آزمون مدل علّی افسردگی براساس مؤلفه‌های سبک زنـدگی بـا میانجی‌گری سلامت اجتماعی

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

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۸/۷ پذیرش اولیه: ۱۳۹۶/۱/۱۸ پذیرش نهایی:۱۳۹۶/۳/۲۲

چکیده

هدف این پژوهش آزمون مدل علّـی افسـردگی براسـاس مؤلفـه‌های سـبک زنـدگی بـا میانجی‌گری سلامت اجتماعی بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر کلیه افراد بالای ۱۸ سـال شهر اهواز بودند که به روش نمونـه‌گیری تصـادفیِ چنـد مرحلـه‌ایِ خوشـه‌ای و براسـاس برآورد حجم نمونهٔ کوکران، از بین آنان ۳۸۳ نفر انتخاب شدند. داده‌های این پـژوهش بـا استفاده از پرسشنامهٔ سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر و پلیرکـی (۱۹۹۶)، سـلامت 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 واسطه ای در رابطه بین سبک زندگی و افسردگی دارد. همچنین ضرایب تحلیل مسیر در این مدل نشان داد تغذیـه، مسـئولیت‌پـذیری در قبـال سـلامت، فعالیت جسمی و رشد معنوی اثر مستقیم و غیر مستقیم معناداری بر افسردگی دارند.

واژگان کلیدی: سبک زندگی، سلامت اجتماعی، افسردگی

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, ۱۹۹٦), Keyes social health (۲۰۰٤) 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

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران. ایران
۲. (نویسنده مسئول). دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران. ایران. Borjali@atu.ac.ir
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران. ایران
۴. دانشیار گروه روان سنجی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران. ایران
۵. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی ، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران. ایران.

*مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری نویسنده اول است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.3.5]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.13]

مقدمه

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 توسعهٔ اجتماعی-اقتصادی پایین‌ترین اولویت به این اختلالات داده می‌شود (کاپلان و سادوک[۱]، ۲۰۱۵). بر پایهٔ پیش‌بینی‌های پژوهشگران بین‌المللی، سهم اختلالات خلقی از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۲۰ به ترتیب، از رتبهٔ چهارم به رتبهٔ 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 روان پدیدآیی 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). شالودهٔ سبک زندگی، از همان اوایل کودکی یعنی در سنین چهار یا پنج سالگی ریخته می‌شود. به نظر می رسد در شکل‌گیری سبک زندگی، حق تقدم با عوامل اجتماعی نقش زیادی دارند. با توجه به این‌که سبک زندگی، می‌تواند نقش تعیین کننده‌ای در حفظ و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها داشته باشد و الگوی سلامتی و بیماری‌ها را قویاً متأثر سازد؛ یکی از اهداف تعیین‌شدهٔ 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 بزرگسالانِ در معرض خطر افسردگی است (پاهکالا و همکاران[۹]، ۲۰۰۵). در پژوهشی که بر روی بزگسالان آمریکایی بین ۷۵-۲۵ 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 برقرای ارتباط و تعامل سازنده با تمامی اعضای جامعه، از معیارهای مهارت عاطفی و ارتباطی در بحث سلامت و پیشگیری از اختلالات روانی

۱.Caplan & Sadoc
۲. World Health Organization
۳. Trovate
٤. Tasic & Et al
٥. lifestyle
٦. Toda & Morimoto
۷. Salamorago & Etal
۸. Rao & Et al
۹. Pahkala & Et al
۱۰. Teo & Et al

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.3.5]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.13]

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 علایم افسردگی از جمله بر سطح عوامل خطر، التهاب و بیماری قلبی-عروقی محافظت کند (کوین و همکاران[۱]، ۲۰۰۷). در مطالعه‌ای که با هدف بررسی رابطهٔ ورزش بر افسردگی زنان سالمند انجام شد، مشخص شد که علایم افسردگی در زنانی که دارای فعالیت بدنی مستمر هستند، کمتر از کسانی است که فعالیت بدنی انجام نمی‌دهند (ایگور و همکاران[۲]، ۲۰۰۸).

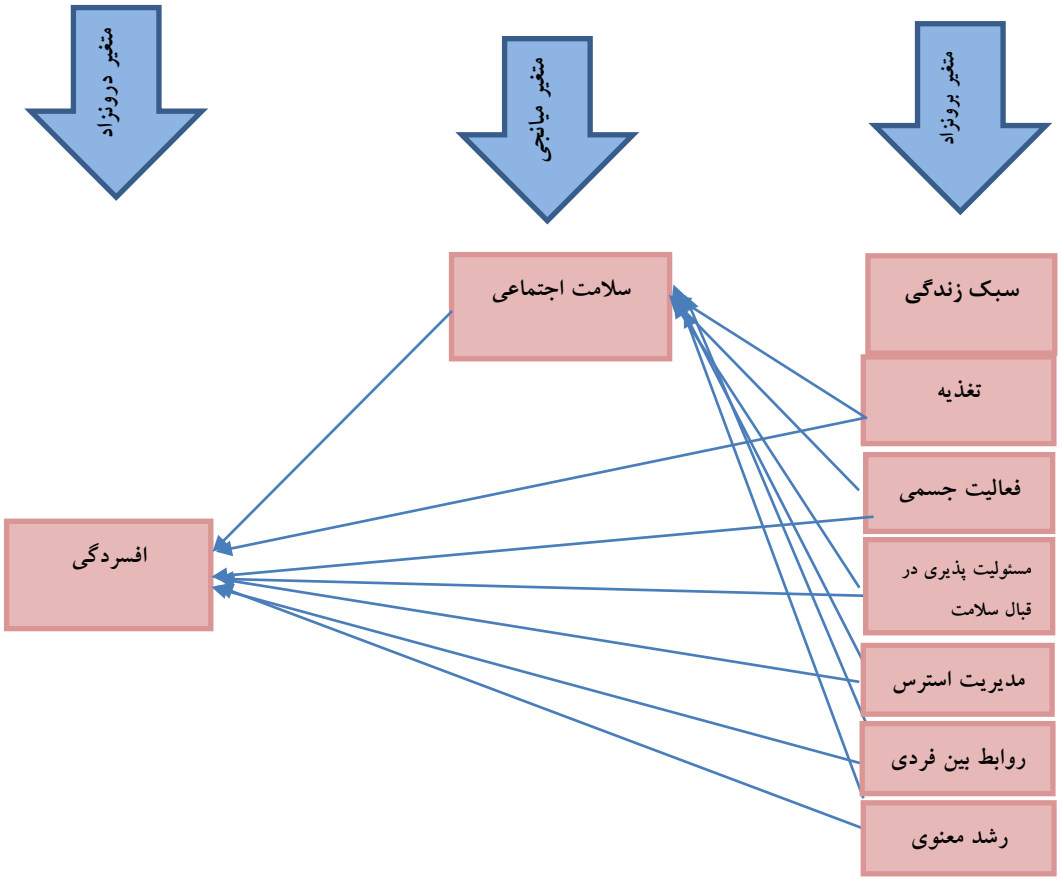
در تحقیقی ارتباط بین سبک زندگی و کیفیت زندگی بر افسردگی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر ایلام با استفاده از روش تحلیل مسیر بر روی ۲۰۲پرستار بررسی شده است و در این تحقیق سبک زندگی و کیفیت زندگی به عنوان متغیر برون‌زاد و افسردگی به عنوان متغیر درون‌زاد در نظر گرفته شده‌اند. نتایج بیانگر آن است که برحسب 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 جسمیِ کیفیت زندگی نیز مشخص شد، بعد روانی تاثیر 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 جنبهٔ 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 جنبهٔ اجتماعی دارند، بر افسردگی بررسی می‌شود. این موارد شامل جنس، سن، نژاد، وضعیت تأهل، تحصیلات، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، مذهب، سرمایهٔ اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی است (کیمن و التیمر[۴]، ۲۰۰۸). محسنی تبریزی و سیدان (۱۳۸۳) در پژوهشی با عنوان منشاء اجتماعی بیماری افسردگی زنان، ضمن بررسی منشاء اجتماعی بیماری افسردگی بیان می کنند 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 ۲۰درصد 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 شکل‌گیریِ 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، رابطهٔ مستقیم و غیرمستقیم سبک زندگی بر

۱. Coen & Et al
۲. Eyigor & Et al
۳. Keyes
۴. Keemann & Altmaier

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.3.5]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.13]

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. شکل۱ 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. جامعهٔ آماری این مطالعه، شامل کلیهٔ افراد ۱۸ سال به بالای شهر اهواز است که در سال ۱۳۹۴ در این شهر ساکن بودند. حجم نمونه این طرح برمبنای فرمول کوکران محاسبه و از میان شهروندان اهوازی به شیوهٔ نمونه‌گیری تصادفیِ خوشه‌ایِ 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 منطقهٔ شهری اهواز دارای ۱۲محله است که با توجه به ویژگی‌های جمعیتی محلات، جمعا ۹محله در سطح شهر اهواز و از هر محله، چهار بلوک و از هر بلوک؛ ده خانوار و در ادامه افراد ۱۸سال به بالای مورد نظر انتخاب شدند. شیوهٔ مراجعه و اجرا بدین شرح است که پژوهشگر با مراجعه به درب منازل خانوارها و ارائهٔ مجوز و معرفی خود، پس از توجیه کامل پیرامون مطالعه و اخذ

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.3.5]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.13]

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 مجموعه ای از فرضیه‌ها را در قالب یک مدل بررسی کرد. برای بررسی معنی‌داریِ ضرایب حاصل از نمودارِ مسیرِ 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 SSPS 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 پرسشنامهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت[۲] والکر و پلیرکی[۳]، پرسشنامهٔ سلامت اجتماعی[۴] کییز و نسخه دوم پرسشنامهٔ افسردگی بک[۵]، استفاده شد.

۱) پرسشنامهٔ سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت: این پرسشنامه ۵۲ سؤالی توسط والکر و پلیرکی (۱۹۹۶) ساخته شده است. این ابزار رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت را در ۶ بعد اندازه‌گیری می‌کند: تغذیه، فعالیت جسمی یا ورزش، مسؤولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی، رشد معنوی و خودشکوفایی. نسخهٔ فارسی آن در شهر قزوین توسط زیدی و همکاران (۱۳۹۰) ترجمه و روایی و پایایی آن محاسبه شده است. نسخهٔ فارسی در ۴۶۶ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از مراجعه‌کنندگان به ۱۰مرکز درمانیِ شهر قزوین، مورد آزمون قرار گرفت. جهت تعیین اعتبار یا پایایی ابزار از روش بازآزمایی با فاصلهٔ 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 کییز 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 (کییز، ۲۰۰۴). این ابزار به صورت کاملاً موافق=۵ و کاملا 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) نسخهٔ دوم پرسشنامهٔ افسردگی بک: این پرسشنامه در طی چهل سال اخیر بهترین و پراستفاده‌ترین ابزار برای شناسایی افسردگی بوده است. پرسشنامهٔ 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 ۱۳سال 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 پرسشنامهٔ مربوطه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳۰ محاسبه شد.

یافته ها

براساس داده های 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.

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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.3.5]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.13]

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	مسئولیت پذیری در قبال سلامت	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 (۰/۰۰)	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

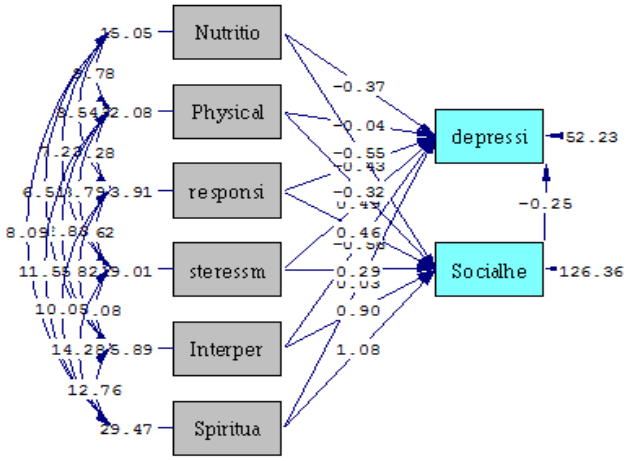
در جدول۲ همبستگی پیرسون مربوط به متغیر سبک زندگی و مؤلفه‌های آن شامل: تغذیه، فعالیت جسمی، مسئولیت در قبال سلامتی، مدیریت استرس، روابط بین فردی، رشد معنوی و خودشکوفایی و متغیرهای سلامت اجتماعی و افسردگی گزارش شده است. تمام ضرایب همبستگی بین متغیرها در سطح ۰/۰۱ معنادار است. با توجه به این‌که مفروضات تحلیل 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 علّی 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.

جدول۳. شاخص‌های نیکویی برازش مدل

شاخص برازش	مجذور خی	نسبت خی دو به درجه آزادی	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب	شاخص نیکویی برازش	شاخص تعدیل شده نیکویی برازش	شاخص برازش تطبیقی	شاخص برازش بهنجار	شاخص برازش بهنجار نشده
عنوان آماری	X^2	X^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI	NNFI
حد مطلوب		≤۳	≤۰/۱	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹
مقدار بدست آمده	۲۰/۴۷	۲/۵۵۸	۰/۰۶۹	۰/۹۹	۰/۹۲	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۸

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.3.5]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.13]

در جدول فوق شاخص‌های مدل با معیارهای برازش ارائه شده، مقایسه شد. با توجه به جدول مشاهده می‌شود که شاخص اول برای برازش، یعنی خی‌دو، مناسب است. مقادیر شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص تعدیل‌شدهٔ نیکویی برازش (AGFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص نرم‌شدهٔ 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. شکل۲ الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر همراه با ضرایب استاندارد مسیرها را نشان می‌دهد.



شکل۲. الگوی پیشنهادی پژوهش همراه با ضرایب استاندارد

همان‌طور که در شکل۲ مشاهده می‌شود، وجود رابطه، حاکی از اثر مستقیم و غیرمستقیم سبک زندگی بر افسردگی است.

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**
مسئولیت پذیری 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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.3.5]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.13]

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*

*$p \leq ۰/۰۵$، **$p \leq ۰/۰۱$

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، اثر مستقیم تغذیه بر افسردگی در این مدلِ مورد بررسی، در سطح $p \leq ۰/۰۱$ معنادار است. همچنین اثر غیرمستقیم آن نیز با میانجی‌گری سلامت اجتماعی نیز در سطح $p \leq ۰/۰۱$ معنادار است. اثر مستقیم فعالیت جسمی بر افسردگی در این مدل معنادار است و اثر غیرمستقیم آن در سطح $p \leq ۰/۰۵$ معنادار است. در مورد متغیر مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت نیز مشاهده می‌شود که اثر مستقیم و غیرمستقیم آن در سطح $p \leq ۰/۰۱$ معنادار شد. اثر مستقیم رشد معنوی بر افسردگی نیز معنادار است و اثر غیرمستقیم آن در سطح $p \leq ۰/۰۱$ نیز معنادار است. همچنین مشاهده می‌شود درباره مولفه های 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 بین‌فردی بر افسردگی تأثیر معنادار نداشته و همچنین سلامت اجتماعی نیز در رابطه مدیریت استرس با افسردگی و همچنین روابط بین‌فردی با افسردگی نقش میانجی ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش آزمون مدل علّی 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. فرضیهٔ اول این بود که مدل علّی 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. فرضیهٔ دوم این بود که مؤلفه‌های سبک زندگی (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی، 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 مؤلفهٔ مدیریت استرس و روابط بین‌فردی اثر مستقیم معناداری بر افسردگی ندارد. یافته‌های تحلیل مسیر نشان می‌دهد بین مؤلفه‌های سبک زندگی و افسردگی رابطهٔ معناداری وجود دارد.

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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.3.5]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.13]

سلامت، ورزش و رشد معنوی با افسردگی نقش میانجی دارد. اما مدیریت استرس و روابط بین‌فردی 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 یافتهٔ اول می‌توان گفت که سبک زندگی منعکس‌کنندهٔ 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؛ اقناع 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 فرضیهٔ دوم و سوم بین مدیریت استرس و روابط بین‌فردی بر افسردگی اثر مستقیم و غیرمستقیم با میانجی‌گری سلامت اجتماعی رابطه وجود ندارد، می‌توان گفت که استرس یکی از عوامل تهدیدکنندهٔ 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 اندازهٔ سایر مؤلفه‌های سبک زندگی اهمیت ندارد. در خصوص روابط بین‌فردی 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 نکتهٔ 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 مقولهٔ 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 رابطهٔ 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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.3.5]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.13]

اجتماعی، کاری انجام ندهند. در مجموع در این زمینه می‌توان گفت که در این بررسی همهٔ مؤلفه‌های سبک زندگی به طور ترکیبی با هم، به عنوان نشانه‌های یک دورهٔ افسردگی عمل می‌کنند؛ نه فقط یک مؤلفهٔ خاص. با وجود این دلایل جا دارد که در مطالعات بعدی این امر مهم مورد توجه و شناسایی و بررسیِ بیشتر پژوهشگران قرار گیرد. این پژوهش علی‌رغم ویژگی‌های منحصر به فرد خود با محدودیت‌هایی از قبیل محدودیت زمانی همراه بود. محدودیت زمانی با توجه به تعدد متغیرهای مورد بررسی، امکان مطالعهٔ عمیق‌تر را محدود می‌کرد. همچنین حجم نمونهٔ نسبتا زیاد و مراجعهٔ پژوهشگر به درب منازل باعث ایجاد حساسیت و مقاومت در خانواده‌ها شد که به نوبهٔ خود باعث شد، همکاری نسبت به ارائهٔ اطلاعات، تکمیل و اعاده پرسشنامه‌ها کاهش یابد. این امر در نهایت به افت آزمودنی‌ها منجر شد. به طور کلی در جمع‌بندی بحث می‌توان اشاره کرد که شیوع افسردگی در سطح جامعه نسبتاً 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 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 نوع سبک زندگی و شناسایی افراد دارای افسردگی، محرز می‌سازد. پیشنهاد می‌شود که مدل پیشنهادی پژوهش حاضر در پژوهش‌های بعدی مورد توجه متخصصان و متولیان امر سلامت کشور قرار گرفته تا نتایج آن دوباره، با نمونه‌ها و در سایر خرده فرهنگ‌های ایرانی نیز بررسی شود.

منابع

Beck, A. (۱۹۹٦). Prisoners of hate: *the cognitive bass of anger, hostility, and violence*. New York: HarperCollins.

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): ۸۸۷–۸۹٤.

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. ٤٥(۳): ۲٥۹-۲۷۹.

Kaplan, H., Sadok, V. (۲۰۱٥). *Summary psychiatry*. Translated by Mehdi Gani. Tehran: Sullawan Publication. [Persian]

Keyes, C. M. (۲۰۰٤). Social Well- being. *Social Psychology Quarterly*, ۲. ۱۲۱-۱٤۰.

Keemann, J. D., Altmaier, E. M. (۲۰۰۸). Social support depression among bone marrow transplant patient, *Journal of health psychology*, ۱۳(۱): ۳۹-٤٦

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. (۲۰۰٤). 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, ٥(۱), ٥۹٤-٥٦۷ [Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.3.5]

[DOI: 10.29252/rph.11.1.13]

Philip, A., Hertyslic, K. (۲۰۰۰). *Sociology of patients and physicians.* Translate by Donya Katbi. Tehran: Nay Publication. [Persian]

Pahkala, K., Liisa, S., Kivela, M., Laippala, P. (۲۰۰۵). *Relationships between Social and Health Factors and Depression in Old Age in a Multivariate Analysis.* International Psychogeriatrics, ۵ (۱), ۱۵-۳۲.

Pirzadi, H., Fathi Ashtiani, A., Shokohi Yecta, M. (۲۰۱٦). 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. (۲۰۰۸). *Indian Journal of Psychiatry;* ۵۰(۲): ۷۷-۸۲.

Saidi Mahr. S., Garavandi, D. Ezad Mahr, Azad., Mohammadi, M. J. (۲۰۱٦). Realationship Between lifestyle and Quality of life with symptoms of depression in the elderly. *Journal Iranian Aging*, ۱۱(۱), ۹۰-۹۹. [Persian]

Salmoirago-Blotcher, E., Fitchett, G., Ockene, J.K., Schnall, E., Crawford, S., & Granek, I. (۲۰۱۱). *Religion and healthy lifestyle behaviors among postmenopausal women: the women's health initiative.* J Behave Med; ۳٤(۵): ۳٦۰-۳۷۱.

Schumaker, R. E. & Lomax, R. E. (۲۰۰٤). *A beginner's guide to structural equation modeling.* London Lawrence Erlbaum Association, Inc.

Tasic, M., Myklv, J., Seri, S. (۲۰۰۲). *Sociology of mental illness.* Translate by Ahmad Abdullahi, Tehran: Samt Publications.

Teo, AR., Choi, H. Valenstein, M. (۲۰۱٤). *Social Relationships & Depression*: Ten-Years Follow- up From Nationality Representative Study. PLOSONE ۸(٤): ۱۰-۲۱.

Trovato, GM. (۲۰۱۲). *Behavior, nutrition and lifestyle in a comprehensive health and disease paradigm:* skills and knowledge for a predictive, preventive and personalized medicine. EPMA Journal; ۳(۱):۸-۱۲.

Walker, S.N., Polerrcky, H. (۱۹۹٦). *Psychometric Evaluation of the Health Promoting Lifestyle profile II.* University of Nebraska Medical Center; Unpublished manuscript.

World Health Organization. (۲۰۰۸). World Health Organization Constitution. In Basic documents. Geneva, Switzerland: *World Health Organization*.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.3.5]

[DOI: 10.29252/rph.11.1.13]