

## آزمون مدل علی افسردگی براساس سبک زندگی با واسطه‌گری سلامت

### اجتماعی و کیفیت زندگی

عبدالامیر گاطع زاده<sup>۱</sup> و حسین اسکندری<sup>۲\*</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۶/۲/۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۶

### چکیده

به تازگی، بویژه در کشورهای توسعه یافته، رابطه میان سبک زندگی افراد و بیماری‌های گوناگون توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع گوناگون نیز سلامت روانی و اجتماعی آن جامعه است. در همین راستا هدف این پژوهش آزمون مدل علی افسردگی براساس سبک زندگی با واسطه‌گری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی و برازش مدل علی بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد بزرگسال شهر اهواز بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ۳۸۳ نفر از بین آنان انتخاب شدند. داده‌های این پژوهش با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری و ضریب همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل مسیر بیانگر تایید برازش مدل فرضی پژوهش بود، سبک زندگی بر افسردگی اثر مستقیم دارد و سبک زندگی با واسطه‌گری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی بر افسردگی اثر غیرمستقیم داشت. با توجه به نتایج بدست آمده در پژوهش، برای تبیین افسردگی می‌توان از متغیرهای سبک زندگی، سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی، سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی، افسردگی.

<sup>۱</sup> - گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سوسنگرد، خوزستان، ایران.

<sup>۲</sup> - دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی.

## پیشگفتار

از دیدگاه روان‌شناسی، شیوه و سبک زندگی<sup>۱</sup> افراد مهم و تعیین کننده وضعیت سلامت روانی و اجتماعی آن‌هاست. سبک زندگی به روش زندگی فرد با توجه به توانایی‌هایش اشاره دارد، اما به دلیل نقش پر اهمیت این مسئله در بهداشت و سلامت فرد و جامعه، به معنای انتخاب بهترین شیوه بهبود جنبه‌های بهداشتی در زندگی است. در کشورهای توسعه یافته، بسیاری از توجهات به نقش سبک زندگی در ایجاد بیماری‌های گوناگون معطوف شده است. سبک زندگی در مقایسه با دیگر شاخه‌های زیست‌شناسی، بیش‌ترین تاثیر را بر مسایل مربوط به بهداشت عمومی و محیط زیست دارد. سلامت و بیماری افراد و جوامع ناشی از سه دسته عوامل است: ژنتیک، محیط زیست و رفتار. از این میان، تنها عامل رفتاری بیش از بقیه به انتخاب فرد بستگی دارد، اما با این حال، ارزیابی؛ مداخله و اعمال تغییرات مناسب در شیوه رفتار نیز امکان پذیر است (Trovato, 2011). سبک زندگی با کار روزانه و اوقات فراغت، که شامل مواردی همچون فعالیت‌ها، نگرش‌ها، علایق، اندیشه‌ها، ارزش‌ها و درآمد است، تعبیر می‌شود (Salmoirago, Fitchett, Ockene, Schnall, Crawford, Granek, 2011). سبک زندگی دارای شش بعد می‌باشد: تغذیه، ورزش، مسولیت پذیری در قبال سلامت، رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت استرس است. مفهوم سبک زندگی از جمله مفاهیمی است که پژوهشگران از جمله روان‌شناسان، جامعه‌شناسان، و مطالعات فرهنگی برای بیان پاره‌ای واقعیت‌های فرهنگی آن را مطرح و بکار می‌برند و دامنه بکارگیری آن در حوزه علوم انسانی و اجتماعی رواج زیادی یافته است (Hatami, 2010).

سبک زندگی در حوزه مطالعات فرهنگی به مجموعه رفتارها و الگوهای کنشی هر فرد که معطوف به ابعاد هنجاری و معنایی زندگی اجتماعی باشد، اطلاق می‌شود و نشان دهنده کم و کیف نظام باورها و کنش‌های فرد است. در واقع، با بکارگیری مفهوم سبک زندگی و تعمیق درباره آن می‌توان از هنجارهای پنهان که در اذهان، باورها، شخصیت، خلق و خو و رفتارهای مردم یک جامعه قابل مشاهده است سر در آورد و از سوگیری‌ها و الگوهای موجود یا در حال شکل‌گیری ایرانیان به گونه‌ای واقع بینانه تفسیر بدست آورد (Fazil ghane, 2011).

بتازگی، بویژه در کشورهای توسعه یافته، رابطه میان سبک زندگی افراد و بیماری‌های روانی گوناگون از جمله افسردگی<sup>۲</sup> توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع گوناگون نیز سلامت اجتماعی<sup>۳</sup> آن جامعه است. سلامت اجتماعی نقشی مهم در

<sup>1</sup> - Life Style

<sup>2</sup> - Depression

<sup>3</sup> - Social Health

تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. سلامت اجتماعی تابعی از عوامل گوناگون اجتماعی و فرهنگی است. هر چند که برای سلامت اجتماعی تعریف و شاخص گذاری یکسان جهانی وجود ندارد. متناسب با هر منطقه، شاخص‌های خاصی به کار رفته است. از دیدگاه صاحب نظران ایرانی شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارت است از: نبود فرد فقیر، خشونت، تبعیض جنسیتی، بیکاری و تبعیض قومی و نژادی و کنترل رشد جمعیت؛ برابری همگان در برابر قانون؛ رعایت پیمان حقوق بشر؛ آموزش اجباری و رایگان تا پایان دوره راهنمایی؛ دسترسی همگان به خدمات سلامت؛ وجود امنیت و آزادی عقیده، احساس رضایت از زندگی با زیر پوشش بیمه بودن تمامی مردم؛ توزیع عادلانه درآمدها؛ مشروعیت حکومت نزد مردم؛ انتخاب حاکمان به شیوه مردم سالارانه و نظارت مردم بر آن‌ها (Hatami, 2010). (Fazil ghane, 2012) در مطالعه‌ای به بررسی سلامت اجتماعی جوانان و عوامل موثر بر آن در شهر تهران پرداخته است. این پژوهش در مورد ۳۵۰ نفر از جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهر تهران به روش پیمایشی و روش پرسش‌نامه انجام شده است. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که بین احساس کنترل افراد بر زندگی و سلامت اجتماعی آنان رابطه مستقیم وجود دارد.

در بررسی‌ها مشخص شده است که از دیگر مفاهیم موثر بر افسردگی، تحولات در کیفیت زندگی<sup>۱</sup>، شادکامی و رضایت‌مندی در زندگی است هم‌چنین، مشخص شد این مفاهیم؛ هدف‌های بالاتر از پول در زندگی هستند (Frish, 2006). مفهوم کیفیت زندگی که اساس درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی<sup>۲</sup> را تشکیل می‌دهد، منظور از آن، کنترل آگاهی، افکار، احساسات و حواس جسمانی فرد است. کیفیت زندگی بر رضایت‌مندی از زندگی و تجربه ذهنی سلامت و تا حدی به کیفیت آگاهی یعنی به میزان مثبت بودن تجربه درونی انسان (مثل افکار و احساسات) اشاره می‌کند (Diener & Seligman, 2004). تحولات وسیع صنعتی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در سطوح منطقه‌ای، ملی و جهانی موجب می‌گردد که سبک زندگی و سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی افراد دست‌خوش تغییر شده و وضعیت خلقی، عاطفی و رفتاری انسان‌ها را تحت تاثیر خود قرار دهد. اختلالات افسردگی به وسیله سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> به عنوان علت اصلی ناتوانی در سراسر جهان شناخته شده است. با وجود اثر بخشی ناشی از عوامل خلق و خو، بسیاری از افراد تحت درمان، کماکان به درمان مقاوم و نشانه‌های اختلالات افسردگی از نظر بالینی، در حوزه شناختی و اختلال عملکرد و اختلال روانی نیز همچنان باقی مانده‌اند (Montazeri, Mousavi, Omeedvari, Tavousi, Hashemi, Rostam, 2013).

<sup>1</sup> - Quality of Life

<sup>2</sup> - Depression disorder

<sup>3</sup> - World Health Organization

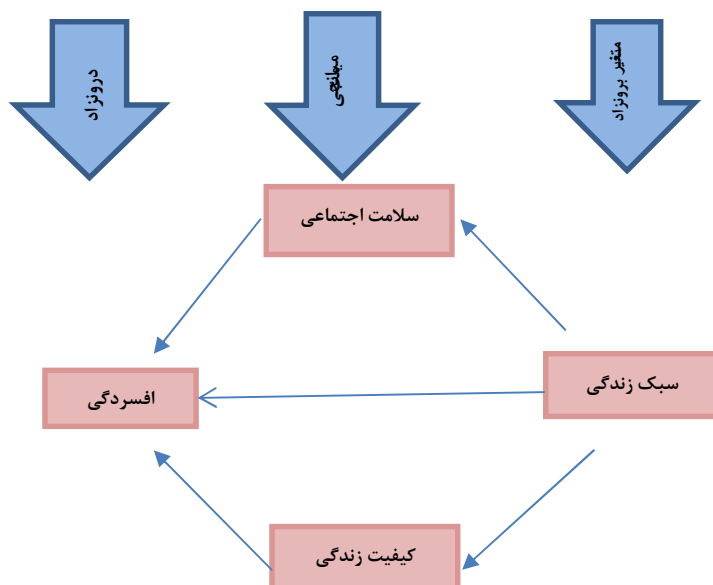
(Zernaghash, Gholam Razaei, Sadeghi, 2016) در پژوهشی به تدوین مدل احساس تنهایی براساس راهبردهای مقابله ای و افسردگی بر رضایت از زندگی دختران جانبازان جنگ تحمیلی شهر شیراز پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد افسردگی هم به صورت مستقیم و هم غیرمستقیم بر رضایت از زندگی و احساس تنهایی اثر معناداری دارد. (Belyad, Nahidpoor, Azadi, 2016) در بررسی بین افسردگی و رضایت زناشویی و نقش واسطه ای تمایز یافتگی در زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج نشان دادند که نشانگان افسردگی بر رضایت زناشویی اثر مستقیم و اثر غیرمستقیم بواسطه تمایز یافتگی و خرده مقیاس های آن بر رضایت زناشویی دارد. (Pompili, Innamorati, Lester, Serafini, 2013) در پژوهشی به بررسی نقش ناامیدی و اثرات خلقی در پیش بینی سلامت و عملکرد اجتماعی پرداختند. بیماران شامل ۹۶ نفر که به طور متوالی در درمانگاه روانپزشکی بستری شده بودند. نتایج بررسی نشان دادند که از میان آن‌ها ۵ نفر اقدام به خودکشی پیش از ارزیابی پیگیری، کرده بودند. حدود ۷۷ درصد از آنان به عنوان افسرده دو قطبی شناخته و شناسایی شدند و حدود ۴۷ درصد از آن‌ها گزارش دادند که به شدت مایوس هستند. پژوهش مبتنی بر اثربخشی مداخله‌ای شناختی - رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی در شیراز مشخص کرد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در کیفیت زندگی خود عملکرد بهتری داشتند (Behzadi, Mansoor, Keshawarz, Farzad, Nasiri, Zamanyan, 2013). در پژوهش دیگری که به وسیله (ShirJang, Sohrabi, Hosseini, 2012) با هدف تعیین رابطه بین سلامت روان و رضایت زناشویی با افسردگی صورت پذیرفت، مشخص شد که سلامت روان و رضایت زناشویی پیش‌بین کننده متغیر افسردگی هستند. آنچه مسلم است در کشور ما همانند برخی کشورها بمنظور ارایه نقشه خلقی که در آینده بتواند: شناسایی انواع افسردگی، شناسایی سبک‌های شخصیت آسیب‌پذیر و شناسایی سبک زندگی و عوامل محیطی موثر در درمان بیماری افسردگی، ارایه یک مبنای منطقی برای توسعه و تدوین یک طرح درمانی را انجام دهد، یک ضرورت اساسی است. لذا، توجه به اختلالات افسردگی، پیشگیری و درمان آن‌ها از وظایف اساسی وزارت بهداشت و درمان و دیگر حوزه های مرتبط با آن است. بر پایه اظهار نظر (World Health Organization, 2001) در سال ۱۹۹۰ میلادی از ده بیماری که بیش‌ترین مقدار ناتوانی در جهان را سبب شده اند، پنج مورد آن مربوط به بیماریهای روانی (افسردگی اساسی، سوء مصرف مواد، دارو و الکل، اختلال خلقی دو قطبی، اسکیزوفرنی، و اختلال وسواسی- اجباری) است. در ایران بار بیماری‌های روانی و اختلال های روانی - رفتاری پس از حوادث عمدی و غیر عمدی، رتبه دوم در سال ۲۰۱۳ را بدست آورده است (Kheirjoo, Jomhori, Ahadi, Farshbaf, 2012). افسردگی و پیدایش آن محرک‌هایی زیادی دارد. ضربه روحی، مشکلات مالی، سوگ از دست دادن

عزیزان و بیماری‌ها، نمونه‌هایی از این محرک‌ها هستند. در برخی مواقع، افراد افسرده هستند، اما هیچ‌کدام از موارد بالا در مورد آن‌ها درست نیست. تعیین یک دلیل خاص برای افسردگی کمی دشوار است. چون ممکن است افسردگی یک دلیل خاص و مشخص نداشته باشد (Davydyan, 2013).

برحسب مطالعات گفته می‌شود که ۲۰ درصد جامعه ایران افسرده هستند. مطالعه ملی، بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران نشان می‌دهد که بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری پس از حوادث عمدی و غیرعمدی، بزرگ‌ترین مشکل سلامت در ایران است. به گونه‌ای که براساس مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، افسردگی سومین مشکل سلامتی در کشور بشمار می‌رود و مهم است بدانیم که کدام گروه از جامعه، جزء نخستین افسرده‌ها قرار می‌گیرند تا در اولویت سیاست‌های بهداشتی و اجتماعی کشور باشد. بر همین اساس و به دلیل شیوع نسبتاً بالای افسردگی و بار قابل توجه بیماری برای فرد، نظام سلامت و جامعه، می‌بایست مطالعات بسیار گسترده‌ای برای اتخاذ پیشگیری، روش‌های درمانی مناسب و مدیریت بیماری انجام داد (Montazari & Etal, 2013).

یک پژوهش اپیدمیولوژی مربوط به روابط بین عوامل اجتماعی، بهداشتی و افسردگی در افراد ۶۰ سال به بالا در جمعیت فنلاندی مشخص کرد که افراد افسرده، رخدادهای زیان آور را در اثر طبیعت فردی یا در موقعیت اجتماعی تجربه کرده‌اند (Pahkala, Liisa, Kivela, Laippala, 2005). مطالعه‌ای با هدف بررسی اثرات آینده نگر از جمعیت شناختی متغیرها در سطوح افسردگی و سبک پاسخ به خلق و خوی افسرده در عملکرد روانی- اجتماعی بعدی بیماران افسرده انجام شد. بررسی‌ها نشان داد که این بیماران در کیفیت ذهنی زندگی و در عملکرد روانی- اجتماعی و عملکرد شغلی، پیش بینی آینده آن‌ها پایین بود و هر دو جنس سطوح بالاتری از حواس پرتی همیشگی داشتند (Pompili & Silke, 2013). پژوهش دیگری که با هدف بررسی روابط جامع بین افسردگی، شیوه زندگی و کیفیت زندگی در جمعیت خانه سالمندان و مقایسه آن‌ها با توجه به گروه‌های سنی و جنسیتی انجام شده بود، نتایج آن نشان دادند که میزان افسردگی در سالمندان مسن‌تر بیش از سالمندان جوان و در زنان سالمند بیش از سالمندان مرد بود. عوامل به گونه‌ای شایان توجهی در افسردگی خانه سالمندان به روابط، تعداد دوستان و روحیه مرتبط بود. بویژه، افزایش در تعداد دوستان با کاهش افسردگی ارتباط داشت. افسردگی در سالمندان مسن‌تر به گونه‌ای چشمگیری به شیوه زندگی آن‌ها در مقایسه با سالمندان جوان رابطه داشت (Demura & Sato, 2014).

(Poladfar & Ahmadi,2006) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه، بین سبک زندگی و اختلالات روان شناختی دبیران دوره متوسطه شهر اصفهان پرداختند. نتایج نشان داد بالاترین اختلال در دبیران، حساسیت در روابط متقابل و اختلال وسواسی- اجباری بود. بین سبک زندگی و اختلالات روان شناختی رابطه معناداری وجود داشت و جهت رابطه، معکوس بود. مقدار اختلالات در دبیران مرد بیش از دبیران زن بود. (Behdani & Etai,2000) به منظور مطالعه ارتباط بین سبک زندگی با افسردگی و اضطراب، فراوانی درجات گوناگون افسردگی، اضطراب و سبک زندگی ناسالم بدست آمد. بین نمره پرسش‌نامه سبک زندگی و سلامتی و نمرات پرسش‌نامه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی معکوس وجود داشت. بدین معنا که هر چه سبک زندگی بهینه‌تر باشد، درجات اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابد. براساس شواهدی که تا به این‌جا اشاره شد، این پژوهش بر آن است تا با آزمودن الگوی پیشنهادی رابطه مستقیم سبک زندگی به عنوان متغیر برونزاد بر افسردگی به عنوان درونزاد و هم‌چنین، رابطه غیرمستقیم آن را از راه سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی به عنوان متغیر واسطه‌ای مورد بررسی قرار دهد. شکل الگوی پیشنهادی پژوهش را نشان می‌دهد.



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

## روش پژوهش

این پژوهش از نظر هدف، بنیادی و به لحاظ روش از نوع همبستگی است. جامعه آماری این مطالعه، شامل تمامی بزرگسالان شهر اهواز می‌باشد. تعیین کم‌ترین حجم نمونه لازم برای مدل‌یابی معادلات ساختاری بسیار با اهمیت است. بسیاری از پژوهشگران کم‌ترین حجم نمونه لازم را ۲۰۰ نفر اعلام کرده‌اند (Kline, Honaker, Joseph, & Scheve, 2001). با این وجود، از میان شهروندان اهوازی تعداد ۳۸۳ نفر انتخاب شدند. این افراد بر مبنای سرشماری سال ۲۰۱۱ شهر اهواز با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای برگزیده شدند. بمنظور یکنواختی اجرا نیز، ۵ نفر به عنوان آزمونگر و دو نفر به عنوان ناظر انتخاب شدند که با گذراندن کارگاه آموزشی و ایفای نقش موثر برای برقراری ارتباط و راهنمایی تکمیل پرسش‌نامه‌ها آموزش دیدند. پرسش‌نامه‌های گردآوری شده پس از پالایش و اطمینان از درستی داده‌ها و کدگذاری، برای تجزیه و تحلیل آماری آماده‌سازی شدند. بمنظور پاسخ به فرضیه‌های پژوهش، از مدل‌یابی معادلات ساختاری (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 بمنظور بررسی روابط مجموعه‌ای از متغیرها ترسیم شد تا بتوان از راه آن مجموعه‌ای از فرضیه‌ها را در قالب یک مدل بررسی کرد. برای بررسی معنی‌داری ضرایب بدست آمده از نمودار مسیر از آماره T استفاده شد. اگر 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 تاثیر مطلق هر یک از زیر مقیاس‌های مورد بررسی بر زیر مقیاس‌های سطح بالاتر یا در نهایت مقیاس را فراهم می‌کنند (Schumaker & Lomax, 2004). برای برازش مدل نظری داده‌ها از نرم افزارهای ۲۰ SSPS و Lisrel ۸/۷ استفاده شد و مقادیر P کم‌تر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

## ابزار پژوهش

بمنظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت (Walker & Polerrcky, 1996)، پرسش‌نامه سلامت اجتماعی (Keyes, 2004)، پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹) و پرسش‌نامه افسردگی (Beck II, 1996) استفاده شد. پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت: این پرسش‌نامه ۵۲ سوالی به وسیله (Walker & Polerrcky, 1996) ساخته شده است و شامل ۵۲ سوال است. این ابزار رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را در ۶ بعد اندازه‌گیری می‌کند: تغذیه، فعالیت جسمی یا ورزش، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی، رشد معنوی و خود شکوفایی،

نسخه فارسی آن در شهر قزوین به وسیله (Mohammadi, Pakpur & Mohammadi, 2012) ترجمه و روایی و پایایی آن محاسبه شده است. نسخه فارسی در ۴۶۶ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از مراجعه کنندگان به ۱۰ مرکز درمانی شهر قزوین مورد آزمون قرار گرفت. برای تعیین اعتبار یا پایایی ابزار از روش باز آزمایی با فاصله دو هفته و از روش ضریب آلفای کرانباخ برای بررسی تجانس درونی استفاده شد. ضریب آلفای کرانباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیر شاخه های آن از ۰/۶۴ تا ۰/۹۴ بود. همه موارد همبستگی قابل قبولی داشتند. در این مطالعه آلفای کرانباخ برای سبک زندگی ۰/۷۹ محاسبه شد.

**پرسش‌نامه سلامت اجتماعی:** این پرسش‌نامه ۳۳ ماده ای است و دارای ۵ خرده مقیاس که شامل پنج مولفه: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی می باشد و به وسیله آقای Keyes در بنیاد علمی مک آرتور ایالات متحده آمریکا به سال ۲۰۰۴ ساخته شده است و در چندین دوره مطالعاتی روایی و پایایی آن مورد آزمون واقع شده است. این ابزار به صورت کاملاً موافق = پنج و کاملاً مخالف = صفر نمره گذاری می‌شود. پایایی مقادیر آلفای کرانباخ به دست آمده در این پرسش‌نامه برای کل سلامت اجتماعی ۰/۸۰ و برای خرده مقیاس های آن بین ۰/۷۲ الی ۰/۸۵ متغیر بود. در این پژوهش آلفای کرانباخ متغیر سلامت اجتماعی ۰/۸۴۶ بدست آمد.

**پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی:** این پرسش‌نامه فرم کوتاه برای سنجش کیفیت زندگی در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازنده آن سازمان بهداشت جهانی با همکاری مرکز بین المللی در سال ۱۹۸۹ ساخته شد. تعداد سوالات ۲۶ سوال (۲۴ سوال در چارچوب ۴ حیطة که دو سوال نخست به هیچ یک از حیطة‌ها تعلق ندارد). نمره هر گویه در دامنه‌ای بین (۱ تا ۵) قرار می‌گیرد. ضرایب آلفای کرانباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای کل خرده مقیاس‌ها بود. در ایران نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش باز آزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تنصیف و آلفای کرانباخ استفاده کرد که به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۹ و ۰/۸۴ بود. در این پژوهش برای محاسبه پایایی این پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرانباخ استفاده شد و مقدار آن ۰/۸۶۷ بدست آمد.

**پرسش‌نامه افسردگی Beck-II (BDI-II):** نسخه جدیدتر پرسش‌نامه افسردگی بک اولیه است. پرسش‌نامه افسردگی بک اولیه (BDI) برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ به وسیله Beck & Etal ساخته شد. این پرسش‌نامه (BDI-II) در سال ۱۹۶۱ 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 (BDI-II) دارای ۲۱ گویه است. هر گویه از



۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و بنابراین، فرد می‌تواند نمره‌ای بین ۰ تا ۶۳ کسب کند. در این پژوهش پایایی پرسش‌نامه مربوطه با استفاده از آلفای کرانباخ ۰/۸۳۰ محاسبه شد.

### یافته‌های پژوهش

جدول ۱- آمار توصیفی و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش.

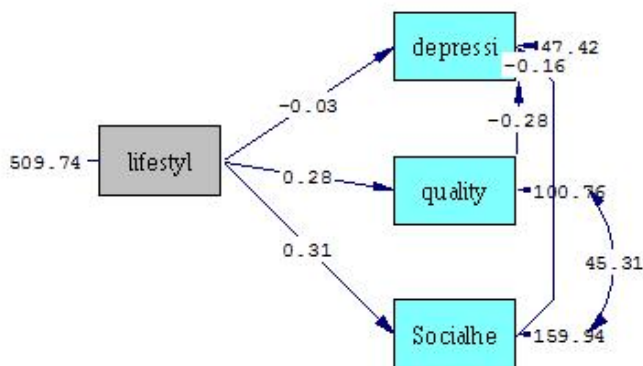
مقیاس‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کم‌ترین نمره	بیش‌ترین نمره	سبک زندگی	افسردگی	سلامت اجتماعی	کیفیت زندگی
سبک زندگی	۳۳۰	۱۳۸/۵۲۱	۲۲/۵۷۷	۸۷	۲۰۰	۱			
افسردگی	۳۳۰	۱۹/۷۸۷	۸/۷۶۷	۱	۴۱	-۰/۴۲۰ (۰/۰۰۱)	۱		
سلامت اجتماعی	۳۳۰	۱۱۳/۲۴۵	۱۴/۴۹۸	۷۶	۱۵۰	۰/۴۸۹ (۰/۰۰۱)	-۰/۵۰۸ (۰/۰۰۱)	۱	
کیفیت زندگی	۳۳۰	۸۳/۷۷۰	۱۱/۸۲۲	۶۰	۱۰۸	۰/۵۲۸ (۰/۰۰۱)	-۰/۵۶۷ (۰/۰۰۱)	۰/۵۲۳ (۰/۰۰۲)	۱

در جدول بالا داده‌های توصیفی مربوط به متغیر سبک زندگی و متغیرهای سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی، و افسردگی گزارش شده است. نکته قابل توجه این است که مقدار افسردگی در این مطالعه ۱۹/۸۷ بدست آمد. تمام ضرایب همبستگی بین متغیرها در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. رابطه سبک زندگی با افسردگی (-۰/۴۲۰)، رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی با افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۵۶۷- و ۰/۵۰۸- می‌باشد. بنابراین، با توجه به اینکه مفروضات تحلیل مسیر در این پژوهش برقرار می‌باشد، حال می‌توان از روش تحلیل مسیر، روابط چندگانه بین متغیرهای پژوهش را با استفاده از نرم افزار LISREL-8/7 بررسی کرد.

جدول ۲- شاخص های نیکویی برازش مدل.

شاخص	شاخص	شاخص	شاخص	شاخص	ریشه	نسبت	شاخص	شاخص
برازش	برازش	برازش	تعدیل	تعدیل	خطای	خی دو	مجذور	شاخص
بهنجار	بهنجار	تطبیقی	شده	شده	میانگین	به	خی	برازش
نشده	بهنجار		نیکویی	نیکویی	مجذورات	درجه	آزادی	
			برازش	برازش	تقریب			
NNFI	NFI	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	<sup>2</sup> /df	2	عنوان
0/9	0/9	0/9	0/9	0/9	0/1	3		آماري
								حد
								مطلوب
								مقدار
								بدست
								آمده

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود نتایج بدست آمده از آزمون شاخص های کلی برازش مدل پژوهش به روش تحلیل مسیر، مؤید برازندگی کامل مدل است. در ادامه به بررسی اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیر برونزاد (سبک زندگی) بر متغیرهای میانجی (کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی) و متغیر ملاک (افسردگی) و همچنین اثرات مستقیم و کل متغیرهای میانجی بر متغیر ملاک پرداخته شده است. شکل ۲ الگوی این پژوهش همراه با ضرایب استاندارد مسیره را نشان می دهد.



Chi-Square=0.00, df=0, P-value=1.00000, RMSEA=0.000

شکل ۲- الگوی پژوهش همراه با ضرایب استاندارد.

همان‌گونه که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، ضریب مسیرها به طور کلی معنادار بدست آمده است. وجود رابطه مستقیم معنی دار سبک زندگی، حاکی از اثر مستقیم این متغیر بر افسردگی است. یک فرض زیر بنایی الگوی حاضر، وجود مسیرهای غیرمستقیم واسطه ای بود که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳- ضرایب رگرسیون استاندارد و غیر استاندارد و مقادیر تی اثرات متغیرها

رابطه ها	نوع اثرات	ضریب رگرسیون استاندارد	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	T
سبک زندگی افسردگی	مستقیم	-۰/۲۵	-۰/۰۷	-۳/۵۷**
	غیر مستقیم	-۰/۳۴	-۰/۱۳	۷/۸۳**
	کل	-۰/۵۹	-۰/۱۶	-۸/۶۶**
سبک زندگی سلامت اجتماعی	مستقیم/ کل	۰/۴۹	۰/۳۱	-۱۰/۱۵**
	مستقیم/ کل	۰/۵۳	۰/۲۸	۱۱/۲۷**
سلامت اجتماعی افسردگی	مستقیم/ کل	-۰/۳۹	-۰/۱۶	-۵/۳۶**
	مستقیم/ کل	-۰/۲۷	-۰/۲۸	-۷/۵۰**

\*\* ۰/۰۱ p

همان‌گونه که در جدول بالا ملاحظه می‌شود بزرگ‌ترین ضریب رگرسیون استاندارد مربوط به اثر مستقیم سبک زندگی بر کیفیت زندگی (۰/۵۳) است و کوچک‌ترین آن مربوط به اثر مستقیم کیفیت زندگی بر افسردگی (-۰/۲۷) می‌باشد. همچنین، مشاهده می‌شود که تمام ضرایب رگرسیون در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشند، در حالی که مقدار اثر کل (ضریب رگرسیون استاندارد) سبک زندگی بر افسردگی -۰/۵۹- بدست آمد. اثر غیرمستقیم آن با میانجی‌گری کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی -۰/۳۴- می‌باشد و مقدار اثر مستقیم آن -۰/۲۵- است، لذا می‌توان گفت مقدار شایان توجهی از اثر کل سبک زندگی بر افسردگی به واسطه متغیرهای میانجی سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی می‌باشد.

جدول ۴- اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل سبک زندگی بر افسردگی با واسطه گری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی.

مسیر	شاخص	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
سبک زندگی افسردگی	ضریب رگرسیون استاندارد	-۰/۲۵	-۰/۱۹	-۰/۴۲
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	-۰/۰۹	-۰/۰۸	-۰/۱۷
سبک زندگی افسردگی	T	-۴/۲۴**	۶/۰۳**	-۲/۳۷**
سبک زندگی افسردگی	ضریب رگرسیون استاندارد	-۰/۱۷	-۰/۲۵	-۰/۴۲
	ضریب رگرسیون غیر استاندارد	-۰/۰۶	-۰/۱۰	-۰/۱۶
	T	-۳/۱۶**	۷/۷۰**	۴/۵۴**

در مدل تحلیل مسیر بالا ضریب رگرسیون اثر مستقیم سبک زندگی بر افسردگی  $-0/25$  می باشد. و اثر غیر مستقیم آن با میانجیگری سلامت اجتماعی  $-0/19$  می باشد که در سطح  $p < 0/01$  معنادار می باشد. بنابراین با  $99$  درصد اطمینان می توان گفت که سلامت اجتماعی در رابطه بین سبک زندگی و افسردگی نقش میانجی ایفا می کند. همچنین اثر غیرمستقیم آن نیز با میانجی گری کیفیت زندگی بر افسردگی  $-0/25$  می باشد که در سطح  $p < 0/01$  معنادار می باشد این امر نشان می دهد که کیفیت زندگی بر رابطه سبک زندگی با افسردگی نقش میانجی ایفا می کند.

## بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش، آزمون مدل علی افسردگی براساس سبک زندگی با واسطه گری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی و بررسی برازش مدل بوده است. بمنظور دستیابی به این هدف، این پژوهش در چارچوب  $5$  فرضیه تنظیم شد. فرضیه نخست این بود که مدل علی افسردگی براساس سبک زندگی با واسطه گری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی با داده های بدست آمده از نمونه برازش دارد. محاسبه شاخص های برازش مدل اندازه گیری نشان داد که این مدل به سطحی بهینه از برازش دست یافته است. بنابراین، برازش مدل اندازه گیری تایید شد. این یافته با نتایج پژوهش های Zernaghash & Etal (2016)، Demura & Sato (2014)، Pomoili & Etal (2013)، Teo & Etal (2013)، Kheirjoo & Etal (2012) همسو و همخوان است. فرضیه دوم عبارت بود از این که سبک زندگی بر افسردگی اثر مستقیم دارد. یافته های این پژوهش رابطه مستقیم بین سبک زندگی بر افسردگی را تایید کرد. مبنای فرضیه سوم این بود که سبک زندگی با واسطه گری

سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی بر افسردگی اثر می‌گذارد. همان‌گونه که یافته‌های پژوهشی نشان دادند، می‌توان گفت که مقدار شایان توجهی از اثر سبک زندگی بر افسردگی به واسطه متغیرهای واسطه‌ای سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی می‌باشد. فرضیه چهارم عبارت بود از این‌که سبک زندگی بر افسردگی با واسطه‌گری سلامت اجتماعی اثر غیرمستقیم دارد. یافته‌های پژوهشی نشان دادند که سلامت اجتماعی در رابطه بین سبک زندگی و افسردگی نقش میانجی ایفا می‌کند. فرضیه پنجم به این بررسی پرداخت که سبک زندگی بر افسردگی با واسطه‌گری کیفیت زندگی اثر غیرمستقیم دارد. یافته‌های پژوهشی نشان داد که کیفیت زندگی بر رابطه بین سبک زندگی با افسردگی نقش میانجی ایفا می‌کند. یافته‌های بدست آمده از بررسی فرضیه‌های سوم، چهارم و پنجم این پژوهش که به بررسی نقش سبک زندگی و میانجی دو متغیر سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی با افسردگی می‌پردازد با بسیاری از پژوهش‌های پیشین هم‌خوان است. پژوهشگران بسیاری از روابط بین سبک زندگی و سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی با افسردگی را تایید کرده‌اند (Demura & Sato, 2014; Teo & Etal, 2013; Pompili & Etal, 2013; Behzadipoor, 2013; phakalla & Etal, 2005; Fazil ghane, 2012; Kheirjoo & Etal, 2012). در بررسی یافته‌ها مشخص شد که یافته دوم، یعنی سبک زندگی بر افسردگی اثر مستقیم دارد. دلیل آن، چون شیوه زندگی به صورت بازتاب‌گرایش‌ها و ارزش‌های یک فرد یا گروه تعریف می‌شود، سبک زندگی مجموعه‌ای از طرز تلقی‌ها، ارزش‌ها، شیوه‌های رفتار، حالت‌ها و سلیقه‌ها در هر چیزی را در بر می‌گیرد. موسیقی عامه، تلویزیون، آگهی‌ها، همه و همه تصورها و تصویرهایی بلقوه از سبک زندگی فراهم می‌کنند. سبک زندگی دارای شش بعد می‌باشد: فعالیت جسمانی، تغذیه، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت استرس است. فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامتی خود و پیشگیری از بیماری، اقدام‌ها و فعالیت‌هایی را مانند رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت ورزشی، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها انجام می‌دهد که این مجموعه سبک زندگی را تشکیل می‌دهد. سلامتی مستلزم ارتقای سبک زندگی بهداشتی است. اهمیت سبک زندگی بیش‌تر از آن جهت است که روی کیفیت زندگی و پیش‌گیری از بیماری‌ها مؤثر می‌باشد. برای حفظ و ارتقای سلامتی، تصحیح و بهبود سبک زندگی ضروری است. ارتقای بهداشت

و تأمین سلامت افراد جامعه یکی از ارکان مهم پیشرفت جوامع می‌باشد (Kheirjoo & Etal, 2012). یافته‌های سوم تا پنجم این پژوهش از یافته‌های نوین پژوهشی بشمار می‌رود. هر چند که پژوهش‌های پیشین رابطه بین سبک زندگی و سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی با افسردگی را (phakalla & Sato, 2014; Teo & Etal, 2013; Pompili & Etal, 2013; Demura)

نشان داده اند (Etal, 2005; Fazil ghane, 2012; Kheirjoo & Etal, 2012; Poladfar & Etal, 2006; Behdani & Etal, 2000)، اما هیچ‌کدام به نقش میانجی سلامت اجتماعی در رابطه بین سبک زندگی و افسردگی و نقش میانجی کیفیت زندگی در رابطه بین سبک زندگی و افسردگی پرداخته است. روی هم رفته، از یافته‌های بدست آمده از فرضیه‌های پژوهشی سوم، چهارم و پنجم چنین نتیجه گرفته می‌شود که می‌توان از نقش میانجی سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی برای تبیین افسردگی براساس سبک زندگی استفاده کرد. در تبیین یافته‌های بالا می‌توان گفت: همان‌گونه که (Montazari & Etal, 2013) در پژوهشی مشخص کردند که بی‌عدالتی و نابرابری (از عوامل سلامت اجتماعی) در جامعه نقشی مهم در شیوع افسردگی دارد. در جامعه‌ای که قانون به درستی اجرا نشود و قانون‌گریزی در سطح بالایی باشد، افراد بیش‌تری مبتلا به افسردگی خواهند شد. زیرا افراد از این که نمی‌توانند از حقوق خود دفاع کنند و روشی برای احقاق حق خود نمی‌یابند، افسرده می‌شوند. در تبیین دیگر این نتایج می‌توان به نظریه کیفیت زندگی توجه داشت همان‌گونه که نظریه کیفیت زندگی عوامل مهیا ساز یا متغیرهای مهارکننده‌ای را در نظر می‌گیرد که احتمال افزایش یا کاهش غمگینی، رضایت مندی کم از زندگی (یا عدم رضایت مندی) و نیز افسردگی و سایر اختلال‌های مرتبط با آن و بویژه اضطراب را ایجاد می‌کند (Barlow, 2002). کیفیت زندگی شاخص با ارزشی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در پژوهش‌های بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده و بکار می‌رود و از سوی دیگر، اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی بوده و عمدتاً ناتوان‌کننده بویژه در بزرگسالان است.

وجود افسردگی می‌تواند اثری چشم‌گیر بر کیفیت زندگی افراد داشته باشد (Seligman & Diener, 2004). این پژوهش با وجود ویژگی‌های خاص با محدودیت‌هایی همراه بود. از جمله محدودیت‌ها محدودیت زمانی بود که با تعدد متغیرهای پژوهشی مورد بررسی امکان مطالعه عمیق‌تر را محدود می‌کرد. با توجه به نمونه نسبتاً بزرگ و مراجعه پژوهشگر به درب منازل و مقاومت خانواده‌ها در برابر همکاری نسبت به ارایه داده‌ها، تکمیل و اعاده پرسش‌نامه‌ها منجر شد که کاهش آزمودنی‌ها نسبتاً زیاد شود. با توجه به شیوع نسبتاً بالای افسردگی که در این مطالعه،

مشابه نتایج پیشین مقدار افسردگی ۱۹/۷۸ بدست آمد و اهمیت سلامت روانی و اجتماعی در جوامع به لحاظ روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی اجتماعی و جامعه‌شناسی و پیش‌بینی عوامل منجر به ایجاد و کنترل افسردگی و ضرورت توجه به نوع سبک زندگی افراد در راستای تغییر و بهبود آن و شناسایی افراد دارای افسردگی توصیه می‌شود که مدل پیشنهادی این پژوهش در پژوهش‌های بعدی مورد توجه کارشناسان و متولیان سلامت کشور قرار گرفته تا نتایج آن نیز دوباره و با نمونه‌ها و متغیرهای متفاوت، مورد بررسی قرار گیرد.

### References

- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed). New York: Guilford press.
- Beck, A. t. (1999). *Prisoners of hate: the cognitive bass of anger, hostility, and violence*. New York: Harper Collins.
- Behzadi, S., Mansoor , M. M., Keshawarz, A. F., Farzad, V., Nasiri, Q., & Zamanyan, S. (2013). Effect of Cognitive-Behavioral Intervention on Stress Management on Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Journal of Psychological Methods and Models*. Volume 3, Issue 12, pp. 46-29.
- Behdani, F., Sarghzai, M. R., & ghorbani, I. (2000). Relation Between Lifestyle and Depression and Anxiety in Sabzevar Students. *Journal of Medical Sciences, Sabzevar University of Medical Sciences*, Vol. 14, No. 8, pp. 120-110.
- Belaid, M. R., Nahid Pour, F., & Azadi, Sh. (2016). The Relationship between Depression and Marital Satisfaction and the Mediating Role of Differentiation in Women. *Journal of Psychological Methods and Models*. Volume 8, Volume 27, Pages 126-109
- Demura, S., & Sato, S. (2014). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological Anthropology and Applied human science*, 3 p 159-166.
- Diener, E., & Seligman, M. (2004). Beyond Money: Toward an Economy of Well- being, *Psychological Science in the Public Interest*, 5 (1), 1-13.
- Davydyan, H. (2013). *Depression in Iranian culture*. Tehran, Arjmand Publications; 2013.
- Fazil, Gh. H. (2012). "The role of life style in the process of formation of the modern Islamic civilization." *Proceedings of the 15th International Sheikh Toosi Research Festival*. Qom: International Center for the Translation and Publishing of Al-Mustafa, PP: 173-193.
- Frisch, M. (2006). *Psychotherapy based on improving the quality of life*. Translation of the Akram Khamse, Tehran: Venerable.

- Hatami, P. (2010). Factors affecting social health of students with an emphasis on social networks. Master's thesis, Faculty of Social Science, Allameh Tabataba'i University.
- Kheirjoo, I., Jomhori, F., Ahadi, H., & Farshbaf, M. M. (2012). Compare health-promoting lifestyles in patients with arthritis Rvnatvyd healthy women and its relation to demographic factors. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, No. 4, pp. 61-70.
- Keyes, C. M. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly*. 2. 121-140.
- Kline, G., Honaker, J., Joseph, A., & Scheve, K. (2001). Analyzing incomplete political science data: an alternative algorithm for multiple imputation. *American Political Science Review*, 95, 49-69.
- Schumaker, R. E. & Lomax, R.E. (2004). *A beginners guide to structural equation modeling*. London Lawrence Erlbaum Association, Inc.
- Salmoirago-Blotcher, E., Fitchett, G., Ockene, J. K., Schnall, E., Crawford, S., Granek, I. (2011). Religion and healthy lifestyle behaviors among postmenopausal women: the women's health initiative. *J Behave Med*; 34(5): 360-371.
- ShirJang, L., Sohrabi, N., & Hosseini, S. M. (2012). Depression prediction based on marital satisfaction and mental health. *Journal of Methods and Psychological Model*. Volume 3, Issue 10, pp. 27-44.
- 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 Psychogeriatric/ Volume 5 / Issue 01*, pp 15-32
- Pompili, M., Innamorati, M., Lester, D., & Serafini, G. (2012). Suicide attempts in acute psychiatric Referrals with substance use disorders. *RI vista Psychiatry* 47(4):313-318.
- Poladfar, R., & Ahmadi, S. A. (2006). Investigating the Relationship between Lifestyle and Psychological Disorders among Secondary Schools in Isfahan. *Journal of Psychological Studies*, Volume 2, Issue, 2-1, pp. 18-7.
- Mohammadi, Z.I., Pakpur, H., & Mohammadi, Z. B. (2012). Validity and reliability of the Persian version of health-promoting lifestyle questionnaire. *Journal of Medical Sciences*, Volume 21, Issue 1, pp. 103-113.
- Montazeri, A., Mousavi, S. J., Omeedvari, S., Tavousi, M., Hashemi, A., & Rostami, T. (2013). Iranian depression: systematic review of the research literature. *Quarterly monitoring*, Issue VI, pp. 67-94.
- Toda, M., & Morimoto, K. (2001). Health practice in Islam -The cultural dependence of the lifestyle formation. *Environment Health Med*; 5(4):131-3
- Teo, AR, Choi, H. & Valenstein, M. (2013). Social Relationships & Depression: Ten-Years Follow- up From Nationality Representative Study. *PLOS ONE* 8(4): e62396. Doi: 100 1371/Journal. Pone. 0062396.



- Trovato, G.M. (2012). Behavior, nutrition and lifestyle in a comprehensive health and disease paradigm: skills and knowledge for a predictive, preventive and personalized medicine. *EPMA J* ;3(1):8
- Walker, S.N. & Polerrcky, H. (1996). Psychometric evaluation of the health promoting life-style profile II. University of Nebraska Medical Center; Unpublished manuscript.
- World Health Organization. (2001). World Health Organization Constitution. In Basic documents. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zernaghash, M., Gholam Razaei, S., Sadeghi, M. (2016). Formation of feeling lonely based on coping strategies, depression and satisfaction with the lives of veterans' daughters. *Journal of Psychological Methods and Models*. Volume 7, Number 26, pp. 54-35.

آزمون مدل علی افسردگی براساس سبک زندگی با واسطه گری سلامت...

---