۳٪)، آسم (۱۰/۴٪ در مقابل ۵/۵٪)، مصرف دخانیات (۲۷/۳٪ در مقابل ۲۱/۶٪)، مصرف مواد مخدر (۲/۸٪ در مقابل ۱/۳٪) و مصرف الکل (۱۷/۶٪ در مقابل ۱۱/۹٪) گزارش کردند. این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار بودند ($p < 0.05$) ارتباط با اختلالات تیروئید ($p = 0.078$)، سردرد ($p = 0.569$) و دیابت ($p = 0.905$) معنادار نبود.

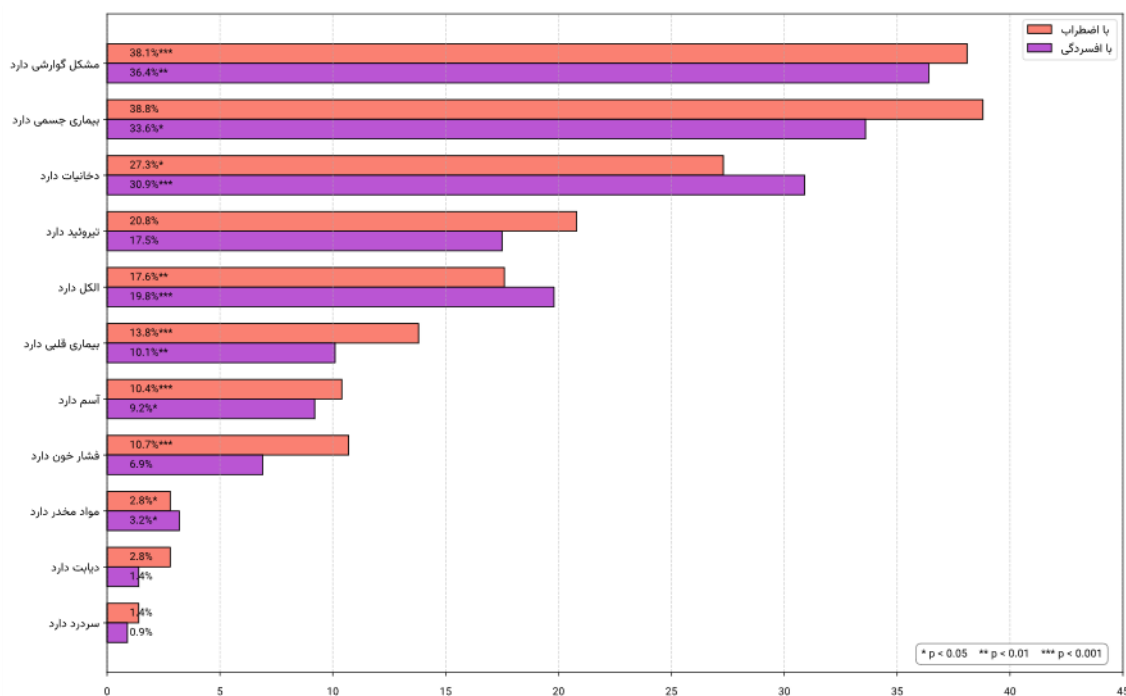
رابطه اضطراب و افسردگی با بیماری‌های جسمی و رفتارهای پرخطر

به طور مشابه، افراد دارای نشانه‌های بالینی افسردگی نیز فراوانی بالاتری از بیماری جسمی کلی (۳۳/۶٪ در مقابل ۲۶/۴٪)، بیماری قلبی (۱۰/۱٪ در مقابل ۵/۴٪)، مشکلات گوارشی (۳۶/۴٪ در مقابل ۲۷/۷٪)، آسم (۹/۲٪ در مقابل ۵/۷٪)، مصرف دخانیات (۳۰/۹٪ در مقابل ۲۱/۵٪)، مصرف مواد مخدر (۳/۲٪ در مقابل ۱/۳٪) و مصرف الکل (۱۹/۸٪ در مقابل ۱۱/۹٪) نشان دادند که این تفاوت‌ها معنادار بودند ($p < ۰/۰۵$). ارتباط با اختلالات تیروئید ($p = ۰/۸۵۲$)، سردرد ($p = ۰/۸۳۹$)، فشارخون ($p = ۰/۲۹۰$) و دیابت ($p = ۰/۲۲۵$) از نظر آماری معنادار نبود.

جدول ۱. رابطه بین بیماری‌های جسمی و رفتارهای پرخطر با اضطراب و افسردگی

متغیر	بدون اضطراب ($n=۲۸۳۱$)	با اضطراب ($n=۲۸۹$)	χ^2 اضطراب	p اضطراب	بدون افسردگی ($n=۲۹۰۳$)	با افسردگی ($n=۲۱۷$)	χ^2 افسردگی	p افسردگی
بیماری جسمی دارد	۷۲۸ (۲۵.۷٪)	۱۱۲ (۳۸.۸٪)	۲۲.۶۶۰	۰.۰۰۱>	۷۶۷ (۲۶.۴٪)	۷۳ (۳۳.۶٪)	۵.۳۴۹	۰.۰۲۱
تیروئید دارد	۴۷۲ (۱۶.۷٪)	۶۰ (۲۰.۸٪)	۳.۰۹۹	۰.۰۷۸	۴۹۴ (۱۷.۰٪)	۳۸ (۱۷.۵٪)	۰.۰۳۵	۰.۸۵۲
سردرد دارد	۲۹ (۱.۰٪)	۴ (۱.۴٪)	۰.۳۲۴	۰.۵۶۹	۳۱ (۱.۱٪)	۲ (۰.۹٪)	۰.۰۴۱	۰.۸۳۹
فشارخون دارد	۱۳۶ (۴.۸٪)	۳۱ (۱۰.۷٪)	۱۸.۱۵۷	۰.۰۰۱>	۱۵۲ (۵.۲٪)	۱۵ (۶.۹٪)	۱.۱۲۰	۰.۲۹۰
بیماری قلبی دارد	۱۳۹ (۴.۹٪)	۴۰ (۱۳.۸٪)	۳۸.۶۷۵	۰.۰۰۱>	۱۵۷ (۵.۴٪)	۲۲ (۱۰.۱٪)	۸.۳۵۳	۰.۰۰۴
مشکل گوارشی دارد	۷۷۳ (۲۷.۳٪)	۱۱۰ (۳۸.۱٪)	۱۴.۹۵۵	۰.۰۰۱>	۸۰۴ (۲۷.۷٪)	۷۹ (۳۶.۴٪)	۷.۵۴۹	۰.۰۰۶
دیابت دارد	۲ (۰.۹٪)	۸ (۲.۸٪)	۰.۰۱۴	۰.۹۰۵	۸۰ (۲.۸٪)	۳ (۱.۴٪)	۱.۴۷۰	۰.۲۲۵
آسم دارد	۱۵۶ (۵.۵٪)	۳۰ (۱۰.۴٪)	۱۱.۰۹۵	۰.۰۰۱	۱۶۶ (۵.۷٪)	۲۰ (۹.۲٪)	۴.۴۰۸	۰.۰۳۶
دخانیات دارد	۶۱۲ (۲۱.۶٪)	۷۹ (۲۷.۳٪)	۴.۹۷۲	۰.۰۲۶	۶۲۴ (۲۱.۵٪)	۶۷ (۳۰.۹٪)	۱۰.۳۰۴	۰.۰۰۱
مواد مخدر دارد	۳۷ (۱.۳٪)	۸ (۲.۸٪)	۳.۹۳۹	۰.۰۴۷	۳۸ (۱.۳٪)	۷ (۳.۲٪)	۵.۲۱۹	۰.۰۲۲
الکل دارد	۳۳۷ (۱۱.۹٪)	۵۱ (۱۷.۶٪)	۷.۹۴۳	۰.۰۰۵	۳۴۵ (۱۱.۹٪)	۴۳ (۱۹.۸٪)	۱۱.۶۶۴	۰.۰۰۱

شکل ۱ توزیع درصد ابتلا به این بیماری‌ها و رفتارها را در گروه‌های دارای و فاقد اضطراب و افسردگی به صورت مقایسه‌ای نشان می‌دهد.



شکل ۱. مقایسه درصد ابتلا به بیماری‌های جسمی و رفتارهای پرخطر در افراد دارای و فاقد اضطراب و افسردگی

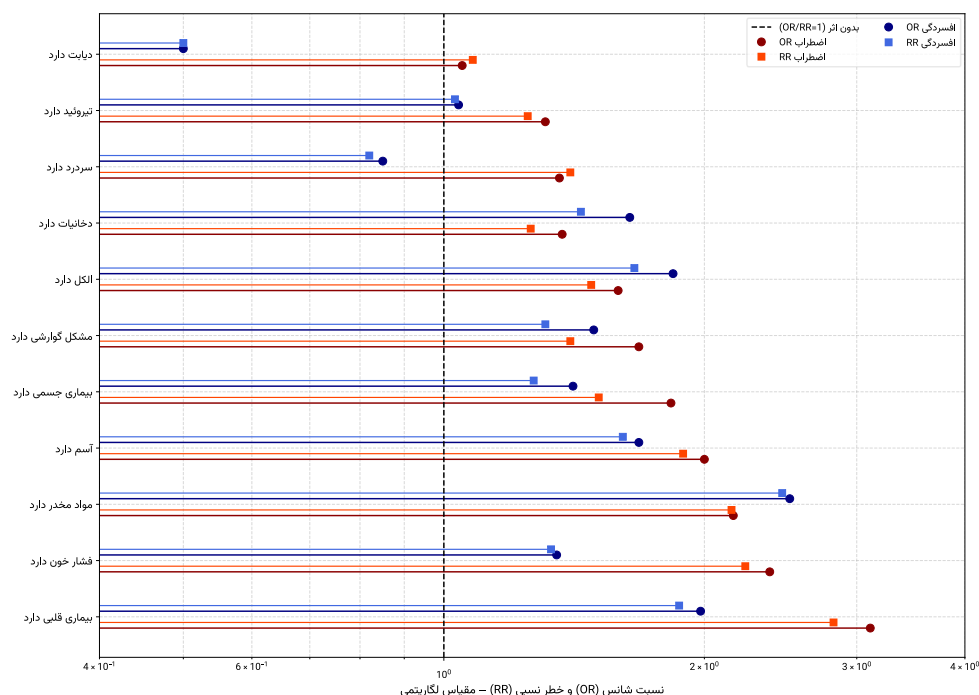
جدول ۲ نسبت شانس (OR) و خطر نسبی (RR) ابتلا به هر متغیر را به‌ازای وجود نشانه‌های بالینی اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد. قوی‌ترین ارتباط‌ها در گروه اضطراب برای بیماری قلبی ($OR = 3.11, RR = 2.82$)، فشارخون بالا ($OR = 2.38, RR = 2.23$)، مصرف مواد مخدر ($OR = 2.16, RR = 2.15$) و آسم ($OR = 2.00, RR = 1.89$) مشاهده شد. در گروه افسردگی نیز قوی‌ترین نسبت‌ها برای مصرف مواد مخدر ($OR = 2.51, RR = 2.46$)، بیماری قلبی ($OR = 1.98, RR = 1.87$)، مصرف الکل ($OR = 1.84, RR = 1.66$) و آسم ($OR = 1.68, RR = 1.61$) محاسبه گردید.

جدول ۲. رابطه بین بیماری‌های جسمی و رفتارهای پرخطر با اضطراب و افسردگی

متغیر	اضطراب: بدون (n) / با (n)	اضطراب: OR	اضطراب: RR	افسردگی: بدون (n) / با (n)	افسردگی: OR	افسردگی: RR
بیماری جسمی دارد	۱۱۲ / ۷۲۸	۱.۸۳	۱.۵۱	۷۳ / ۷۶۷	۱.۴۱	۱.۲۷
تیروئید دارد	۶۰ / ۴۷۲	۱.۳۱	۱.۲۵	۳۸ / ۴۹۴	۱.۰۴	۱.۰۳
سردرد دارد	۴ / ۲۹	۱.۳۶	۱.۴۰	۲ / ۳۱	۰.۸۵	۰.۸۲
فشارخون دارد	۳۱ / ۱۳۶	۲.۳۸	۲.۲۳	۱۵ / ۱۵۲	۱.۳۵	۱.۳۳
بیماری قلبی دارد	۴۰ / ۱۳۹	۳.۱۱	۲.۸۲	۲۲ / ۱۵۷	۱.۹۸	۱.۸۷
مشکل گوارشی دارد	۱۱۰ / ۷۷۳	۱.۶۸	۱.۴۰	۷۹ / ۸۰۴	۱.۴۹	۱.۳۱
دیابت دارد	۸ / ۷۵	۱.۰۵	۱.۰۸	۳ / ۸۰	۰.۵۰	۰.۵۰
آسم دارد	۳۰ / ۱۵۶	۲.۰۰	۱.۸۹	۲۰ / ۱۶۶	۱.۶۸	۱.۶۱

۱.۴۴	۱.۶۴	۶۷ / ۶۲۴	۱.۲۶	۱.۳۷	۷۹ / ۶۱۲	دخانیات دارد
۲.۴۶	۲.۵۱	۷ / ۳۸	۲.۱۵	۲.۱۶	۸ / ۳۷	مواد مخدر دارد
۱.۶۶	۱.۸۴	۴۳ / ۳۴۵	۱.۴۸	۱.۵۹	۵۱ / ۳۳۷	الکل دارد

شکل ۲ نسبت شانس (OR) و خطر نسبی (RR) را برای اضطراب و افسردگی به صورت مقایسه‌ای در مقیاس لگاریتمی نمایش می‌دهد.



شکل ۲. نسبت شانس (OR) و خطر نسبی (RR) ابتلا به بیماری‌ها و رفتارهای پرخطر به‌ازای وجود اضطراب و افسردگی

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به بررسی رابطه اضطراب و افسردگی با بیماری‌های جسمی و رفتارهای پرخطر پرداخت و نشان داد که نشانه‌های بالینی این اختلالات با افزایش معنادار فراوانی برخی بیماری‌های جسمی (مانند بیماری قلبی، مشکلات گوارشی و آسم) و رفتارهای پرخطر (مانند مصرف دخانیات، مواد مخدر و الکل) همراه است. این یافته‌ها بر وجود یک الگوی رابطه دوسویه تقویت‌کننده میان سلامت روان، وضعیت جسمی و رفتارهای مرتبط با سلامت تأکید دارد.

یافته‌های حاضر با گزارش‌های پیشین همخوانی دارد. مطالعات نشان داده‌اند که بیماری‌های جسمی می‌تواند به‌عنوان عامل استرس روان‌شناختی عمل کرده و خطر افسردگی و اضطراب را افزایش دهد (سیگواردن و همکاران، ۲۰۲۵). نتایج ما نیز این الگو را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد افراد دارای اضطراب و افسردگی سطوح بالاتری از مشکلات جسمی را گزارش می‌کنند که می‌تواند از طریق مسیرهای زیستی؛ مانند التهاب مزمن و اختلالات متابولیک توضیح داده شود (برک و همکاران، ۲۰۲۳؛ لقمان و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، همسویی با مطالعات بیدول^{۱۶} و همکاران (۲۰۲۵)، محمد^{۱۷} و همکاران (۲۰۲۴) و شین و پارک^{۱۸} (۲۰۲۴) مشاهده می‌شود که در آنها اضطراب و افسردگی با رفتارهای سلامت‌ستیز مانند عدم پایبندی به درمان، کیفیت خواب

پایین و انتخاب‌های ناسالم مرتبط بودند. در پژوهش ما نیز، گروه‌های دارای نشانه‌های بالینی نرخ بالاتری از مصرف مواد و الکل نشان دادند که این می‌تواند چرخه تقویت‌کننده‌ای بین پریشانی روان‌شناختی و تضعیف سلامت جسمی ایجاد کند. علاوه بر این، نتایج با شواهد بورک و همکاران (۲۰۲۵) و لقمان و همکاران (۲۰۲۴) همخوانی دارد که بر نقش محافظتی سبک زندگی سالم در برابر علائم اضطراب و افسردگی تأکید کرده‌اند. در مقابل، رفتارهای ناسالم مانند رژیم غذایی نامناسب و کم‌حرکی می‌تواند مسیر بروز علائم روانی و جسمانی را تسهیل کند. یافته‌های ما این فرض را تقویت می‌کند که عوامل زیستی؛ مانند اختلالات در محور روده - مغز - میکروبیوتا نقش کلیدی در این تعاملات دارند (لقمان و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، مطالعات هورمونی مانند ما^{۱۹} و همکاران (۲۰۲۴)، اوسنایا - بریزوئلا^{۲۰} و همکاران (۲۰۲۴) و ژائو^{۲۱} و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که تغییرات در عملکرد تیروئید با سطوح بالاتر اضطراب و افسردگی مرتبط است؛ هرچند در پژوهش ما ارتباط با اختلالات تیروئید معنادار نبود که ممکن است به دلیل تفاوت در نمونه‌گیری یا اندازه نمونه باشد.

در جمعیت‌های جوان، نتایج با شی^{۲۲} و همکاران (۲۰۲۲) و پترسون^{۲۳} و همکاران (۲۰۲۲) همسو است که اضطراب و افسردگی را با شاخص‌های سلامت جسمی ضعیف و رفتارهای پرخطر مرتبط دانستند. این همخوانی نشان می‌دهد که الگوهای رفتاری در سنین جوانی می‌تواند عامل تشدیدکننده‌ای برای همبودی روانی - جسمی باشد. یافته‌های ما همچنین با برک و همکاران (۲۰۲۳)، کارلسن^{۲۴} و همکاران (۲۰۲۱)، بنتلی^{۲۵} و همکاران (۲۰۲۱) و استنتون و همکاران (۲۰۲۰) سازگار است که ارتباط دوسویه اضطراب و افسردگی با بیماری‌های جسمی را از طریق تغییرات فیزیولوژیکی و رفتاری توصیف کردند. دلایل توافق کلی می‌تواند به اشتراک عوامل خطر مشترک مانند استرس مزمن، التهاب و اختلالات خواب مربوط باشد، درحالی‌که اختلافات جزئی (مانند عدم معناداری در تیروئید یا دیابت) ممکن است به محدودیت‌های نمونه‌گیری یا تفاوت‌های فرهنگی - جمعیتی نسبت داده شود.

این پژوهش در چارچوب طراحی مقطعی انجام شد؛ ازاین‌رو تفسیر روابط مشاهده‌شده در سطح همبستگی صورت می‌گیرد و بررسی پویایی زمانی آن‌ها مستلزم مطالعات طولی آتی است. تمرکز بر یک جمعیت دانشگاهی مشخص، ضمن فراهم کردن بستر نسبتاً همگن برای تحلیل دقیق‌تر، اقتضا می‌کند تعمیم نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی باملاحظه ویژگی‌های زمینه‌ای انجام شود. گردآوری داده‌ها بر پایه خودگزارشی و با استفاده از ابزار استاندارد و معتبر SCL-90-R، همراه با تضمین محرمانگی، قابلیت اتکای یافته‌ها را تقویت کرده است. در مجموع، حجم نمونه مناسب و تحلیل‌های آماری چندمتغیره، استحکام روش‌شناختی مطالعه را پشتیبانی می‌کند و یافته‌ها را به‌عنوان شواهدی قابل تأمل در زمینه همبودی روانی - جسمی در جمعیت جوان ایرانی مطرح می‌سازد؛ بااین‌حال، توسعه این خط پژوهشی در قالب مطالعات طولی و چندمرکزی می‌تواند به تعمیق تبیین روابط مشاهده‌شده بینجامد.

نتایج این پژوهش بر همبودی گسترده اضطراب و افسردگی با بیماری‌های جسمی مزمن و رفتارهای پرخطر دلالت دارد و ضرورت رویکردهای یکپارچه در نظام سلامت را برجسته می‌سازد. یافته‌ها پیشنهاد می‌دهند که برنامه‌های پیشگیری و مداخلات بالینی باید چندبعدی طراحی شوند تا هم‌زمان سلامت روان، اصلاح رفتارهای سبک زندگی و پایش جسمانی را هدف قرار دهند و اثربخشی واقعی در کاهش چرخه آسیب حاصل شود. مطالعات طولی آینده برای بررسی جهت روابط و مداخلات تجربی برای ارزیابی اثربخشی رویکردهای یکپارچه توصیه می‌شود.

منابع

- [1] Abenza-Abildua, M. J., Suárez-Gisbert, E., Lores-Gutiérrez, V., Algarra-Lucas, C., Gómez-Aceña, Á., Navacerrada-Barrero, F. J., González-Martín, L., Pérez-Villena, A., & Pérez-López, C. (2023). Anxiety and depression in patients with narcolepsy. *Journal of Sleep Research*, 32(4), e13812. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jsr.13812>
- [2] Altwaijri, Y. A., Al-Saud, N. K., Bilal, L., Alateeq, D. A., Aradati, M., Naseem, M. T., AlSubaie, A., & Al-Habeeb, A. (2024). Prevalence and correlates of mental disorders among women: results from the Saudi National Mental Health Survey. *BMC Public Health*, 24(1), 2704. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20069-9>
- [3] Bentley, K. H., Bernstein, E. E., Wallace, B., & Mischoulon, D. (2021). Treatment for Anxiety and Comorbid Depressive Disorders: Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Strategies. (0048-5713 (Print)). <https://doi.org/https://doi.org/10.3928/00485713-20210414-01>
- [4] Berk, M., Köhler-Forsberg, O., Turner, M., Penninx, B., Wrobel, A., Firth, J., Loughman, A., Reavley, N. J., McGrath, J. J., Momen, N. C., Plana-Ripoll, O., O'Neil, A., Siskind, D., Williams, L. J., Carvalho, A. F., Schmaal, L., Walker, A. J., Dean, O., Walder, K.,...Marx, W. (2023). Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: a comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management. *World Psychiatry*, 22(3), 366–387. <https://doi.org/10.1002/wps.21110>
- [5] Bidwell, J. T., Fauer, A. J., Howe, R. J., Saylor, M. A., Lee, C. S., López, J. E., Godden, M., & Hinton, L. (2025). Older Adults With Cardiovascular Disease and Their Care Partners: An Analysis of Care Needs, Care Activities, and Care Partner Stress and Mental Health. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 10.1097/JCN.0000000000001210. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000001210>
- [6] Bourke, M., Wang, H. F. W., McNaughton, S. A., Thomas, G., Firth, J., Trott, M., & Cairney, J. (2025). Clusters of healthy lifestyle behaviours are associated with symptoms of depression, anxiety, and psychological distress: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Clinical Psychology Review*, 118, 102585. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102585>
- [7] Butterworth, P., Poyser, C., & Suomi, A. (2021). Mental Health. *Australian Economic Review*, 54(4), 530–541. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-8462.12446>
- [8] Chen, D., Momen, N. C., Ejlskov, L., Bødkergaard, K., Werenberg Dreier, J., Sørensen, H. T., Laustsen, L. M., Harper, S., Hakulinen, C., McGrath, J. J., & Plana-Ripoll, O. (2025). Socioeconomic inequalities in mortality associated with mental disorders: a population-based cohort study. *World Psychiatry*, 24(1), 92–102. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.21278>
- [9] Derogatis, L. R. (1994). Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring & procedure manual for the revised version of the SCL-90 (3rd ed. ed.). National Computer Systems.
- [10] Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13–28.
- [11] Karlsen, H. R., Matejschek, F., Saksvik-Lehouillier, I., & Langvik, E. (2021). Anxiety as a risk factor for cardiovascular disease independent of depression: A narrative review of current status and conflicting findings. *Health Psychol Open*, 8(1), 2055102920987462. <https://doi.org/10.1177/2055102920987462>
- [12] Kim, S.-H., Yang, S., Jung, J., Choi, J., Kang, M., & Joo, J.-Y. (2025). Psychedelic Drugs in Mental Disorders: Current Clinical Scope and Deep Learning-Based Advanced Perspectives. *Advanced Science*, 12(15), 2413786. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/advs.202413786>
- [13] Kondirolli, F., & Sunder, N. (2022). Mental health effects of education. *Health Economics*, 31(S2), 22–39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hec.4565>
- [14] Luqman, A., He, M., Hassan, A., Ullah, M., Zhang, L., Rashid Khan, M., Din, A. U., Ullah, K., Wang, W., & Wang, G. (2024). Mood and microbes: a comprehensive review of intestinal microbiota's impact on

- depression [Review]. *Frontiers in Psychiatry*, Volume 15 - 2024. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1295766>
- [15] Ma, Y., Wang, M., & Zhang, Z. (2024). The association between depression and thyroid function [Original Research]. *Frontiers in Endocrinology*, Volume 15 - 2024. <https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1454744>
- [16] Mohamed, N. A., Mohamud, R. Y. H., Hilowle, F. H., Mohamed, Y. A., & Mohamed, H. N. (2024). The Prevalence and Determinants of Anxiety and Depressive Symptoms in Patients with Type II Diabetes Mellitus in Mogadishu, Somalia: A Cross-Sectional Study. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 17, 3419–3432. <https://doi.org/10.2147/dms0.S479583>
- [17] Osnaya-Brizuela, N., Valenzuela-Peraza, A., Santamaría-del Ángel, D., García-Martínez, Y., Pacheco-Rosado, J., Pérez-Sánchez, G., & Sánchez-Huerta, K. (2024). Is the acquired hypothyroidism a risk factor for developing psychiatric disorders? [Mini Review]. *Frontiers in Psychiatry*, Volume 15 - 2024. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1429255>
- [18] Pang, J., Li, M., Liu, Z., Huang, Y., Hou, X., Yan, G., Xu, X., Wang, L., Yan, Y., Xiao, S., Li, L., Yan, J., Yu, Y., Xu, X., Wang, Z., Xu, Y., Li, T., Zhang, T., Yin, H., & Xu, G. (2025). The prevalence and the correlates of mental disorders among the elderly population: results from China Mental Health Survey. *BMC Public Health*, 25(1), 2789. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23993-6>
- [19] Patterson, S. L., Marcus, M., Goetz, M., Vaccarino, V., & Gooding, H. C. (2022). Depression and Anxiety Are Associated With Cardiovascular Health in Young Adults. *J Am Heart Assoc*, 11(24), e027610. <https://doi.org/10.1161/jaha.122.027610>
- [20] Shi, C., Wang, S., Tang, Q., Liu, X., & Li, Y. (2022). Cross-lagged relationship between anxiety, depression, and sleep disturbance among college students during and after collective isolation [Original Research]. *Frontiers in Public Health*, Volume 10 - 2022. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1038862>
- [21] Shim, E.-J., Jeong, D., Jung, S., Oh, K.-H., Oh, B.-M., Cho, H.-J., & Hahm, B.-J. (2023). Suicidal behaviors in patients with chronic physical illness: A test on the interpersonal theory of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 53(3), 470–483. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/sltb.12957>
- [22] Shin, H., & Park, C. (2024). Mastery is central: an examination of complex interrelationships between physical health, stress and adaptive cognition, and social connection with depression and anxiety symptoms [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, Volume 15 - 2024. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1401142>
- [23] Sigvardsen, P. E., Fosbøl, E., Jørgensen, A., Torp-Pedersen, C., Køber, L., & Kofoed, K. F. (2025). Medical conditions and the risk of subsequent major depressive disorder: a nationwide, register-based, retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 10(6), e503–e511. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00073-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00073-8)
- [24] Stanton, R., To, Q. G., Khalesi, S., Williams, S. L., Alley, S. J., Thwaite, T. L., Fenning, A. S., & Vandelanotte, C. (2020). Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4065. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph17114065>
- [25] Weng, A. X. (2025). Depression and Risky Health Behaviors. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 233, 106983. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jebo.2025.106983>
- [26] Zhao, Y., Liu, J. C., Yu, F., Yang, L. Y., Kang, C. Y., Yan, L. J., Liu, S. T., Zhao, N., Wang, X. H., & Zhang, X. Y. (2023). Gender differences in the association between anxiety symptoms and thyroid hormones in young patients with first-episode and drug naïve major depressive disorder [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, Volume 14 - 2023. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1218551>