

تبیین افسردگی بر اساس سبک زندگی با واسطه‌گری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۱۵

چکیده

به تازگی، به ویژه در کشورهای توسعه یافته، رابطه‌ی میان سبک زندگی افراد و بیماری‌های گوناگون توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع مختلف نیز، سلامت روانی و اجتماعی آن جامعه است. در همین راستا هدف پژوهش حاضر، تبیین افسردگی بر اساس 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 چندمرحله‌ای، ۳۸۳ نفر از بین آنان انتخاب شدند. داده‌های این پژوهش با استفاده از پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت والکر و پلیرکی (۱۹۸۷)، سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴)، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹) و افسردگی بک دو (۱۹۹۶) جمع‌آوری شد. فرضیه‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل مسیر و روش همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل مسیر بیانگر تأیید 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 حاصله در پژوهش برای تبیین افسردگی می‌توان از متغیرهای سبک زندگی، سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی استفاده نمود.

واژگان کلیدی: افسردگی، سبک زندگی، سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی

۱. * دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، skand40@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، psycho9916@gmail.com

۳. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، Borjali@atu.ac.ir

۴. استاد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، Asmar567@yahoo.com

۵. دانشیار سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، farrokhinoorali@yahoo.com

مقدمه

از دیدگاه روان‌شناسی، شیوه و سبک زندگی^۱ افراد مهم و تعیین‌کننده وضعیت سلامت روانی و اجتماعی آنهاست. سبک زندگی به روش زندگی فرد و به توانایی‌های وی اشاره دارد، اما به دلیل نقش پراهمیت این مسئله در بهداشت و سلامت فرد و جامعه، به معنای انتخاب بهترین شیوه‌ی بهبود جنبه‌های بهداشتی در زندگی است. در کشورهای توسعه‌یافته، بسیاری از توجهات به نقش سبک زندگی در ایجاد بیماری‌های مختلف معطوف شده است. سبک زندگی در مقایسه با دیگر شاخه‌های زیست‌شناسی، بیشترین تأثیر را روی مسائل مربوط به بهداشت عمومی و محیط‌زیست دارد. سلامت و بیماری افراد و جوامع ناشی از سه دسته عوامل است: ژنتیک، محیط‌زیست و رفتار. از این میان، تنها عامل آخر بیش از بقیه به انتخاب فرد بستگی دارد، اما درعین حال، ارزیابی، مداخله و اعمال تغییرات مناسب نیز امکان‌پذیر است (تره واتو^۲، ۲۰۱۱). در ایران مطالعات متعددی در مورد سبک زندگی انجام شده است که این مطالعات عمدتاً به رابطه سبک زندگی با متغیرهای مرتبط با سلامت (مشکی، توکلی و بحری، ۱۳۸۹)، رابطه سبک زندگی با متغیرهای روان‌شناختی (پورغفای، پاشا و عطاری، ۱۳۸۸)، یا سبک زندگی را در مطالعات اجتماعی بررسی کرده‌اند (ذوالفقاری و سلطانی، ۱۳۸۹). اگر بپذیریم که تمامیت شخصیت هر فرد نتیجه سبک زندگی است که فرد برای خود انتخاب کرده است در این شرایط می‌توان به اهمیت اصلاح سبک زندگی افراد پی برد (معتمدی، ۱۳۹۲). سبک زندگی با کار روزانه و اوقات فراغت که شامل مواردی همچون فعالیت‌ها، نگرش‌ها، علایق، اندیشه‌ها، ارزش‌ها و درآمد است، تعبیر می‌شود (سالموراگو، فیتچت، اکین، سچنال، کرافورد و همکاران^۳، ۲۰۱۱). سبک زندگی دارای شش بعد است: تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری زندگی از جمله مفاهیمی است که پژوهشگران از جمله روان‌شناسان، روان‌پزشکان، پزشکان، جامعه‌شناسان و مطالعات فرهنگی برای بیان پاره‌ای واقعیت‌های فرهنگی آن را مطرح و به کار می‌برند و دامنه به‌کارگیری آن

-
1. life style
 2. Travato
 3. Salmoirago, Fitchett, Schnall, Crawford & Et al

در حوزه علوم انسانی و اجتماعی رواج زیادی یافته است (حاتمی، ۱۳۸۹). 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 نشان‌دهنده کم و کیف نظام باورها و کنش‌های فرد است. در واقع با به‌کارگیری 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 درآورد و از جهت‌گیری‌ها و الگوهای موجود یا در حال شکل‌گیری ایرانیان به نحو واقع‌بینانه‌ای تفسیر به دست آورد (فاضل قانع، ۱۳۹۱).

به‌تازگی، به‌ویژه در کشورهای توسعه‌یافته، رابطه‌ی میان سبک زندگی افراد و بیماری‌های روانی گوناگون از جمله افسردگی^۱ توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع مختلف نیز، سلامت اجتماعی^۲ آن جامعه است. سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. سلامت اجتماعی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی و فرهنگی است. هرچند که برای سلامت اجتماعی تعریف و شاخص‌گذاری یکسان جهانی وجود ندارد. متناسب با هر منطقه شاخص‌های خاصی به کار رفته است. از دیدگاه صاحب‌نظران 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 مردم‌سالارانه و نظارت مردم بر آنها (حاتمی، ۱۳۸۹). فاضل قانع (۱۳۹۱) در یک مطالعه به بررسی سلامت اجتماعی جوانان و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران پرداخته است. این پژوهش بر روی ۳۵۰ نفر از جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهر تهران به روش پیمایشی و تکنیک پرسشنامه انجام شده است. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که بین احساس کنترل افراد بر

1. depression
2. social Health

روی زندگی و سلامت اجتماعی آنان رابطه مستقیم وجود دارد. در بررسی‌ها مشخص شده است که تحولات در کیفیت زندگی^۱، شادکامی و رضایت‌مندی در زندگی، هدف‌های بالاتر از پول در زندگی هستند (خمسه، ۱۳۸۹). مفهوم کیفیت زندگی که اساس درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهد، کنترل آگاهی، افکار، احساسات و حواس جسمانی بزرگ‌ترین چالش برای روانشناسان بالینی است. کیفیت زندگی بر رضایت‌مندی از زندگی و تجربه ذهنی سلامت، کیفیت زندگی تا حدی به کیفیت آگاهی یعنی به میزان مثبت بودن تجربه درونی انسان (مثل افکار و احساسات) اشاره می‌کند (دینر و سلیگمن^۲، ۲۰۰۴). تحقیقی با هدف تعیین سهم مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان در پیش‌بینی سلامت عمومی فرزندان توسط نجفی و همکاران (۱۳۹۳) در شهر همدان انجام شد، نتایج آن مشخص نمود که بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان با نشانگان مرضی فرزندان آن‌ها رابطه منفی معناداری وجود دارد. 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 تأثیر خود قرار دهد. اختلالات افسردگی توسط سازمان بهداشت جهانی^۳ به‌عنوان علت اصلی ناتوانی در سراسر جهان شناخته شده است. باوجود اثربخشی ناشی از عوامل خلق‌وخو، 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 (روزنبلت^۴، ۲۰۱۴؛ نقل از منتظری، موسوی، امیدواری، طاوسی، هاشمی و همکاران، ۱۳۹۲). پومیلی، ایناموراتی، لیستر و سیرافنی^۵ (۲۰۱۳) در تحقیقی به بررسی نقش ناامیدی و اثرات خلقی در پیش‌بینی سلامت و عملکرد اجتماعی پرداختند. بیماران شامل ۹۶ نفر که به‌طور متوالی در درمانگاه روان‌پزشکی بستری شده بودند. نتایج بررسی نشان داد که

-
1. quality of Life
 2. Diener & seligman
 3. World Health Organization (WHO)
 4. Rosenblat
 5. Pompili, Innamorati, Lester & Serafini

از میان آن‌ها ۵ نفر اقدام به خودکشی قبل از ارزیابی پیگیری، انجام داده بودند. حدود ۷۷ درصد از آنان به‌عنوان افسرده دوقطبی شناخته و شناسایی شدند و حدود ۴۷ درصد از آن‌ها گزارش دادند که شدیداً مأیوس هستند. آنچه مسلم است در کشور ما همانند برخی کشورها به‌منظور ارائه نقشه خلقی که در آینده بتواند: شناسایی انواع افسردگی، شناسایی سبک‌های شخصیت آسیب‌پذیر و شناسایی سبک زندگی و عوامل محیطی مؤثر در درمان بیماری افسردگی، ارائه یک مبنای منطقی برای توسعه و تدوین یک طرح درمانی را انجام دهد، یک ضرورت اساسی است. لذا توجه به اختلالات افسردگی^۱، پیشگیری و درمان آن‌ها از وظایف اساسی وزارت بهداشت و درمان و دیگر حوزه‌های مرتبط با آن است. بر پایه اظهارنظر سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) در سال ۱۹۹۰ میلادی از ده بیماری که بیشترین میزان ناتوانی در جهان را سبب شده‌اند، پنج مورد آن مربوط به بیماری‌های روانی (افسردگی اساسی، سوءمصرف مواد، دارو و الکل، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلال وسواسی-جبری) است. در ایران بار بیماری‌های روانی و اختلال‌های روانی-رفتاری پس از حوادث عمدی و غیرعمدی، رتبه دوم در سال ۱۳۸۲ را به دست آورده است (خیرجو، ۱۳۹۱). 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 فوق در مورد آن‌ها صدق نمی‌کند. تعیین یک دلیل خاص برای افسردگی کمی دشوار است. چون ممکن است افسردگی یک دلیل خاص و مشخص نداشته باشد (داویدیان، ۱۳۹۲).

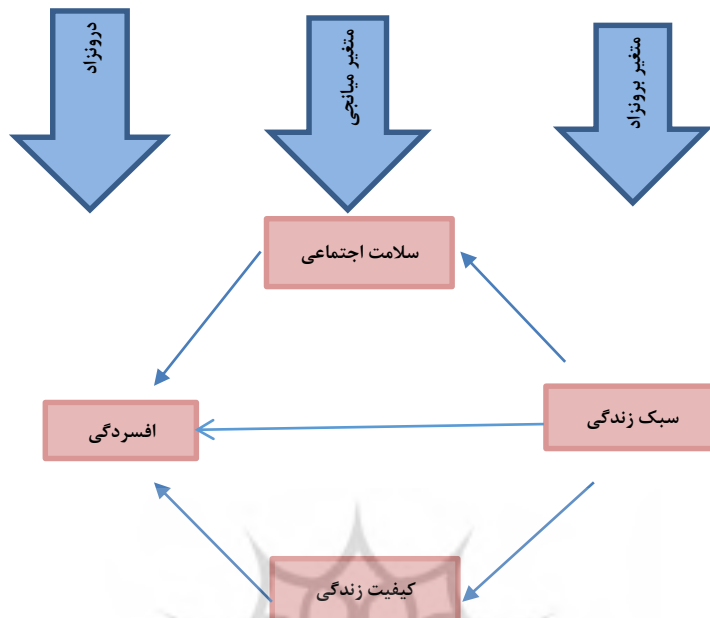
برحسب مطالعات گفته می‌شود که ۲۰ درصد جامعه ایران افسرده هستند. مطالعه ملی، بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران نشان می‌دهد که بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری پس از حوادث عمدی و غیرعمدی، بزرگ‌ترین مشکل سلامت در ایران است. به‌طوری‌که بر اساس مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، افسردگی سومین مشکل سلامتی در کشور به‌شمار 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 نمود (منتظری و همکاران، ۱۳۹۲).

یک تحقیق اپیدمیولوژی مربوط به روابط بین عوامل اجتماعی، بهداشتی و افسردگی در افراد ۶۰ سال به بالا در جمعیت فنلاندی مشخص نمود که افراد افسرده، رخدادهای زیان‌آور را در اثر طبیعت فردی یا در موقعیت اجتماعی تجربه کرده‌اند (پاهاکالا، کیوالا و لای پالا، ۲۰۰۵) مطالعه‌ای توسط کوینر و سیلک^۲ با هدف بررسی اثرات آینده‌نگر از جمعیت شناختی متغیرها در سطوح افسردگی و سبک پاسخ به خلق‌وخوی 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، پیش‌بینی آینده آن‌ها پایین بود و هر دو جنس سطوح بالاتری از حواس‌پرتی همیشگی داشتند (پومیلی و همکاران، ۲۰۱۳). 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 داد که میزان افسردگی در سالمندان مسن‌تر بیش از سالمندان جوان و در زنان سالمند بیش از سالمندان مرد بود. عوامل به‌طور قابل توجهی در افسردگی خانه سالمندان به روابط، تعداد دوستان و روحیه مرتبط بود. به‌ویژه افزایش در تعداد دوستان با کاهش افسردگی ارتباط داشت. افسردگی در سالمندان مسن‌تر به‌طور چشمگیری به شیوه زندگی آن‌ها در مقایسه با سالمندان جوان رابطه داشت. (دیمورا و ساتو^۳، ۲۰۱۴). در مطالعه‌ای نقش واسطه‌ای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین سبک دل‌بستگی با افسردگی در دانشجویان شهر تهران نشان داد که سبک‌های دل‌بستگی ایمن و ناایمن به دو شکل مستقیم و غیرمستقیم دارای تأثیر معنی‌داری بر افسردگی است. به این صورت که سبک

-
1. Pahakala, Kivela & Laippala
 2. Kuepner & Silke
 3. Demura & Sato

دل‌بستگی ایمن بر طرح‌واره فرد اثر مثبت گذاشته و میزان افسردگی را در فرد می‌کاهد و سبک دل‌بستگی نایمن اثر منفی بر طرح‌واره فرد می‌گذارد و باعث افزایش افسردگی در فرد می‌شود. پولادفر و احمدی (۱۳۸۵) در یک مطالعه به بررسی رابطه بین سبک زندگی و اختلالات روان‌شناختی دبیران دوره متوسطه شهر اصفهان پرداختند. نتایج نشان داد بالاترین اختلال در دبیران، حساسیت در روابط متقابل و اختلال وسواس-جبری بود. بین سبک زندگی و اختلالات روان‌شناختی رابطه معناداری وجود داشت و جهت رابطه، معکوس بود، میزان اختلالات در دبیران مرد بیش از دبیران زن بود. بهدانی، سرگلزایی و قربانی (۱۳۷۹) به‌منظور مطالعه ارتباط بین سبک زندگی با افسردگی و اضطراب؛ فراوانی درجات مختلف افسردگی، اضطراب و سبک زندگی ناسالم به دست آمد. بین نمره سبک زندگی و سلامتی و نمرات افسردگی و اضطراب همبستگی معکوس وجود داشت. بدین معنا که هر چه سبک زندگی مطلوب‌تر باشد، درجات اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابد. بر اساس شواهدی که تا به اینجا اشاره شد، پژوهش حاضر بر آن است تا با آزمودن الگوی پیشنهادی رابطه مستقیم سبک زندگی به‌عنوان متغیر برون‌زاد بر افسردگی به‌عنوان ملاک و همچنین رابطه غیرمستقیم آن را از طریق سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر واسطه‌ای موردبررسی قرار دهد. شکل ۱ الگوی پیشنهادی پژوهش را نشان می‌دهد.



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

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف بنیادی و به لحاظ روش از نوع همبستگی است. جامعه آماری این مطالعه، شامل کلیه بزرگسالان شهر اهواز است. تعیین حداقل حجم نمونه لازم برای مدل‌یابی معادلات ساختاری بسیار با اهمیت است. بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم را ۲۰۰ نفر اعلام کرده‌اند (کلاین، هوناکر، جوزف و سچیو، ۲۰۰۱). با این وجود از میان شهروندان اهوازی تعداد ۳۸۳ نفر انتخاب شدند. این افراد بر مبنای سرشماری سال ۱۳۹۰ شهر اهواز با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای برگزیده شدند. به منظور یکنواختی اجرا نیز، ۵ نفر به‌عنوان آزمونگر و دو نفر به‌عنوان 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 و کدگذاری، ۳۳۰ پرسشنامه انتخاب و جهت تجزیه و تحلیل آماری آماده‌سازی شدند.

به‌منظور پاسخ به فرضیه‌های تحقیق، از مدل یابی معادلات ساختاری 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 به‌منظور 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 از آماره T استفاده شد. در صورتی که مقدار این شاخص بزرگ‌تر از $1/96$ و $2/58$ باشد، ضریب موردنظر به ترتیب به لحاظ آماری در سطح $0/05$ و $0/01$ معنی‌دار است. این شاخص‌ها تأثیر مطلق هر یک از زیر مقیاس‌های موردبررسی بر زیر مقیاس‌های سطح بالاتر یا در نهایت مقیاس را فراهم می‌کنند (شوماخر و لوماکس^۱) برای برازش مدل نظری داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS ۲۰ و Lisrel ۸/۷ استفاده شد و مقادیر P کمتر از $0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر و پلیرکی (۱۹۸۷)^۲، پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز^۳ (۲۰۰۴)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹) و پرسشنامه افسردگی بک^۴ دو (۱۹۹۶) استفاده شد.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت: این پرسشنامه ۵۲ سؤال توسط والکر و پلیرکی (۱۹۸۷) ساخته شده است؛ و شامل ۵۲ سؤال است. این ابزار رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در ۶ بعد اندازه‌گیری می‌کند: تغذیه، فعالیت جسمی یا ورزش، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، روابط بین فردی، رشد معنوی و مدیریت استرس. 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 باز آزمایی با فاصله دو هفته و از روش ضریب آلفای کرانباخ برای بررسی تجانس درونی استفاده شد. ضریب آلفای کرانباخ برای کل ابزار $0/82$ و برای زیرشاخه‌های آن از

-
1. Schumaker & Lomax
 2. Walker & Polerrcky
 3. Keys
 4. Beck

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 ماده‌ای است و دارای ۵ خرده‌مقیاس که شامل پنج مؤلفه: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی است و توسط کیز 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 = ۵ و کاملاً مخالف = ۵ نمره‌گذاری می‌شود. مقادیر آلفای کرانباخ به دست آمده در این پرسشنامه برای کل سلامت اجتماعی ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۷۲ الی ۰/۸۵ متغیر بود. در این پژوهش آلفای کرانباخ متغیر سلامت اجتماعی ۰/۸۴۶ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه فرم کوتاه جهت سنجش کیفیت زندگی در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازنده آن سازمان بهداشت جهانی با همکاری مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ ساخته شد. تعداد سؤالات ۲۶ سؤال (۲۴ سؤال در قالب ۴ حیطه که دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد). نمره هر گویه در دامنه‌ای بین (۱ تا ۵) قرار می‌گیرد. ضرایب آلفای کرانباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای کل خرده‌مقیاس‌ها 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 به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II): نسخه جدیدتر پرسشنامه افسردگی بک اولیه است. پرسشنامه افسردگی بک اولیه (BDI) برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش ساخته شد. پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) در سال ۱۹۹۶ برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های DSM-IV موردبازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است. پرسشنامه افسردگی بک ۲ (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. در تحقیق حاضر پایایی پرسشنامه مربوطه با استفاده از آلفای کراباخ ۰/۸۳۰ محاسبه شد.

یافته‌های پژوهش

در این بخش ابتدا جداول مربوط به یافته‌های توصیفی ارائه و سپس یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش ارائه شده است. در جدول زیر شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار و...) متغیرهای پژوهش مطرح شده است.

جدول ۱. آمار توصیفی و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

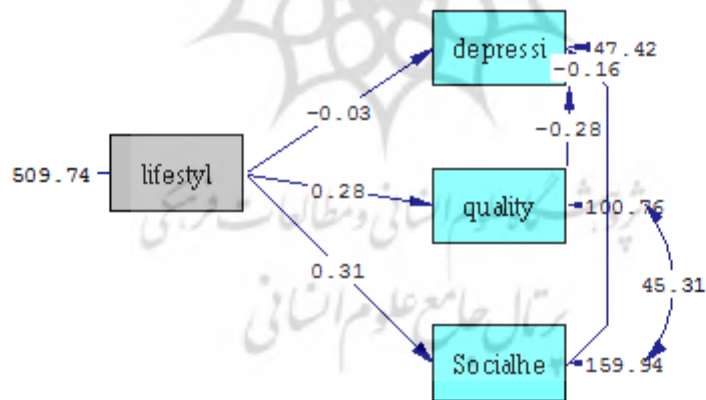
مقیاس‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره	سبک زندگی	افسردگی	سلامت اجتماعی	کیفیت زندگی
سبک زندگی	۳۳۰	۱۳۸/۵۲۱	۲۲/۵۷۷	۸۷	۲۰۰	۱			
افسردگی	۳۳۰	۱۹/۷۸۷	۸/۷۶۷	۱	۴۱	-۰/۴۲۰ (۰/۰۰۱)	۱		
سلامت اجتماعی	۳۳۰	۱۱۳/۲۴۵	۱۴/۴۹۸	۷۶	۱۵۰	۰/۴۸۹ (۰/۰۰۱)	-۰/۵۰۸ (۰/۰۰۱)	۱	
کیفیت زندگی	۳۳۰	۸۳/۷۷۰	۱۱/۸۲۲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

در جدول بالا اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر سبک زندگی و متغیرهای سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی و افسردگی گزارش شده است. نکته قابل توجه این است که میزان افسردگی در این مطالعه ۱۹/۸۷ به دست آمد. تمام ضرایب همبستگی بین متغیرها در سطح ۰/۰۱ معنادار است. 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 است؛ بنابراین با توجه به اینکه مفروضات تحلیل مسیر در این پژوهش برقرار است، حال می‌توان از روش تحلیل مسیر، روابط چندگانه بین متغیرهای پژوهش را با استفاده از نرم‌افزار LISREL-8/7 بررسی کرد.

جدول ۲. شاخص‌های نیکویی برازش مدل

نسبت	ریشه خطای	شاخص	شاخص	شاخص	شاخص	شاخص	شاخص	عنوان
مجدور	میانگین	تعدیل شده	نیکویی	نیکویی	تطبیقی	نیکویی	نیکویی	آماری
خی دو	مجدورات	نیکویی	نیکویی	نیکویی	نیکویی	نیکویی	نیکویی	حد مطلوب
به درجه	تقریب	نیکویی	نیکویی	نیکویی	نیکویی	نیکویی	نیکویی	مقدار
آزادی		نیکویی	نیکویی	نیکویی	نیکویی	نیکویی	نیکویی	به دست آمده
2	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI	NNFI		
۳	۰/۱	۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۹		
۰۰	۰۰	۰۰	۰۰	۰۰	۰۰	۰۰		

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج حاصل از آزمون شاخص‌های 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 (سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی) و متغیر ملاک (افسردگی) و همچنین اثرات مستقیم و کل متغیرهای میانجی بر متغیر ملاک پرداخته شده است. شکل ۲ الگوی پژوهش حاضر همراه با ضرایب استاندارد مسیرها را نشان می‌دهد.



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

شکل ۲. الگوی پژوهش حاضر همراه با ضرایب استاندارد

همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، ضرایب مسیرها به‌طور کلی معنادار به دست آمده است. وجود رابطه مستقیم معنی‌دار سبک زندگی، حاکی از اثر مستقیم این متغیر بر افسردگی است. یک فرض زیر بنایی الگوی حاضر، وجود مسیرهای غیرمستقیم واسطه‌ای بود که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌گردد.

جدول ۳. ضرایب رگرسیون استاندارد و غیراستاندارد و مقادیر تی اثرات متغیرها

رابطه‌ها	نوع اثرات	ضریب رگرسیون استاندارد	ضریب رگرسیون غیراستاندارد	T
سبک زندگی افسردگی	مستقیم	-۰/۲۵	-۰/۰۷	-۳/۵۷**
	غیرمستقیم	-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**
سبک زندگی کیفیت زندگی	مستقیم / کل	۰/۵۳	۰/۲۸	۱۱/۲۷**
سلامت اجتماعی افسردگی	مستقیم / کل	-۰/۳۹	-۰/۱۶	-۵/۳۶**
کیفیت زندگی افسردگی	مستقیم / کل	-۰/۲۷	-۰/۲۸	-۷/۵۰**

$p \leq 0.01$ **

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) است. همچنین مشاهده می‌شود که تمام ضرایب رگرسیون در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشند، درحالی‌که میزان اثر کل (ضریب رگرسیون استاندارد) سبک زندگی بر افسردگی ۰/۵۹- به دست آمد. اثر غیرمستقیم آن با میانجی‌گری کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی ۰/۳۴- است و میزان اثر مستقیم آن ۰/۲۵- است، لذا می‌توان گفت میزان قابل توجهی از اثر کل سبک زندگی بر افسردگی به واسطه متغیرهای میانجی سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی است.

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

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

در مدل تحلیل مسیر بالا ضریب رگرسیون اثر مستقیم سبک زندگی بر افسردگی $-۰/۲۵$ است؛ و اثر غیرمستقیم آن با میانجی‌گری سلامت اجتماعی $-۰/۱۹$ است که در سطح $p=۰/۰۱$ معنادار است؛ بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت که سلامت اجتماعی در رابطه بین سبک زندگی و افسردگی نقش میانجی ایفا می‌کند. همچنین اثر غیرمستقیم آن نیز با میانجی‌گری کیفیت زندگی بر افسردگی $-۰/۲۵$ است که در سطح $p=۰/۰۱$ معنادار است این امر نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بر رابطه سبک زندگی با افسردگی نقش میانجی ایفا می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تبیین افسردگی بر اساس سبک زندگی با واسطه‌گری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی و بررسی برازش مدل بوده است. به منظور دستیابی به این هدف، پژوهش حاضر در قالب ۵ فرضیه تنظیم شد. فرضیه اول این بود که مدل علی افسردگی بر اساس سبک زندگی با واسطه‌گری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی با داده‌های به‌دست‌آمده از نمونه 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 دیمورا و ساتو (۲۰۱۴)، پومیلی و همکاران (۲۰۱۳)، تایو و

همکاران (۲۰۱۳)، خیرجو (۱۳۹۱) همسو و همخوان است. فرضیه دوم عبارت بود از این که سبک زندگی بر افسردگی اثر مستقیم دارد. یافته‌های پژوهش حاضر رابطه مستقیم بین سبک زندگی بر افسردگی را تأیید کرد. مبنای فرضیه سوم این بود که سبک زندگی با واسطه‌گری سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی بر افسردگی تأثیر می‌گذارد. همان‌طور که یافته‌های پژوهشی نشان دادند می‌توان گفت که میزان قابل توجهی از اثر سبک زندگی بر افسردگی به واسطه متغیرهای واسطه‌ای سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی است. فرضیه چهارم عبارت بود از این که 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 حاصل 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. محققان بسیاری از روابط بین سبک زندگی و سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی با افسردگی را تأیید کرده‌اند (دیمورا و ساتو، ۲۰۱۴؛ تایو و همکاران ۲۰۱۳؛ پومیلی و همکاران، ۲۰۱۳؛ پاهکالا، کیوالا و لای پا، ۲۰۰۵؛ فاضل، ۱۳۹۱؛ خیرجو و همکاران، (۱۳۹۱)، منصوریان و همکاران (۱۳۹۱). در بررسی یافته‌ها مشخص شد که یافته دوم مبنی بر این که سبک زندگی بر افسردگی اثر مستقیم دارد. چون شیوه زندگی به صورت منعکس‌کننده گرایش‌ها 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 بالقوه از سبک زندگی فراهم می‌کنند. سبک زندگی دارای شش بعد است: 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، اقدامات و فعالیت‌هایی را از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت ورزش،

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 است. 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 است (خیرجو، ۱۳۹۱). یافته‌های سوم تا پنجم این پژوهش از یافته‌های جدید پژوهشی محسوب می‌گردد. هرچند که تحقیقات قبلی رابطه بین سبک زندگی با افسردگی، سلامت اجتماعی با افسردگی و کیفیت زندگی با افسردگی را نشان داده‌اند (دیمورا و ساتو، ۲۰۱۴؛ تایو و همکاران، ۲۰۱۳؛ پومیلی و همکاران، ۲۰۱۳؛ پاهکالا، کیوالا و لای، ۲۰۰۵؛ فاضل، ۱۳۹۱؛ خیرجو، ۱۳۹۱؛ ذوالفقاری و سلطانی، ۱۳۸۹؛ پورغفاری و همکاران، ۱۳۸۸؛ پولادفر و احمدی، ۱۳۸۵؛ بهدانی و همکاران، ۱۳۷۹)؛ 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 نپرداخته است. به‌طور کلی از یافته‌های حاصل از فرضیه‌های پژوهشی سوم و چهارم و پنجم چنین نتیجه گرفته می‌شود که می‌توان از نقش میانجی متغیر سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی جهت تبیین افسردگی بر اساس سبک زندگی استفاده نمود. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت: همان‌طور که منتظری و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیقی مشخص نمودند که بی‌قانونی، بی‌عدالتی و نابرابری (از عوامل سلامت اجتماعی) در جامعه نقش مهمی در شیوع افسردگی دارد. در جامعه‌ای که قانون به‌درستی 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 همان‌طور که نظریه کیفیت زندگی عوامل مهیاساز یا متغیرهای مهارکننده‌ای را در نظر می‌گیرد که احتمال افزایش یا کاهش غمگینی، رضایت‌مندی کم از زندگی (یا عدم رضایت‌مندی) و نیز افسردگی و سایر اختلال‌های مرتبط با آن و خصوصاً اضطراب را ایجاد می‌کند (بارلو، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی شاخص با ارزشی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات

بهداشت روانی و پزشکی شناخته‌شده و به کار می‌رود و از طرفی اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی بوده و عمدتاً ناتوان‌کننده به‌ویژه در بزرگسالان است. وجود افسردگی می‌تواند اثر چشم‌گیری بر کیفیت زندگی افراد داشته باشد (دینر و سلیگمن، ۲۰۰۴). نکته قابل توجه در این مطالعه این بود که میزان افسردگی ۱۹/۸۷ به دست آمد. این رقم مشابه سایر آمارها و مطالعات حاصله در این زمینه است. پژوهش حاضر علی‌رغم ویژگی‌های خاص، محدود به شهر اهواز است و در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات بعدی به منظور جمع‌آوری داده‌ها از روش‌های دیگری نظیر مصاحبه با سرپرستان و دیگر اعضای خانواده استفاده شود تا نتایج معتبرتری به دست آید. حاصل مطالعات متعدد پیرامون عوامل مؤثر بر ایجاد افسردگی در حوزه‌های روان‌پزشکی، جامعه‌شناسی و روان‌شناسی طی ربع قرن مطالعه و بررسی باعث شد تا در برخی کشورها نظیر آمریکا، انگلیس و استرالیا نقشه خلقی (Mood Map) ایالت‌ها و قومیت‌ها و نژادهای مختلف آنان تهیه و تدوین شود. کشور ما برای رسیدن به این امر مهم نیازمند و فور این مطالعات در سطح استان‌ها و قومیت‌های مختلف از سه حوزه تخصصی روان‌شناسی، روان‌پزشکی و جامعه‌شناسی است تا به این مهم نائل آید که مقدمه ورود به آن انتخاب چنین موضوعات پژوهشی و مشابه آن است.

از آنجایی که مدل‌های احتمالی دیگری نیز وجود دارند که می‌توانند با داده‌های پژوهش حاضر برازش داشته باشند و مدل تدوین‌شده در این مطالعه که در آن متغیرهای میانجی سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی را در رابطه بین سبک زندگی با افسردگی مشخص می‌نمایند، اما این احتمال نیز وجود دارد که مدل‌های دیگری وجود دارند که به‌خوبی این مدل با داده‌ها برازش دارد؛ بنابراین نتایج این پژوهش را می‌توان به‌عنوان یک مطالعه پیشگام تصور کرد و پیشنهاد می‌شود تا مدل‌های رقیب که با داده‌های حاصل برازش دارند، بررسی شوند و مدل فعلی با توجه به داده‌های برآمده از نمونه‌های پیش‌بین دیگر دوباره مورد بررسی قرار گیرد و پژوهش مشابهی انجام شود تا از این طریق روابطی که در بین متغیرهای مطالعه حاضر نشان داده شد، تأیید گردد و دانش ما نسبت به برازش مدل‌های رقیب با داده‌های مشابه افزایش یابد. پژوهش حاضر به یافته‌های کاربردی درباره سبک زندگی و متغیرهای واسطه‌ای

و روابط بین آن‌ها دست یافته است که می‌توان از طریق آن‌ها در جهت ایجاد و افزایش عادات مطلوب و یا کاهش یا حذف برخی از آن‌ها که مبین سبک زندگی افراد است در سطح جامعه به سطح سلامت افراد افزود. در گام آخر با توجه به شیوع نسبتاً بالای افسردگی و اهمیت سلامت روانی و اجتماعی در جوامع به لحاظ روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی اجتماعی، جامعه‌شناسی، روان‌پزشکی و پیش‌بینی عوامل منجر به ایجاد و کنترل افسردگی، توصیه می‌شود که مدل موردبررسی در پژوهش‌های بعدی موردتوجه درمانگران و متولیان سلامت کشور به‌منظور برنامه‌ریزی و آموزش سبک زندگی مطلوب به افراد جامعه قرار گیرد.

منابع

- بهدانی، فاطمه؛ سرگلزایی، محمدرضا و قربانی، اسماعیل. (۱۳۷۹). ارتباط سبک زندگی با افسردگی و اضطراب در دانشجویان سبزوار. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، شماره ۲، ص ۲۷-۳۷.
- پور غفاری، سیده سوگل؛ پاشا، غلامرضا و عطاری، یوسفعلی. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش مؤلفه‌های سبک زندگی مبتنی بر رویکرد روان‌شناسی فردی بر رضایت زناشویی پرستاران متأهل زن بیمارستان دکتر گنجویان دزفول. *فصلنامه یافته‌های نو در روان‌شناسی*، سال دوم، شماره ۴، ۸۱-۷۱.
- پولادفر، راضیه و احمدی، احمد. (۱۳۸۵). رابطه بین سبک زندگی و اختلالات روان‌شناختی دوره متوسطه شهر اصفهان. *دوره ۲، شماره ۱، ص ۱۸-۷*.
- حاتمی، پریسا. (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- خیرجو، اسماعیل؛ جمهری، فرهاد؛ احدی، حسن و فرشباف مانی صفت، فرناز. (۱۳۹۱). مقایسه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید با

- زنان سالم و ارتباط آن با عوامل جمعیت شناختی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال سیزدهم، شماره ۴، ص ۶۱-۷۰.
- داویدیان، هاراطون (۱۳۹۲). افسردگی در فرهنگ ایرانی. تهران: ارجمند.
- دهقان‌زاده، شادی؛ جعفر آقایی، فاطمه و تبری خمیران، رسول. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط مشخصات فردی- اجتماعی، سبک زندگی و میزان مواجه با رویدادهای استرس‌زا با سرطان کولورکتال. پژوهش پرستاری، شماره ۷: (۲۴).
- ذوالفقاری، ابوالفضل و سلطانی، لایین. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سبک زندگی با هویت قومی جوانان (مطالعه موردی: شهرستان مهاباد). مجله جامعه‌شناسی ایران، شماره: ۱۱(۲۱).
- ریش، مایکل (۲۰۰۶). روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. ترجمه اکرم خمسه (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند
- سلگی، زهرا؛ هاشمیان، کیانوش؛ و سعیدی پور، بهمن. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی بیماران مرد HIV مثبت. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۳(۴)؛ ۱۲۲-۱۰۵.
- سهرابی، فرامرز؛ دارابی، افسانه؛ راستگو، ناهید؛ جلالوند، محمد؛ اعظمی، یوسف. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌گری ناسازگار اولیه در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و افسردگی در دانشجویان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال هفتم، شماره ۲۵، ۹۱-۱۱۰.
- فاضل قانع، حمید. ۱۳۹۱. «نقش و جایگاه سبک زندگی در فرآیند شکل‌گیری تمدن نوین اسلامی». مجموعه مقالات پانزدهمین جشنواره بین‌المللی پژوهشی شیخ طوسی. قم: مرکز بین‌المللی ترجمه و نشر المصطفی ص ۱۷۳-۱۹۳.
- محمدی زیدی، عیسی؛ پاکپور حاجی؛ آقا میر و محمدی زیدی، بنفشه. (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت. مجله علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۱، شماره ۱، ۱۱۳-۱۰۳.
- مشکی، مهدی؛ توکلی زاده، جهان شیر و بحری، نرجس. (۱۳۸۹). ارتباط باورهای کنترل سلامت و سبک زندگی در زنان باردار. مجله دانش و تندرستی (ویژه‌نامه ششمین کنگره اپیدمیولوژی ایران). شماره ۵،

معتمدی، عبدالله. (۱۳۹۲). سبک زندگی مطلوب بر اساس دیدگاه ارتباطی (ارتباط انسان با خود، خداوند، دیگران و طبیعت). فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال چهارم، شماره ۱۳، ۱۴۲-۱۲۵.

منتظری، علی. موسوی، سید جواد. امیدواری، سپیده. طاوسی، محمود. هاشمی، اکرم. رستمی، طاهره (۱۳۹۲). افسردگی در ایران: مرور نظام‌مند متون پژوهشی. فصلنامه پایش، سال دوازدهم، شماره ششم، ص ۶۶-۵۶.

منصوریان، مرتضی؛ قربانی، مصطفی؛ آسایش، حمید؛ پاشایی، طاهر؛ مقصدلو، درسا؛ حسینی، شیرزاد؛ نوروزی، مهدی. (۱۳۸۹). ارتباط سبک زندگی و پرفشاری خون در جمعیت روستایی شهرستان گرگان. مجله دانش و تندرستی (ویژه‌نامه ششمین کنگره اپیدمیولوژی ایران)، شماره ۵.

نجفی، محمود؛ کمری، علی عباس؛ عرفانی، نصرالله؛ جعفری، نصرت و پیرخانی، علی‌رضا. (۱۳۹۳). نقش مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران جانبازان در پیش‌بینی سلامت عمومی فرزندان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال پنجم، شماره ۱۹، ۱۳۸-۱۲۳.

- 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.
- 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. E. P. (2004). Beyond Money: Toward an Economy Of Well-being, *Psychological Science in the Public Interest*, 5 (1), 1-13.
- 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, B.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.
- 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. (2013). Suicide attempts in acute psychiatric referrals with substance use disorders. *RI vista Psychiatry, 47(4):313-318*.
- 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, GM. (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, SN. Polerrcky, H. (1996). *Psychometric evaluation of the health promoting life-style 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*.