

Examining the causal model of depression based on lifestyle components and social health as mediator factor

Abdolamir Gatezadeh, Ahmad Borjali, Hoosein Eskandari, Noorali Farrokhi, Faramarz Sohrabi

آزمون مدل علی افسردگی براساس مؤلفه‌های سبک زندگی با میانجی‌گری سلامت اجتماعی

عبدالامیر گاطع زاده^۱، احمد برجعلی^۲، حسین اسکندری^۳، نورعلی فرخی^۴، فرامرز سهرابی^۵

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۳/۲۲

پذیرش اولیه: ۱۳۹۶/۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۸/۷

Abstract

The aim of this study was to test the causal model of depression based on lifestyle with mediation role of social health. The study sample was consisted of all individuals over ۱۸ years old who was selected by multistage random cluster sampling method. Based on the estimated Cochran of the sample, ۳۸۳ individuals were selected. Instruments for gathering data were health promoting lifestyle questionnaire (Walker and polerrcky, ۱۹۹۶), Keyes social health (۲۰۰۴) and the Beck Depression Inventory II. The prevalence of depression have been estimated ۱۵% in this population. There have associations between life style, social health and depression. Social health has a mediator role in the relationship between life style and depression. Findings of the path analysis also showed that nutrition, responsibility for the health, exercise and spiritual growth had significant direct and indirect effect on depression.

Key Words: Life Style, Social Health, depression

چکیده

هدف این پژوهش آزمون مدل علی افسردگی براساس مؤلفه‌های سبک زندگی با میانجی‌گری سلامت اجتماعی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه افراد بالای ۱۸ سال شهر اهواز بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای خوشه‌ای و براساس برآورد حجم نمونه کوکران، از بین آنان ۳۸۳ نفر انتخاب شدند. داده‌های این پژوهش با استفاده از پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر و پلیرکی (۱۹۹۶)، سلامت اجتماعی کییز (۲۰۰۴) و نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) جمع‌آوری شدند. شیوع افسردگی بالینی در جمعیت مورد مطالعه ۱۵٪ بود. نتایج تحلیل مسیر بیانگر تأیید برازش مدل فرضی پژوهش بود. سبک زندگی با سلامت اجتماعی و افسردگی ارتباط دارد و سلامت اجتماعی نقش واسطه‌ای در رابطه بین سبک زندگی و افسردگی دارد. همچنین ضرایب تحلیل مسیر در این مدل نشان داد تغذیه، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، فعالیت جسمی و رشد معنوی اثر مستقیم و غیر مستقیم معناداری بر افسردگی دارند.

واژگان کلیدی: سبک زندگی، سلامت اجتماعی، افسردگی

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران. ایران.
 ۲. (نویسنده مسئول). دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران. ایران. Borjali@atu.ac.ir
 ۳. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران. ایران.
 ۴. دانشیار گروه روان‌سنجی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران. ایران.
 ۵. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران. ایران.
- *مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.



مقدمه

بیماری‌ها داشته باشد و الگوی سلامتی و بیماری‌ها را قویاً متأثر سازد؛ یکی از اهداف تعیین‌شده سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۰، ارتقاء سبک زندگی سالم در افراد جامعه است. براین اساس، کشورها می‌بایست راهبردهایی را که در بهبود زندگی فردی و اجتماعی مؤثرند، در دستور کار خود قرار دهند (سالموراگو و همکاران^۷، ۲۰۱۱).

مؤلفه‌های سبک زندگی عبارت است از تغذیه، ورزش، روابط بین‌فردی، مدیریت استرس، مسؤولیت‌پذیری در قبال سلامت و رشد معنوی، در بروز یا کنترل اختلال افسردگی. در بررسی‌های انجام‌گرفته پیرامون تغذیه، افسردگی و بیماری‌های روانی مشخص شد که تعداد کمی از مردم، از ارتباط بین تغذیه و افسردگی آگاه هستند؛ در حالی که آنها اطلاعات جامعی از ارتباط بین کمبودهای تغذیه و بیماری جسمی دارند. تغذیه معمولاً می‌تواند نقش کلیدی در شروع، شدت و طول مدت افسردگی داشته باشد (تره واتو، ۲۰۱۲). بی‌اشتهایی، وعده‌های غذایی ناقص و یا تمایل برای خوردن غذاهای شیرین در افراد افسرده بیشتر از افراد عادی مشاهده می‌شود (راو و همکاران^۸، ۲۰۰۸). یکی دیگر از عوامل خطر زندگی افراد افسرده، همان‌طور که در مفهوم سبک زندگی آدلر هم مطرح است، روابط و کنش‌های اجتماعی است. نوع روابط و کنش‌های اجتماعی، یکی از شاخص‌های مهم در شناسایی بزرگسالان در معرض خطر افسردگی است (پاهکالا و همکاران^۹، ۲۰۰۵). در پژوهشی که بر روی بزرگسالان آمریکایی بین ۲۵-۷۵ سال، طی ده سال در مورد موضوعاتی مانند: حمایت اجتماعی، فشار اجتماعی و اندازه‌گیری کیفیت رابطه انجام گرفت؛ مشخص شد که افسردگی در میان کسانی بیشتر بود که از حمایت اجتماعی پایین برخوردار هستند. همچنین مشخص شد که کیفیت پایین روابط با همسر و خانواده هر کدام به طور مستقل خطر ابتلا به افسردگی را می‌افزاید (تایو و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۴). در قرن ۲۱ داشتن روابط عاطفی مناسب با همسر و دوستان، و نیز توانایی برقراری ارتباط و تعامل سازنده با تمامی اعضای جامعه، از معیارهای مهارت عاطفی و ارتباطی در بحث سلامت و پیشگیری از اختلالات روانی

تأمین سلامت اقشار مختلف جامعه یکی از مهمترین مسائل اساسی هر کشور است که باید آن را از دیدگاه جسمی، روانی و اجتماعی مورد توجه قرار داد. برحسب مطالعات، میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. اما در برنامه‌ریزی‌های توسعه اجتماعی-اقتصادی پایین‌ترین اولویت به این اختلالات داده می‌شود (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۱۵). بر پایه پیش‌بینی‌های پژوهشگران بین‌المللی، سهم اختلالات خلقی از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۲۰ به ترتیب، از رتبه چهارم به رتبه دوم جابه‌جا شده است (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۰۸). مطالعات شیوع‌شناسی در دنیا نشان می‌دهد که افسردگی اساسی در میان نوجوانان و جوانان شایع است (تره واتو^۳، ۲۰۱۲). افسردگی جزء بیماری‌هایی است که به دلیل اهمیت و شیوع، نزد روان‌شناسان و روان‌پزشکان به «سرماخوردگی روانی» شهرت دارد (تاسیک و همکاران^۴، ۲۰۰۲). در بین بیماری‌های غیرکشنده، افسردگی بالاترین آمار را دارد و حجم زیادی از منابع عمومی سلامت را به دلیل هزینه‌های قابل توجه بر فرد تحمیل می‌کند و از سویی تأثیرات مخربی بر جامعه به دنبال دارد که از آن جمله می‌توان به کاهش حوصله و انگیزه در زندگی فردی، کار و امور اجتماعی اشاره کرد (منتظری و همکاران، ۱۳۹۲). افسردگی علل مختلفی دارد. تعیین یک دلیل خاص برای افسردگی کمی دشوار است (داویدیان، ۱۳۹۲). از جمله عوامل اثرگذار بر روان‌پدیدایی افسردگی در افراد، سبک زندگی^۵ است. سبک زندگی روشی است که هر فرد برای گذراندن زندگی و با هدف دستیابی به سلامتی و تعادل جسمی و روانی در پیش می‌گیرد (تودا و موریموتو^۶، ۲۰۰۱). شالوده سبک زندگی، از همان اوایل کودکی یعنی در سنین چهار یا پنج سالگی ریخته می‌شود. به نظر می‌رسد در شکل‌گیری سبک زندگی، حق تقدم با عوامل اجتماعی نقش زیادی دارند. با توجه به این‌که سبک زندگی، می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در حفظ و ارتقاء سلامت و پیشگیری از

۱. Caplan & Sadoc
۲. World Health Organization
۳. Trovate
۴. Tasic & Et al
۵. lifestyle
۶. Toda & Morimoto

۷. Salamorago & Etal

۸. Rao & Et al

۹. Pahkala & Et al

۱۰. Teo & Et al



معرفی شده است که اهمیت سلامت اجتماعی را بیشتر نشان می‌دهد (تاسیک و همکاران، ۲۰۰۲).

ورزش یکی دیگر از وجوه سبک زندگی است که با افسردگی رابطه دارد. اثر محافظت‌کنندگی ورزش بر افسردگی و نیز اثرات آن بر رفتار در طول زمان تأیید شده است. حفظ فعالیت منظم ورزشی در طی یک دوره نسبتاً طولانی ممکن است در برابر ظهور سطوح بالینی مربوط به علائم افسردگی از جمله بر سطح عوامل خطر، التهاب و بیماری قلبی-عروقی محافظت کند (کوپن و همکاران^۱، ۲۰۰۷). در مطالعه‌ای که با هدف بررسی رابطه ورزش بر افسردگی زنان سالمند انجام شد، مشخص شد که علائم افسردگی در زنانی که دارای فعالیت بدنی مستمر هستند، کمتر از کسانی است که فعالیت بدنی انجام نمی‌دهند (ایگور و همکاران^۲، ۲۰۰۸).

در تحقیقی ارتباط بین سبک زندگی و کیفیت زندگی بر افسردگی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر ایلام با استفاده از روش تحلیل مسیر بر روی ۲۰۲ پرستار بررسی شده است و در این تحقیق سبک زندگی و کیفیت زندگی به عنوان متغیر برون‌زاد و افسردگی به عنوان متغیر درون‌زاد در نظر گرفته شده‌اند. نتایج بیانگر آن است که برحسب مدل نهایی تحلیل مسیر، مدل مؤلفه‌های سبک زندگی بر افسردگی چهل و هشت درصد از تغییرات متغیر افسردگی را نسبت به متغیرهای مستقل دیگر در مدل تبیین می‌کند. همچنین از بین بعد روانی و بعد جسمی کیفیت زندگی نیز مشخص شد، بعد روانی تأثیر بیشتری روی افسردگی دارد (کسانی و همکاران، ۱۳۹۳).

سلامت روانی و اجتماعی افراد، تحت تأثیر دامنه‌ای از عوامل روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و جمعیت‌شناختی قرار دارد (کییز^۳، ۲۰۰۴). در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، به خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است. اما آنچه نبود آن در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است. این بی‌توجهی به جنبه اجتماعی

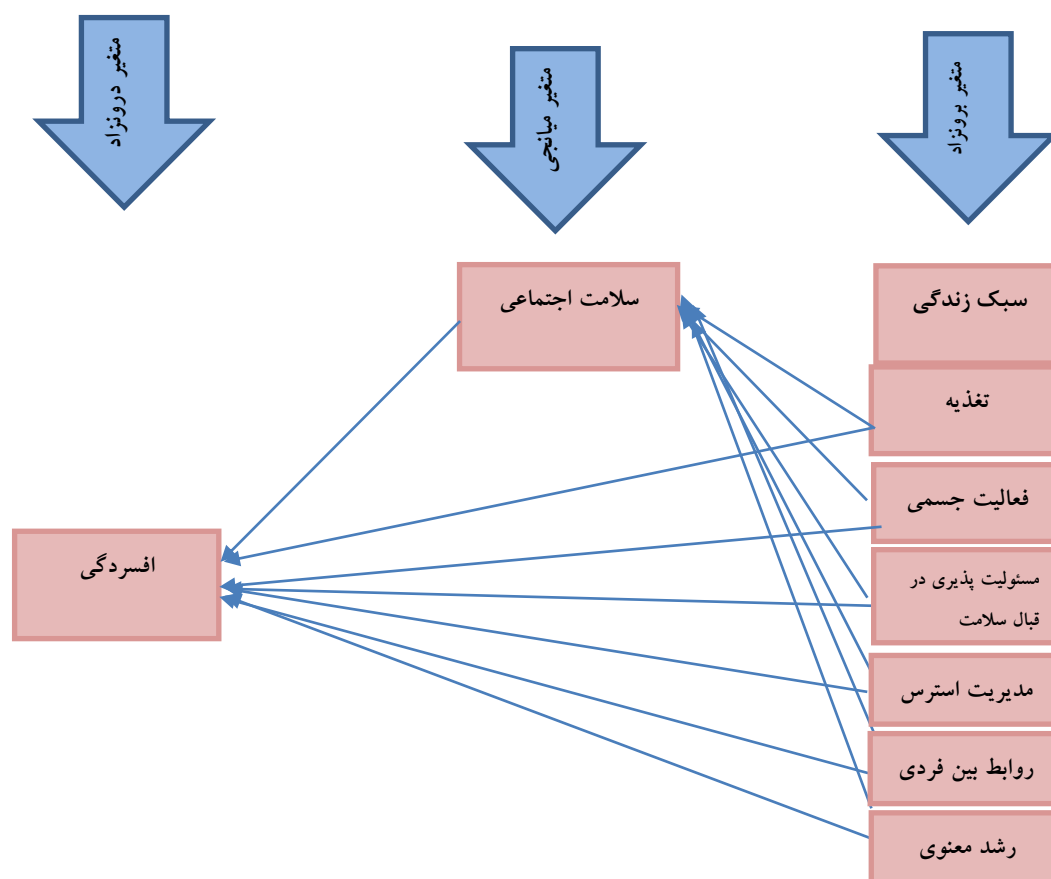
سلامت در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاص شود (محسنی تبریزی و سیدان، ۱۳۸۹). واکاوی عوامل موجود پیرامون افسردگی نشان می‌دهد که عمدتاً از مدل زیستی-روانی-اجتماعی، برای تبیین سلامت و بیماری استفاده می‌شود. بنابراین اثر متغیرهایی که جنبه اجتماعی دارند، بر افسردگی بررسی می‌شود. این موارد شامل جنس، سن، نژاد، وضعیت تأهل، تحصیلات، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، مذهب، سرمایه اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی است (کیمن و التیمز^۴، ۲۰۰۸). محسنی تبریزی و سیدان (۱۳۸۳) در پژوهشی با عنوان منشاء اجتماعی بیماری افسردگی زنان، ضمن بررسی منشاء اجتماعی بیماری افسردگی بیان می‌کنند که فشارهای روانی زنان غالباً ناشی از مسائل و حوادث اجتماعی است. در تحقیقات دیگری مشخص شده است بی‌قانونی، بی‌عدالتی و نابرابری که مانع از تحقق سلامت اجتماعی در جامعه می‌باشند، نقش مهمی در افزایش شیوع افسردگی دارند. در جامعه‌ای که قانون به درستی اجرا نشود و قانون‌گریزی در سطح بالایی باشد، افراد بیشتری مبتلا به افسردگی خواهند شد (داویدیان، ۱۳۹۲). در ایران میزان شیوع افسردگی ۲۰ درصد اعلام شده است (منتظری و همکاران، ۱۳۹۲). اختلال افسردگی و عوامل آن چنان‌چه مورد شناسایی، پیشگیری و درمان قرار نگیرد می‌تواند پتانسیل و رشد شناختی، عاطفی و اجتماعی شهروندان را تحت تأثیر قرار دهد (تایو و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهشگر در این مطالعه تلاش نمود تا با به کارگیری مفهوم بین رشته‌ای سبک زندگی و سلامت اجتماعی و تعمیق دادن این مفاهیم به لحاظ روانی و اجتماعی از هنجارهای پنهانی که در اذهان، باورها، شخصیت، خلق‌وخو و رفتارهای مردم یک جامعه قابل مشاهده است، سر در آورد و از جهت‌گیری‌ها و الگوهای موجود یا در حال شکل‌گیری ایرانیان که به نوعی با افسردگی رابطه دارد؛ به نحو واقع‌بینانه‌ای تفسیر به دست آورد. بر این اساس پژوهش حاضر بر آن است تا با آزمودن الگوی پیشنهادی، رابطه مستقیم و غیرمستقیم سبک زندگی بر

۱. Coen & Et al
۲. Eyigor & Et al
۳. Keyes

۴. Keemann & Altmaier



افسردگی را مورد بررسی قرار دهد. بر مبنای این مدل، مؤلفه‌های سبک زندگی به عنوان متغیر برون‌زاد، متغیر سلامت اجتماعی به عنوان متغیر میانجی و متغیر افسردگی به عنوان متغیر درون‌زاد یا ملاک، در نظر گرفته شده است. شکل ۱ الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.



شکل ۱. مدل پیشنهادی اثر مستقیم و غیرمستقیم سبک زندگی بر افسردگی

روش پژوهش

الف) جامعه و نمونه

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های بنیادی و در چارچوب طرح‌های همبستگی است. جامعه آماری این مطالعه، شامل کلیه افراد ۱۸ سال به بالای شهر اهواز است که در سال ۱۳۹۴ در این شهر ساکن بودند. حجم نمونه این طرح بر مبنای فرمول کوکران محاسبه و از میان شهروندان اهوازی به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، تعداد ۳۸۳ نفر انتخاب شدند. این افراد بر مبنای آخرین سرشماری مرکز آمار ایران و داده‌های جمعیتی

شهر اهواز در سال ۱۳۹۰ از بین خانوارهای ساکن شهر اهواز برگزیده شدند. از میان مناطق هفت‌گانه شهر اهواز و بر مبنای وزن جمعیتی مناطق، سه منطقه انتخاب، و فهرستی از محله‌های هر منطقه تهیه شد. هر منطقه شهری اهواز دارای ۱۲ محله است که با توجه به ویژگی‌های جمعیتی محلات، جمعا ۹ محله در سطح شهر اهواز و از هر محله، چهار بلوک و از هر بلوک، ده خانوار و در ادامه افراد ۱۸ سال به بالای مورد نظر انتخاب شدند. شیوه مراجعه و اجرا بدین شرح است که پژوهشگر با مراجعه به درب منازل خانوارها و ارائه مجوز و معرفی خود، پس از توجیه کامل پیرامون مطالعه و اخذ



فردی، رشد معنوی و خودشکوفایی. نسخه فارسی آن در شهر قزوین توسط زیدی و همکاران (۱۳۹۰) ترجمه و روایی و پایایی آن محاسبه شده است. نسخه فارسی در ۴۶۶ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از مراجعه‌کنندگان به ۱۰ مرکز درمانی شهر قزوین، مورد آزمون قرار گرفت. جهت تعیین اعتبار یا پایایی ابزار از روش بازآزمایی با فاصله دو هفته و از روش ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی تجانس درونی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیر شاخه‌های آن از ۰/۶۴ تا ۰/۹۴ بود. که همه موارد همبستگی قابل قبولی داشتند. در این مطالعه آلفای کرونباخ متغیر سبک زندگی ۰/۹۱۶ به دست آمد.

۲) پرسشنامه سلامت اجتماعی: این پرسشنامه ۳۳ ماده‌ای است و دارای ۵ خرده مقیاس است که توسط آقای کبیر در بنیاد علمی مک آرتور ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است و در چندین دوره مطالعاتی روایی و پایایی آن مورد آزمون واقع شده است (کبیر، ۲۰۰۴). این ابزار به صورت کاملاً موافق=۵ و کاملاً مخالف=۵ نمره‌گذاری می‌شود. مقادیر آلفای کرونباخ به دست آمده در این پرسشنامه، برای کل سوالات سلامت اجتماعی ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ الی ۰/۸۵ بود. در این پژوهش آلفای کرونباخ متغیر سلامت اجتماعی ۰/۸۴۶ به دست آمد.

۳) نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه در طی چهل سال اخیر بهترین و پراستفاده‌ترین ابزار برای شناسایی افسردگی بوده است. پرسشنامه افسردگی بک دو در سال ۱۹۹۶ برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های DSM-IV مورد بازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است. پرسشنامه افسردگی بک دو (BDI-II) دارای ۲۱ گویه است. هر گویه از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و بنابراین فرد می‌تواند نمره‌ای بین ۰ تا ۶۳ کسب کند (بک، ۱۹۹۶). در تحقیق حاضر پایایی پرسشنامه مربوطه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳۰ محاسبه شد.

یافته‌ها

براساس داده‌های به دست آمده مشخص شد شدت افسردگی در ۴۰٪ از افراد در سطح خفیف، ۴۵٪ در سطح متوسط تا شدید و ۱۵٪ در سطح بالینی قرار دارد.

رضایت‌نامه کتبی نسبت به همکاری، تکمیل اطلاعات و پرسشنامه‌های افراد هر خانوار اقدام نمود. به منظور یک‌نواختی اجرا نیز، ۵ نفر به عنوان آزمونگر و دو نفر به عنوان ناظر انتخاب شدند که با گذراندن کارگاه آموزشی و ایفای نقش مؤثر برای برقراری ارتباط و راهنمایی تکمیل پرسشنامه‌ها آموزش دیدند. پرسشنامه‌های گردآوری شده پس از پالایش و اطمینان از صحت داده‌ها جهت تجزیه و تحلیل آماری آماده‌سازی شدند. به منظور پاسخ به فرضیه‌های تحقیق، از ماتریس همبستگی و روش تحلیل مسیر استفاده شد. از آنجایی که در این پژوهش بحث اصلی بررسی نظام روابط حاکم بر متغیرهای پیش‌بین، میانجی و ملاک است؛ استفاده از ترسیم نمودار مسیر لازم بود. بدین ترتیب نمودار مسیر به منظور بررسی روابط مجموعه‌ای از متغیرها ترسیم شد تا بتوان از طریق آن مجموعه‌ای از فرضیه‌ها را در قالب یک مدل بررسی کرد. برای بررسی معنی‌داری ضرایب حاصل از نمودار مسیر مدل، از شاخص T-value استفاده شد. در صورتی که مقدار این شاخص بزرگتر از ۱/۹۶ و ۲/۵۸ باشد، ضریب مورد نظر به ترتیب؛ به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنی‌دار است. این شاخص‌ها تأثیر مطلق هریک از زیر مقیاس‌های مورد بررسی بر خرده مقیاس‌های سطح بالاتر یا در نهایت مقیاس را فراهم می‌کنند (شوماخر و لوماکس^۱، ۲۰۰۴). برای برازش مدل نظری به داده‌ها از نرم افزارهای SPSS ۲۰ و Lisrel ۸/۷ استفاده شد و مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

ب) ابزار

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت^۲ والکر و پلیرکی^۳، پرسشنامه سلامت اجتماعی^۴ کبیر و نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک^۵ استفاده شد.

۱) پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت: این پرسشنامه ۵۲ سؤالی توسط والکر و پلیرکی (۱۹۹۶) ساخته شده است. این ابزار رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در ۶ بعد اندازه‌گیری می‌کند: تغذیه، فعالیت جسمی یا ورزش، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین

۱. Schumacker & Lomax
۲. Health Promoting Lifestyle Questionnaire
۳. Walker & Polerrcky
۴. Social Health Qestionnaire
۵. Beck Depression Inventory. II



جدول ۲. همبستگی پیرسون بین متغیرهای سبک زندگی، سلامت اجتماعی و افسردگی

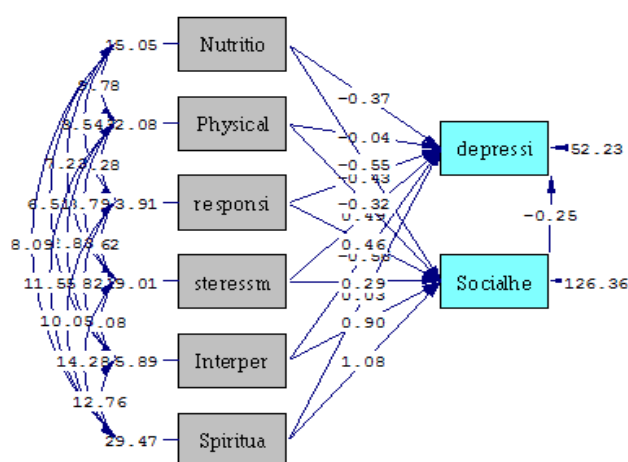
مقیاس ها	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بالاترین نمره	سبک زندگی	تغذیه	فعالیت جسمی	پذیری در قبال سلامت	مسئولیت مدیریت استرس	روابط بین فردی	رشد معنوی	افسردگی	سلامت اجتماعی
سبک زندگی	۱۳۸/۵۲	۲۲/۵۷۷	۸۷	۲۰۰	۱								
تغذیه	۱۸/۳۶	۳/۸۸۰	۷	۲۸	۰/۶۴۲ (۰/۰۰۰)	۱							
فعالیت جسمی	۱۴/۴۲	۵/۶۶۴	۷	۲۸	۰/۷۴۱ (۰/۰۰۰)	۰/۴۴۵ (۰/۰۰۰)	۱						
مسئولیت پذیری در قبال سلامت	۲۰/۸۴	۳/۷۳۰	۷	۲۸	۰/۶۴۱ (۰/۰۰۰)	۰/۲۴۵ (۰/۰۰۰)	۰/۳۴۵ (۰/۰۰۰)	۱					
مدیریت استرس	۲۰/۳۵	۱۴/۳۶۱	۱۰	۳۱	۰/۸۱۷ (۰/۰۰۰)	۰/۴۲۷ (۰/۰۰۰)	۰/۵۵۹ (۰/۰۰۰)	۰/۵۹۱ (۰/۰۰۰)	۱				
روابط بین فردی	۱۷/۱۶	۳/۹۸۶	۸	۲۷	۰/۸۰۵ (۰/۰۰۰)	۰/۴۲۱ (۰/۰۰۰)	۰/۵۶۸ (۰/۰۰۰)	۰/۵۲۶ (۰/۰۰۰)	۰/۹۸۳ (۰/۰۰۰)	۱			
رشد معنوی و خود شکوفایی	۳۳/۸۰	۵/۴۲۹	۱۷	۴۴	۰/۷۴۹ (۰/۰۰۰)	۰/۳۸۴ (۰/۰۰۰)	۰/۳۷۵ (۰/۰۰۰)	۰/۴۹۶ (۰/۰۰۰)	۰/۶۰۳ (۰/۰۰۰)	۰/۵۹۰ (۰/۰۰۰)	۱		
میزان افسردگی	۱۹/۸۷	۹/۷۶۷	۱	۴۱	۰/۴۲۰ (۰/۰۰۰)	۰/۲۶۷ (۰/۰۰۰)	۰/۲۴۲ (۰/۰۰۰)	۰/۳۸۶ (۰/۰۰۰)	۰/۳۹۹ (۰/۰۰۰)	۰/۳۹۰ (۰/۰۰۰)	۰/۳۸۰ (۰/۰۰۰)	۱	
سلامت اجتماعی	۱۱۳/۲۴	۱۴/۴۹۸	۷۶	۱۵۰	۰/۴۸۹ (۰/۰۰۰)	۰/۱۲۱ (۰/۰۲۷)	۰/۱۸۹ (۰/۰۰۱)	۰/۵۰۸ (۰/۰۰۰)	۰/۱۴۰ (۰/۰۰۸)	۰/۴۹۸ (۰/۰۰۰)	۰/۵۵۶ (۰/۰۰۰)	۰/۵۰۸ (۰/۰۰۰)	۱

در جدول ۲ همبستگی پیرسون مربوط به متغیر سبک زندگی و مؤلفه‌های آن شامل: تغذیه، فعالیت جسمی، مسئولیت در قبال سلامتی، مدیریت استرس، روابط بین فردی، رشد معنوی و خودشکوفایی و متغیرهای سلامت اجتماعی و افسردگی گزارش شده است. تمام ضرایب همبستگی بین متغیرها در سطح ۰/۰۱ معنادار است. با توجه به این که مفروضات تحلیل مسیر در این پژوهش برقرار است،

می‌توان از روش تحلیل مسیر، روابط چندگانه بین متغیرهای پژوهش را با استفاده از نرم افزار لیزرل بررسی کرد. در ادامه به بررسی مدل علی افسردگی براساس مؤلفه‌های سبک زندگی (تغذیه، فعالیت جسمی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی، رشد معنوی) و متغیر میانجی سلامت اجتماعی پرداخته شده است.

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش مدل

شاخص برازش	مجدور خی	نسبت خی دو به درجه آزادی	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب	شاخص نیکویی برازش	شاخص شده نیکویی برازش	شاخص برازش تطبیقی	شاخص برازش بهنجار	شاخص برازش بهنجار نشده
عنوان آماری حد مطلوب	X ^۲	X ^۲ /df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI	NNFI
	۲۰/۴۷	۲/۵۵۸	۰/۰۶۹	۰/۹۹	۰/۹۲	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۸



شکل ۲. الگوی پیشنهادی پژوهش همراه با ضرایب استاندارد

همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، وجود رابطه، حاکی از اثر مستقیم و غیرمستقیم سبک زندگی بر افسردگی است.

در جدول فوق شاخص‌های مدل با معیارهای برازش ارائه شده، مقایسه شد. با توجه به جدول مشاهده می‌شود که شاخص اول برای برازش، یعنی χ^2 دو، مناسب است. مقادیر شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص تعدیل‌شده نیکویی برازش (AGFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص نرم‌شده برازش (NFI) و شاخص برازش هنجارنشده (NNFI) در حد خیلی خوبی برای پذیرش مدل، قرار دارند. شاخص‌های به دست آمده مؤید برازش خوب مدل بود، در نتیجه فرض پژوهشی مبتنی بر برازش مدل تأیید شد. در ادامه به بررسی اثرات مستقیم متغیر برون‌زاد مؤلفه‌های سبک زندگی (تغذیه، فعالیت جسمی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی، و رشد معنوی) و میانجی (سلامت اجتماعی) بر متغیر ملاک (افسردگی) و همچنین اثرات متغیر میانجی بر متغیر ملاک پرداخته شده است. شکل ۲ الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر همراه با ضرایب استاندارد مسیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۴. اثرات مستقیم و غیرمستقیم خرده مقیاس‌های سبک زندگی بر افسردگی با واسطه‌گری سلامت اجتماعی

مسیر	شاخص	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
تغذیه ← سلامت اجتماعی ← افسردگی	ضریب رگرسیون استاندارد	-۰/۱۶	۰/۰۶	-۰/۱۰
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	-۰/۳۷	۰/۱۴	-۰/۲۳
	T	-۳/۰۳**	۲/۶۹**	-۱/۸۰
فعالیت جسمی ← سلامت اجتماعی ← افسردگی	ضریب رگرسیون استاندارد	-۰/۳۰	۰/۰۵	۰/۰۳
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	-۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۰۴
	T	-۲/۱۱**	۲/۱۹*	۰/۴۸**
مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت ← سلامت اجتماعی ← افسردگی	ضریب رگرسیون استاندارد	-۰/۱۸	-۰/۰۵	-۰/۲۳
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	-۰/۴۳	۰/۰۱۱	-۰/۵۴
	T	-۲/۸۷**	-۱/۹۱**	-۳/۴۱**
مدیریت استرس ← سلامت اجتماعی ← افسردگی	ضریب رگرسیون استاندارد	۰/۲۵	-۰/۰۴	۰/۲۱
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	۰/۴۹	-۰/۰۷	۰/۴۲
	T	۰/۸۷	-۰/۳۲	۰/۶۹



روابط بین فردی ← سلامت اجتماعی ← افسردگی	ضریب رگرسیون استاندارد	-۰/۲۶	-۰/۱۰	-۰/۳۶
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	-۰/۵۶	-۰/۲۲	-۰/۷۹
	T	-۰/۹۴	-۰/۹۵	-۱/۲۳
رشد معنوی ← سلامت اجتماعی ← افسردگی	ضریب رگرسیون استاندارد	۰/۰۲	-۰/۱۷	-۰/۱۵
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	۰/۰۳	-۰/۲۷	-۰/۲۴
	T	-۲/۲۱*	-۵/۰۱**	-۲/۳۵*

$$p \leq 0.05^*, p \leq 0.01^{**}$$

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، اثر مستقیم تغذیه بر افسردگی در این مدل مورد بررسی، در سطح $p \leq 0.01$ معنادار است. همچنین اثر غیرمستقیم آن نیز با میانجی‌گری سلامت اجتماعی نیز در سطح $p \leq 0.01$ معنادار است. اثر مستقیم فعالیت جسمی بر افسردگی در این مدل معنادار است و اثر غیرمستقیم آن در سطح $p \leq 0.05$ معنادار است. در مورد متغیر مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت نیز مشاهده می‌شود که اثر مستقیم و غیرمستقیم آن در سطح $p \leq 0.01$ معنادار شد. اثر مستقیم رشد معنوی بر افسردگی نیز معنادار است و اثر غیرمستقیم آن در سطح $p \leq 0.01$ نیز معنادار است. همچنین مشاهده می‌شود درباره مؤلفه‌های مدیریت استرس و روابط بین فردی هیچ کدام از اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل معنادار نیست. بنابراین می‌توان گفت که متغیر مدیریت استرس و روابط بین فردی بر افسردگی تأثیر معنادار نداشته و همچنین سلامت اجتماعی نیز در رابطه مدیریت استرس با افسردگی و همچنین روابط بین فردی با افسردگی نقش میانجی ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش آزمون مدل علی افسردگی براساس مؤلفه‌های سبک زندگی با میانجی‌گری سلامت اجتماعی و بررسی برازش مدل بوده است. لذا به منظور دستیابی به این هدف، پژوهش حاضر در قالب سه فرضیه تنظیم شد. فرضیه اول این بود که مدل علی افسردگی براساس سبک زندگی با میانجی‌گری سلامت اجتماعی با داده‌های به دست آمده، برازش دارد. محاسبه شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری

نشان داد که این مدل به سطح مطلوبی از برازش دست یافته است. بنابراین برازش مدل اندازه‌گیری تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های تایو و همکاران (۲۰۱۴)، تره واتو (۲۰۱۲)، راو و همکاران (۲۰۰۸)، کوین و همکاران (۲۰۰۷)، پاهکالا و همکاران (۲۰۰۵)، سعیدی‌مهر و همکاران (۱۳۹۵)، محسنی تبریزی و سیدان (۱۳۸۳) همسو و همخوان است. فرضیه دوم این بود که مؤلفه‌های سبک زندگی (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی، رشد معنوی و خودشکوفایی) بر افسردگی اثر مستقیم دارند. یافته‌های پژوهشی نشان داد که از میان مؤلفه‌های سبک زندگی: تغذیه، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، ورزش و رشد معنوی اثر مستقیم معناداری بر افسردگی دارد. اما مؤلفه مدیریت استرس و روابط بین فردی اثر مستقیم معناداری بر افسردگی ندارد. یافته‌های تحلیل مسیر نشان می‌دهد بین مؤلفه‌های سبک زندگی و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد.

فرضیه سوم عبارت بود از این که مؤلفه‌های سبک زندگی (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی، رشد معنوی و خودشکوفایی) با میانجی‌گری سلامت اجتماعی، بر افسردگی اثر غیرمستقیم دارد. همان‌گونه که یافته‌های پژوهشی نشان داد سلامت اجتماعی در رابطه بین تغذیه، مسئولیت‌پذیری در قبال



سلامت، ورزش و رشد معنوی با افسردگی نقش میانجی دارد. اما مدیریت استرس و روابط بین فردی نیز اثر غیرمستقیم معنادار بر افسردگی ندارد. بررسی فرضیه‌های دوم و سوم با یافته‌های حاصل از مطالعات کیمن و التیمر (۲۰۰۸)، ایگور و همکاران (۲۰۰۸)، راو و همکاران (۲۰۰۸)، کوین و همکاران (۲۰۰۷)، تاسیک و همکاران (۲۰۰۲)، فیلیپ و هرتسلک (۲۰۰۰)، رضویان و همکاران (۱۳۸۸)، همسو و هم جهت است.

در تبیین یافته‌ی اول می‌توان گفت که سبک زندگی منعکس‌کننده‌ی گرایش‌ها و ارزش‌های یک فرد یا گروه در نظر گرفته می‌شود. سبک زندگی مجموعه‌ای از طرز تلقی‌ها، ارزش‌ها، شیوه‌های رفتار، حالت‌ها و سلیقه‌های مختلف فرد در زندگی به حساب می‌آید. البته منظور ما در این پژوهش از سبک زندگی رعایت یک سری رفتارها و داشتن باورهایی بود که تصور می‌کردیم روی سلامتی اثرگذارند. این سبک زندگی علاوه بر تداوم و تقویت سطح سلامت و رفاه، باعث احساس رضایت، اقلان شخصی و خودشکوفایی می‌شود. سبک زندگی، فعالیت عادی و معمول روزانه است که افراد آن را در زندگی خود به طور قابل قبول پذیرفته‌اند. فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب کافی، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الگوی ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها انجام می‌دهد. این مجموعه فعالیت‌ها همگی سبک زندگی نام دارد. در چنین وضعیتی، طبیعی است که تحقق سلامتی افراد؛ مستلزم ارتقای سبک زندگی آنهاست (تودا و موریموتو، ۲۰۰۱). در تبیین این یافته‌ها که چرا در فرضیه‌ی دوم و سوم بین مدیریت استرس و روابط بین فردی بر افسردگی اثر مستقیم و غیرمستقیم با میانجی‌گری سلامت اجتماعی رابطه وجود ندارد، می‌توان گفت که استرس یکی از عوامل تهدیدکننده‌ی سلامت است و هدف از

مدیریت استرس، شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس و تشخیص زودهنگام استرس است که می‌تواند به کاهش تعارضات منفی استرس بیانجامد (پیرزادی و همکاران، ۱۳۹۵). در این مطالعه به نظر می‌رسد منابع استرس و راه‌های کنترل آن توسط افراد شناسایی نشده و افراد برای کاهش شدت فشار، اقدام یا برنامه‌ای در پیش نداشتند، شاید به نوعی می‌توان گفت که در افسردگی شهروندان اهوازی نقش استرس به اندازه‌ی سایر مؤلفه‌های سبک زندگی اهمیت ندارد. در خصوص روابط بین فردی می‌توان گفت که روابط اجتماعی با کیفیت در فضای خانواده طبق مطالعات و بررسی‌ها پایین است و این روابط رضایت‌بخش نیست و میزان احساس تنهایی افراد در فضای خانواده بالا رفته است (تایو و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین به نظر می‌رسد برخی بیماران افسرده از افسردگی خود، آگاه نیستند و از آشفتگی خلقی خود شکایت ندارند، اما از خانواده، دوستان و فعالیت‌هایی که قبلاً به آنها علاقه داشتند دوری می‌جویند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). در این راستا یک نکته قابل تأمل و توجه شاید این باشد که عوامل و بافت فرهنگی و قومیتی حاکم در اهواز، همچنین فقر آگاهی افراد نسبت به اختلال افسردگی و نشانگان ذهنی و روانی افراد باعث می‌شود که نگرش آنها نسبت به روابط اجتماعی و مقوله استرس؛ صرفاً بدنی و جسمانی باشد. به همین خاطر احتمالاً افراد علت و عامل افسردگی را در ابعاد روانی و اجتماعی نخواهند جست و بیشتر به دنبال علل و عوامل بدنی افسردگی خواهند بود. لذا افراد حتی برای درمان، زمینه‌های بدنی و طبابت، پزشکی را بیشتر از زمینه‌های روان‌شناختی و اجتماعی مورد توجه قرار می‌دهند. همچنین به نظر می‌رسد در این فرایند علل و عواملی دیگری نیز از جمله ویژگی‌های شخصیتی یا حتی پذیرش و باور افراد نسبت به قضا و قدر، در رابطه بین مدیریت استرس و روابط اجتماعی با افسردگی، نقش داشته باشد. نتیجه چنین نگرشی باعث خواهد شد، افراد برای مدیریت ذهنی استرس، بهبود یا اصلاح عوامل و روابط



Coen, H., van. G., Gertrudis, I., Kempten, J. M., Hans, B., Martin, P.J., Van, B., Jelle, J. O., Jacques, T. M., & Van, E. (۲۰۰۷). *Associations between Lifestyle and Depressed Mood: Longitudinal Results from the Maastricht Aging Study, promoting public Health Research, Policy, Practice and Education*; ۹۷(۵): ۸۸۷-۸۹۴.

Davydyan, H. (۲۰۱۳). *Depression in Iranian culture*. Tehran: Arjmand Publications. [Persian]

Eyigor, S., Karapolat, H., Durmaz, B. (۲۰۰۸). *Effects of a group-based exercise program on physical performancy, muscle strength quality of life in older women*. Gerontology and Geriatrics. ۴۵(۳): ۲۵۹-۲۷۹.

Kaplan, H., Sadok, V. (۲۰۱۵). *Summary psychiatry*. Translated by Mehdi Gani. Tehran: Sullawan Publication. [Persian]

Keyes, C. M. (۲۰۰۴). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly*, ۲. ۱۲۱-۱۴۰.

Keemann, J. D., Altmaier, E. M. (۲۰۰۸). Social support depression among bone marrow transplant patient, *Journal of health psychology*, ۱۳(۱): ۳۹-۴۶

Mohammad Zaidi, A., PakPour Haji, A. M., Mohammadi Zaidi, B. (۲۰۱۱). Validity and Reliability of Persian Version of Health-promoting Lifestyle Questionnaire. *Journal of Medical Sciences*, ۲۱(۱): ۱۰۳-۱۱۳. [Persian]

Mohseni Tabrizi, A., Saidan, F. (۲۰۰۴). Social origins of depression in women. *Women's Journal*, ۲(۳), ۸۹-۱۰۲. [Persian]

Montazeri, A., Mousavi, S. J., Omeedvari, S., Tavousi, M., Hashemi, A., Rostami, T. (۲۰۱۳). *Iranian depression: systematic review of the research literature*. Quarterly monitoring, ۵(۱), ۵۹۴-۵۶۷ [Persian]

اجتماعی، کاری انجام ندهند. در مجموع در این زمینه می توان گفت که در این بررسی همه مؤلفه های سبک زندگی به طور ترکیبی با هم، به عنوان نشانه های یک دوره افسردگی عمل می کنند؛ نه فقط یک مؤلفه خاص. با وجود این دلایل جا دارد که در مطالعات بعدی این امر مهم مورد توجه و شناسایی و بررسی بیشتر پژوهشگران قرار گیرد. این پژوهش علی رغم ویژگی های منحصر به فرد خود با محدودیت هایی از قبیل محدودیت زمانی همراه بود. محدودیت زمانی با توجه به تعدد متغیرهای مورد بررسی، امکان مطالعه عمیق تر را محدود می کرد. همچنین حجم نمونه نسبتا زیاد و مراجعه پژوهشگر به درب منازل باعث ایجاد حساسیت و مقاومت در خانواده ها شد که به نوبه خود باعث شد، همکاری نسبت به ارائه اطلاعات، تکمیل و اعاده پرسشنامه ها کاهش یابد. این امر در نهایت به افت آزمودنی ها منجر شد. به طور کلی در جمع بندی بحث می توان اشاره کرد که شیوع افسردگی در سطح جامعه نسبتا زیاد است در این مطالعه نیز میزان افسردگی بالینی ۱۵٪ تخمین زده شد که مشابه نتایج قبلی به دست آمد. این امر اهمیت سلامت روانی و اجتماعی را از حیث روان شناسی بالینی، روان شناسی اجتماعی و جامعه شناسی و پیش بینی عوامل منجر به ایجاد و کنترل افسردگی و ضرورت توجه به نوع سبک زندگی افراد در راستای تغییر و بهبود نوع سبک زندگی و شناسایی افراد دارای افسردگی، محرز می سازد. پیشنهاد می شود که مدل پیشنهادی پژوهش حاضر در پژوهش های بعدی مورد توجه متخصصان و متولیان امر سلامت کشور قرار گرفته تا نتایج آن دوباره، با نمونه ها و در سایر خرده فرهنگ های ایرانی نیز بررسی شود.

منابع

Beck, A. (۱۹۹۶). *Prisoners of hate: the cognitive bass of anger, hostility, and violence*. New York: HarperCollins.



- disease paradigm: skills and knowledge for a predictive, preventive and personalized medicine. EPMA Journal; 3(1):8-12.*
- Walker, S.N., Polerrcky, H. (1996). *Psychometric Evaluation of the Health Promoting Lifestyle profile II*. University of Nebraska Medical Center; Unpublished manuscript.
- World Health Organization. (2008). World Health Organization Constitution. In Basic documents. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Philip, A., Hertyslic, K. (2000). *Sociology of patients and physicians*. Translate by Donya Katbi. Tehran: Nay Publication. [Persian]
- Pahkala, K., Liisa, S., Kivela, M., Laippala, P. (2005). *Relationships between Social and Health Factors and Depression in Old Age in a Multivariate Analysis*. International Psychogeriatrics, 5 (1), 15-32.
- Pirzadi, H., Fathi Ashtiani, A., Shokohi Yecta, M. (2016). Effectiveness of stress management and communication skills to improve the quality of life of nurses and hospital staff. *Abstracts of the International Conference*, Allameh Tabatabae'i University. [Persian]
- Rao, T. S., Asha, M. R., Ramesh, B. N., Jagannatha-Rao, K. S. (2008). *Indian Journal of Psychiatry*; 50(2): 77-82.
- Saidi Mahr. S., Garavandi, D. Ezad Mahr, Azad., Mohammadi, M. J. (2016). Realationship Between lifestyle and Quality of life with symptoms of depression in the elderly. *Journal Iranian Aging*, 11(1), 90-99. [Persian]
- Salmoirago-Blotcher, E., Fitchett, G., Ockene, J.K., Schnall, E., Crawford, S., & Graneek, I. (2011). *Religion and healthy lifestyle behaviors among postmenopausal women: the women's health initiative*. J Behave Med; 34(5): 360-371.
- Schumaker, R. E. & Lomax, R. E. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. London Lawrence Erlbaum Association, Inc.
- Tasic, M., Myklv, J., Seri, S. (2002). *Sociology of mental illness*. Translate by Ahmad Abdullahi, Tehran: Samt Publications.
- Teo, AR., Choi, H. Valenstein, M. (2014). *Social Relationships & Depression: Ten-Years Follow-up From Nationality Representative Study*. PLOSONE 9(4): 10-21.
- Trovato, GM. (2012). *Behavior, nutrition and lifestyle in a comprehensive health and*