



Correlation of Rumination Response and Depression with Lifestyle Mediation in the Elderly

Zahra Bahadori¹, Zahra Ranaee^{2*}, Hossein Mahdian³, Abdollah Mafakheri⁴

1- PhD, Counseling Department, Faculty of Humanities, Bojnourd, University, Bojnourd, Iran.

2- PhD, Counseling Department, Faculty of Humanities, Farhangian University, Bojnourd, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Payam Noor University, Bojnourd, Iran.

Corresponding author: Zahra Ranaee, PhD, Counseling Department, Faculty of Humanities, Farhangian University, Bojnourd, Iran.

Email: zahraranaee67@gmail.com

Received: 1 Nov 2022

Accepted: 18 March 2023

Abstract

Introduction: Depression is one of the most important public health concerns among the elderly. Therefore, it is very important and necessary to identify the effective factors in causing depression. The present study was conducted with the aim of determining the correlation between rumination response and depression with the mediation of lifestyle in the elderly.

Methods: The study was descriptive-correlation. The statistical population of the study was made up of elderly people in the age range of 60 to 75 years old, residents and non-residents of the nursing home of Bojnourd city in 2018. 400 people were selected using the Krejcie & Morgan formula as non-random and convenience sampling. Data collection was done with demographic questionnaire, "Beck Depression Inventory", "Rumination Response Scale" and "Health-Promoting Lifestyle Profile II". Content validity was measured by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data analysis was analyzed using SPSS. 25 and Amos .24.

Results: There is a negative correlation between rumination response and lifestyle components of the elderly and a positive correlation with depression ($P \geq 0.01$). Lifestyle components of the elderly have a negative correlation with depression ($P \geq 0.01$). Also, the correlation of rumination response with depression is significant indirectly through all lifestyle components ($P \geq 0.05$).

Conclusions: Elderly people with high rumination response score report more depressive symptoms. Also, rumination response mediates the depression of the elderly indirectly and through lifestyle components and causes an increase in depression. It is suggested to carry out educational programs in order to promote a healthy lifestyle in the elderly and reduce the rumination response, as well as large-scale planning at the community level to reduce depression.

Keywords: Depression, Rumination Responses, Lifestyle.



همبستگی پاسخ نشخواری و افسردگی با میانجیگری سبک زندگی در سالمندان

زهرا بهادری^۱، زهرا رعنائی^{۲*}، حسین مهدیان^۳، عبدالله مفاخری^۴

- ۱- دکتری مشاوره، مدرس گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.
- ۲- دکتری مشاوره، مدرس گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه فرهنگیان، بجنورد، ایران.
- ۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.
- ۴- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، بجنورد، ایران.

نویسنده مسئول: زهرا رعنائی، دکتری مشاوره، مدرس گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه فرهنگیان، بجنورد، ایران.
ایمیل: zahranace67@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۸/۱۰

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های بهداشت عمومی در میان افراد مسن است. لذا شناسایی عوامل مؤثر در ایجاد افسردگی امری بسیار مهم و ضروری است. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی پاسخ نشخواری و افسردگی با میانجیگری سبک زندگی در سالمندان صورت گرفت.

روش کار: مطالعه به صورت توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری مورد پژوهش را سالمندان در طیف سنی ۶۰ تا ۷۵ سال، مقیم و غیرمقیم خانه سالمندان شهر بجنورد، در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. ۴۰۰ تن با استفاده از فرمول Krejcie & Morgan به صورت نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دسترس انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه جمعیت شناختی، "سیاهه افسردگی بک" (Beck Depression Inventory)، "مقیاس پاسخ نشخواری" (Rumination Response Scale) و "نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت ۲" (Health-Promoting Lifestyle Profile II) اجرا شد. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ابزارها اندازه‌گیری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده نرم‌افزار آماری اسپس اس اس نسخه ۲۵ و آموس ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: میان پاسخ نشخواری با مولفه‌های سبک زندگی سالمندان همبستگی منفی و با افسردگی همبستگی مثبت وجود دارد ($P \leq 0/01$). مولفه‌های سبک زندگی سالمندان با افسردگی همبستگی منفی دارند ($P \leq 0/01$). همچنین پاسخ نشخواری با افسردگی به‌طور غیرمستقیم به‌واسطه تمامی مولفه‌های سبک زندگی معنادار می‌باشد ($P \leq 0/05$).

نتیجه‌گیری: سالمندان با نمره پاسخ نشخواری بالا، علائم افسردگی بیشتری را گزارش می‌کنند. همچنین پاسخ نشخواری به‌طور غیرمستقیم و از طریق مولفه‌های سبک زندگی، افسردگی سالمندان را میانجیگری می‌کند و باعث افزایش افسردگی می‌شود. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی در جهت ارتقای سبک زندگی سالم در سالمندان و کاهش پاسخ نشخواری و نیز برنامه‌ریزی‌های کلان در سطح جامعه جهت کاهش افسردگی انجام شود.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، پاسخ‌های نشخواری، سبک زندگی.

سرعت پیر شدن افراد در جوامع مختلف و در نتیجه تعداد سالمندان در کشورها در حال افزایش است (۱). براساس تخمین‌های سازمان جهانی بهداشت سالمندان با سن ۶۵ سال و بالاتر تا سال ۲۰۲۵ حدود ۱۵ درصد جمعیت جهان را تشکیل خواهند داد، همچنین جمعیت سالمندان جهان از ۵۲۴ میلیون تن در ۲۰۱۰ به ۱/۵ میلیارد در ۲۰۵۰ خواهد رسید. به عبارت دیگر، جمعیت سالمندان جهان در سال ۲۰۵۰ سه برابر جمعیت فعلی خواهد شد (۲).

سالمندان با مشکلات جسمی و روحی بسیاری روبرو هستند. یکی از مشکلات روانشناختی شایع در دوران سالمندی، افسردگی است. از نشانه‌های افسردگی از دست دادن علاقه یا لذت، کاهش انرژی، احساس گناه یا کمبود ارزش شخصی، اختلال در اشتها و خواب و تمرکز ضعیف است (۳). افسردگی در افراد مسن ممکن است تظاهرات متنوعی داشته باشد و تشخیص آن دشوار باشد (۴). در واقع افسردگی سالمندی یک مشکل مکرر سلامتی است که اغلب تشخیص داده نمی‌شود و تحت درمان قرار نمی‌گیرد. ماهیت گسترده بیماری، تعاملات نامطلوب آن با سلامت جسمانی و ناتوانی ناشی از آن، مطالعه این بیماری و عوامل مرتبط با آن را ضروری می‌کند (۵). افسردگی در سالمندان باعث کاهش عملکرد اجتماعی، کیفیت زندگی، افزایش مدت اقامت در بیمارستان، مرگ و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خواهد شد (۶). علائم افسردگی قابل توجه از نظر بالینی در ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن موجود است (۶). نتایج مطالعه‌ای در هند نشان داد که حدود یک سوم جمعیت مسن هند از افسردگی اساسی رنج می‌برند (۷). این در حالی است که در یک مطالعه سیستماتیک که اخیراً از ۲۶ مطالعه در بین جمعیت سالخورده ایرانی منتشر شده، شیوع افسردگی با نمونه ۵۷۸۱ طی سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۸۰، ۴۳ درصد تخمین زده شده است (۸). در پژوهش اصفهانی و همکاران، نیز نتایج نشان داد که شیوع افسردگی در بیش از یک دهم از سالمندان ایرانی رخ می‌دهد (۹). لذا افسردگی یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های بهداشت روان در میان افراد مسن است. این امر باعث رنج، اختلال در خانواده، ناتوانی، وخیم شدن بیماری‌های پزشکی و افزایش مرگ می‌شود (۱۰).

یکی از عوامل مرتبط با سلامتی و افسردگی در دوران سالمندی سبک زندگی است. اصطلاح سبک زندگی به

زهرای بهادری و همکاران

انتخاب‌های شخصی گفته می‌شود که ممکن است بر سلامتی تأثیر بگذارد، مانند رژیم غذایی، فعالیت بدنی، سیگار کشیدن و مصرف الکل (۱۱). روند پیری تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی، جمعیتی، فرهنگی، اقتصادی، ژنتیک و عوامل مرتبط با سلامتی قرار می‌گیرد. یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده سلامت جامعه، از جمله افراد مسن آن، سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی مرتبط با آن است (۱۲). بررسی الگوهای سبک زندگی در میان افراد مسن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا تأثیر عوامل خطر رفتاری با بالا رفتن سن، افزایش می‌یابد و بسیاری از بیماری‌های مزمن در اواخر بزرگسالی ظاهر می‌شوند (۱۳). بعلاوه، طول عمر یا پیامدهای سلامتی با یک سبک زندگی سالم مانند عدم استعمال سیگار، فعالیت بدنی، رژیم غذایی سالم همراه است. سبک زندگی افراد مسن می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا به زندگی خود عادت کنند و رضایت از زندگی خود را حفظ کنند (۱۴). همچنین نتایج مطالعه زنجانی و همکاران نشان داد که وضعیت سبک زندگی سالم در میان افراد مسن در اسلامشهر نسبتاً متوسط بود (۱۴).

مطالعه‌ای در کره، توسط Kang&Yoo (۱۵)، با هدف تعیین ارتباط بین شیوه زندگی ارتقاءدهنده سلامت و افسردگی در بیماران بزرگسال مبتلا به سندرم متابولیک انجام شده است و نتایج نشان داد که افسردگی با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت ارتباط منفی دارد. Aihara و همکاران (۱۶)، پژوهشی با هدف تعیین رابطه بین سبک زندگی گذشته، فعالیت اجتماعی و علائم افسردگی در میان سالمندان ژاپن انجام دادند. نتایج نشان داد که فعالیت بدنی، مصرف روزانه وعده‌های غذایی متعادل و وجود سرگرمی‌ها با فقدان علائم افسردگی در مردان و زنان، مرتبط است. در این پژوهش فعالیت‌های بدنی، آموزش رژیم غذایی و ارتقاء فعالیت‌های اجتماعی در میان افراد میانسال برای پیشگیری از علائم افسردگی توصیه گردید. نتایج پژوهش Hua و همکاران (۱۷)، با موضوع سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و افسردگی در جمعیت مسن شهری چین نشان داد که ابعاد سبک زندگی مانند رشد معنوی، عادات خوب تغذیه‌ای و فعالیت بدنی مکرر با علائم کمتر افسردگی ارتباط دارد.

یکی از عوامل مرتبط دیگر با افسردگی، پاسخ نشخواری است. در مفهوم‌سازی وسیع پاسخ نشخواری نوعی تفکر است که صرف‌نظر از محتوی، ظرفیت یا جهت‌گیری زمانی، تکراری، عودکننده، سرزده و غیرقابل کنترل است (۱۸). پاسخ

کاهش حمایت اجتماعی تشدید و تداوم می‌بخشد (۲۹). لذا می‌توان گفت افسردگی، یکی از مشکلات روانشناختی دوران سالمندی است که بهداشت روانی و جسمانی آن‌ها را به مخاطره می‌اندازد و به عنوان یکی از علل رایج مرگ در سالمندان محسوب می‌شود. باتوجه به جمعیت بالای سالمندی در کشور ایران، افسردگی آن‌ها کیفیت زندگی را شدیداً تحت تأثیر قرار می‌دهد و عوارضی مانند انزوایی، دوری از جامعه و فعالیت‌های اجتماعی را در پی دارد. افسردگی علاوه بر سالمند، خانواده او را نیز به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، به عنوان یکی از چالش‌های اجتماعی نیز محسوب می‌شود. از سوی دیگر، سبک زندگی افراد نیز با افسردگی در ارتباط است و بر اهمیت و ضرورت این پژوهش می‌افزاید. از این رو با توجه به مطالبی که مطرح شد، پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی بین پاسخ‌نشخواری و افسردگی با میانجیگری سبک زندگی در سالمندان انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی-همبستگی، جامعه آماری شامل کلیه سالمندان ۶۰-۷۵ ساله مقیم خانه سالمندان و همچنین سالمندان مراجعه کننده به درمانگاه‌های بیمارستان‌ها، کانون بازنشستگان، پارک‌ها و مساجد شهر بجنورد به عنوان جمعیت غیرمقیم سالمندان، در سال ۱۳۹۸ بودند. از بین جامعه آماری تعداد ۴۰۰ تن به‌عنوان نمونه آماری به‌صورت داوطلبانه غیرتصادفی و در دسترس انتخاب شدند. برای تعیین تعداد نمونه از فرمول Krejcie & Morgan استفاده شد (۳۰). جامعه آماری سالمندان، با توجه به استعلام ثبت احوال (۳۱) حدود ۱۴۰۰۰ تن بود، که با توجه به فرمول فوق نمونه آماری برابر با ۴۰۰ تن می‌باشد. برای انتخاب این نمونه از آنجا که پژوهشگران از اندازه دقیق جامعه برخی مکان‌ها (مانند پارک‌ها) اطلاع دقیق تری نداشتند، با توجه به اندازه جامعه در دسترس که حدوداً ۱۰۰۰ تن بودند (خانه سالمندان ۲۰۰ تن، پارک‌ها ۲۳۵ تن، کانون‌های بازنشستگان ۱۶۵ تن، بیمارستان‌ها ۱۵۰ تن، مساجد ۲۵۰ تن)، ۴۰ درصد این جامعه که همان ۴۰۰ تن می‌باشد از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، که نمونه‌ها از مرکز ذکر شده فوق‌بر اساس فلوچارت زیر انتخاب شدند.

نشخواری به‌عنوان روشی برای پاسخگویی به پریشانی تعریف شده است که شامل تمرکز منفعلانه، توجه فرد به علائم پریشانی بدون اقدام است. این سبک پاسخ‌ناکارآمد، روحیه افسرده را تشدید می‌کند (۱۹). پاسخ‌نشخواری عامل مهمی برای ایجاد افسردگی در بین جمعیت‌های مختلف است (۲۰). پاسخ‌نشخواری در مورد احساسات منفی با افزایش علائم افسردگی و افزایش خطر ابتلا به موارد جدید افسردگی اساسی در آینده همراه است (۲۱). پاسخ‌نشخواری یک عامل مهم افسردگی در اواخر زندگی است (۲۲). نتایج پژوهش Thomsen و همکاران، نشان داد که پاسخ‌نشخواری ممکن است با اقدامات مربوط به سلامتی در افراد مسن همراه باشد. بنابراین، افکار منفی برای سلامتی نیز مضر می‌باشد (۲۳). طبق نتایج مطالعه Brinker (۲۴)، افزایش پاسخ‌نشخواری با افزایش خلق افسرده مرتبط بود و همچنین تعامل بین پاسخ‌نشخواری و یادآوری خاطرات، به‌طور قابل‌توجهی خلق افسرده آینده را پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش Gan و همکاران، نشان داد که پاسخ‌نشخواری قبلی پیش‌بینی‌کننده علائم افسردگی بعدی در میان سالمندان چینی است (۲۵).
بعلاوه، پاسخ‌نشخواری می‌تواند از طریق تأثیر منفی بر سبک زندگی، باعث افزایش افسردگی نیز بشود. در واقع پاسخ‌نشخواری به طرق مختلف، بر سبک زندگی تأثیر منفی می‌گذارد که متعاقباً باعث افزایش افسردگی خواهد شد. به‌طوری‌که پاسخ‌نشخواری در حل مسئله بین فردی اختلال ایجاد می‌کند و منجر به بدبینانه‌تر شدن چشم‌اندازهای آینده و حمایت اجتماعی کمتر می‌شود (۱۹). مطالعه Cropley و همکاران (۲۶)، با موضوع رابطه بین پاسخ‌نشخواری پس از کار با رفتار غذا خوردن انجام شد. نتایج نشان داد که افراد با پاسخ‌نشخواری عاطفی غذاهای ناسالم بیشتری می‌خورند و افرادی که کمتر می‌توانند از این افکار جدا شوند، غذای پخته کمتر و بیشتر غذای فرآوری شده مصرف می‌کنند (سبک زندگی ناسالم). به‌طور خلاصه، پاسخ‌نشخواری به‌عنوان یکی از فرایندهایی که پریشانی هنجاری، به‌ویژه غم و اندوه را به افسردگی تبدیل می‌کند، مطرح شده است (۲۷). Feldman و همکاران (۲۸)، نیز در پژوهش خود دریافتند که پاسخ‌نشخواری می‌تواند به‌طور منفی تحمل پریشانی را پیش‌بینی کند. در واقع می‌توان گفت پاسخ‌نشخواری افسردگی را به‌واسطه افزایش تفکر منفی، حل مسئله‌ناکارآمد، تداخل با رفتار هدفمند و



فلوچارت نمونه گیری

«مقیاس اضطراب بک (Beck Anxiety Scale)، سنجیده شد که همبستگی آن به ترتیب ۰/۵۷، ۰/۶۸ و ۰/۶ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۵۰ بیمار افسرده ۰/۶۵ گزارش شد (۳۳). طاهری تنجانی و همکاران، پژوهشی روی ۲۳۳ تن از سالمندان منطقه ۱ قم انجام دادند. روایی سازه به روش روایی همگرا، «سیاهه افسردگی بک ۲» از طریق سنجش همبستگی با «پرسشنامه سلامت عمومی» (General Health Questionnaire)، ۰/۸۰ به دست آمد. به منظور بررسی ثبات از روش آزمون-بازآزمون روی ۴۷ تن از سالمندان مورد مطالعه استفاده شد و ۰/۶۴ گزارش شد (۳۴). در مطالعه حاجی حسینی و همکاران روایی محتوا به روش کیفی «سیاهه افسردگی بک ۲» با استفاده از نظر ۵ تن از متخصصان حوزه روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران، مطلوب گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۱۵۰ تن از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی تهران انجام و ۰/۸۱ گزارش شد (۳۵).

«مقیاس پاسخ نشخواری» (Rumination Response Scale)، توسط Nolen-Hoeksema & Morrow در سال ۱۹۹۱ در مرکز پژوهش‌های بالینی پنسیلوانیا در آمریکا طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۲ عبارت و تک عاملی و پاسخ‌دهی به صورت طیف لیکرت ۴ تایی (هرگز)، ۲ (گاهی اوقات)، ۳ (اغلب اوقات) و ۴ (همیشه) نمره‌گذاری شده است. حداقل نمره کسب شده در این مقیاس ۲۲ و حداکثر نمره ۸۸ می‌باشد. همچنین تفسیر نمره به دست آمده به این ترتیب است که نمره ۲۲-۴۴ به عنوان پاسخ نشخواری پایین ۶۶-۴۵ پاسخ نشخواری متوسط ۶۷ به بالا پاسخ نشخواری بالا تفسیر می‌گردد (۳۶).

Treynor و همکاران، «مقیاس پاسخ نشخواری» بر روی ۱۳۲۸ تن (۶۹۷ زن و ۶۳۱ مرد)، در ایالت کالیفرنیا آمریکا انجام دادند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی وجود ۲ عامل (برخلاف نسخه اصلی که تک عاملی بود) انعکاس (reflection)، و پاسخ نشخواری (rumination response)، را مورد تأیید قرار داد. ثبات مقیاس به روش بازآزمایی بافاصله ۳ ماه با نمونه فوق، ۰/۷۱ به دست آمد (۳۷). در پژوهش Chichirez & Purcarea روایی صوری و محتوا به روش کیفی این مقیاس با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه سلامت دانشگاه San Francisco مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۷۴۰ تن از زنان و مردان San Francisco از

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: قرار داشتن در طیف سنی ۶۰ تا ۷۵ سال، تمایل به شرکت در جلسات آموزشی، داشتن حداقل سواد سیکل، نداشتن مشکلات ارتباطی مانند اختلال تکلم یا مشکلات شنوایی اصلاح نشده، نداشتن بیماری‌های شدید جسمانی، نداشتن اختلالات حاد روانی و شخصیتی و عدم سوء مصرف مواد (براساس انجام مصاحبه و پاسخ‌های خوداظهاری) بود. همچنین معیارهای خروج شامل: عدم تمایل سالمند مبنی بر همکاری و ناقص یا مخدوش بودن پرسشنامه‌ها بود. در پژوهش حاضر پرسشنامه جمعیت شناختی شامل جنسیت، سن و وضعیت شغلی بود و برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

«سیاهه افسردگی بک ۲» (Beck Depression Inventory) برای ارزیابی افسردگی استفاده شد. این ابزار توسط Beck در دانشگاه پنسیلوانیا در آمریکا در سال ۱۹۷۶ با ۲۱ عبارت و تک عاملی طراحی شد. میزان شدت هر توصیف در هر عبارت را بر اساس یک طیف از صفر تا ۳ درجه‌بندی می‌کند (صفر= هرگز تا ۳= همیشه). حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۶۳ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. سطح‌بندی نمره‌ها درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند. نمره بین صفر تا ۱۳ بدون افسردگی، نمره ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید تفسیر می‌شود (۳۲).

Beck و همکاران ویژگی‌های روانسنجی این ابزار را روی ۵۵ بیمار دارای اختلال خلقی در مراکز درمانی سرپایی شهر سن آنتیو ایالت تگزاس در آمریکا بررسی کردند. روایی ملاکی به روش روایی همزمان «سیاهه افسردگی بک ۲» با «مقیاس ناامیدی بک» (Beck Hopeless Scale) برابر ۰/۶۲ و برای برآورد پایایی بر روی ۵۰ تن بیمار دارای اختلال خلقی، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۵۹ و از طریق پایایی به روش دونیمه کردن با نمونه فوق برابر ۰/۶۶ و ثبات از طریق بازآزمایی به فاصله ۲ هفته نمونه فوق برابر ۰/۷۱ گزارش نمودند (۳۲). در مطالعه Stefan-Dabson و همکاران در ایران، که بر روی ۳۵۴ تن از بیماران با افسردگی اساسی که در مرحله بهبودی بودند، روایی سازه «سیاهه افسردگی بک» را از طریق روایی همگرا و روایی همزمان با اجرای آن با «مقیاس ناامیدی بک» (Beck Hopelessness Scale)، «مقیاس افکار خودکشی» (Scale for Suicide Ideation) و

زهرا بهادری و همکاران

نمونه فوق برای نمره کل ۰/۸۶ و زیر مقیاس ها بین ۰/۵۰ تا ۰/۷۵ گزارش شد (۴۴).

در ایران «نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامت» توسط محمدی زیدی و همکاران ترجمه، روایی و پایایی روی ۴۶۶ تن از مراجعه‌کنندگان به ۱۰ مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین انجام شد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی ۶ عامل را تایید کرد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بود. برای ارزیابی ثبات به روش باز آزمایی با نمونه ۴۰ تن از جامعه مورد پژوهش با فاصله زمانی ۲ هفته ۰/۹۱ گزارش شد. دامنه نمره مولفه ها آن از ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ بود. (۴۵). مطالعه صابر شهرکی و همکاران، بر روی ۳۰ تن از دانشجویان روانشناسی، علوم تربیتی و علم اطلاعات و دانش شناسی دانشگاه سمنان انجام شد. روایی صوری و محتوا «نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامت» توسط ۲ متخصص روانشناسی سلامت و روانسنجی این دانشگاه تایید شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ با نمونه فوق (۳۰ تن) ۰/۸۹ و به روش آزمون-بازآزمون (فاصله دقیق بازآزمایی در منبع ذکر نشده) ۰/۸۲ بدست آمد (۴۶).

در پژوهش حاضر روایی محتوا ابزارها به روش کیفی مورد تأیید ۵ تن از متخصصین حوزه مشاوره و روانشناسی شهر بجنورد قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۴۰۰ سالمند نمونه در پژوهش حاضر در شهر بجنورد اندازه‌گیری شد که برای «سپاه افسردگی بک» ۰/۷۹، «مقیاس پاسخ نشخواری» ۰/۸۱ و «نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامت» ۰/۸۵ به دست آمد.

از آنجا که جامعه آماری این پژوهش را کلیه سالمندان مقیم خانه سالمندان و غیر مقیم (سالمندان مراجعه کننده به بیمارستان ها، کانون بازنشستگان، پارک ها و مساجد) شهر بجنورد در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند، پس از کسب مجوز لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد و از مراجع ذی صلاح (سازمان بهزیستی، کانون بازنشستگان، اوقاف و امور خیریه، بیمارستان ها و شهرداری بجنورد) که محل گردآوری داده های پژوهش بودند، اقدام به جمع‌آوری داده ها شد. پژوهشگران برای جمع‌آوری داده ها، در طی یک هفته (روزهای شنبه تا پنجشنبه) در شیفت های صبح و عصر (به جز مساجد که پژوهشگران در زمان برگزاری نماز ظهر و عشاء در محل حاضر شدند)، در محل های مشخص

ایالت کالیفرنیا بررسی و ۰/۸۷ گزارش شد (۳۸). پژوهش یوسفی و همکاران، بر روی ۲۱۱ تن از دانشجویان دانشگاه اصفهان انجام شد. روایی سازه به روش روایی واگرا «مقیاس پاسخ نشخواری» از طریق محاسبه همبستگی با «پرسشنامه شادزیستی آکسفورد» (Oxford Happiness Questionnaire)، (۰/۷۳-) اعلام شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه فوق ۰/۹۲ گزارش شد (۳۹). در پژوهش خداینده لو و همکاران، روایی محتوا «مقیاس پاسخ نشخواری» به روش کیفی مورد تأیید ۱۰ تن از مدرسین گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۱۸۰ تن از دانش آموزان منطقه افشار شهرستان خدابنده ۰/۷۱ به دست آمد (۴۰). «نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامت» ((Health-Promoting Lifestyle Profile، توسط Walker در مرکز پزشکی دانشگاه Nebraska آمریکا در سال ۱۹۸۷ با ۵۲ عبارت طراحی شد. این ابزار ۶ مولفه رشد معنوی (spiritual growth) (۹ عبارت)، مسئولیت سلامت (health responsibility) (۹ عبارت)، تغذیه (nutrition) (۹ عبارت)، فعالیت بدنی (physical activity) (۸ عبارت)، مدیریت تنش (stress management) (۸ عبارت) و ارتباط بین فردی (interpersonal relations) (۹ عبارت) را مورد سنجش قرار می‌دهد. نحوه نمره‌گذاری عبارت‌ها به این صورت می‌باشد که هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب = ۳ و همیشه = ۴ می‌گیرد (۴۱). محدوده نمره کلی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت از ۵۲ تا ۲۰۸ می‌باشد. هر چه نمره کلی سبک ارتقادهنده سلامت به عدد ۲۰۸ نزدیک‌تر باشد، فرد دارای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بهتری است (۴۲). ابزار سطح بندی نمره ندارد.

Walker و همکاران، با پژوهش بر روی ۹۵۲ فرد بزرگسال کشورهای غرب آسیا، روایی سازه «نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامت» را به روش تحلیل عاملی تأییدی، بررسی کردند. نتایج نشان داد که ابزار دارای ۶ عامل است که ۴۷/۱ درصد از واریانس سبک زندگی ارتقادهنده را تبیین می‌کند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق ۰/۹۲ گزارش شد (۴۳). در پژوهش Sousa و همکاران، که بر روی ۸۸۹ بزرگسال ساکن پرتغال انجام شد، نتایج روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی نسخه پرتغالی با ساختار ۶ عاملی تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی

تحلیل توصیفی و استنباطی داده ها از نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۵ و به منظور تحلیل مسیر از نرم افزار آموس نسخه ۲۴ استفاده شد. شایان ذکر است که سطح معناداری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، داده‌های مربوط به ۴۰۰ تن از سالمندان مورد تحلیل قرار گرفت. بررسی شاخص‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که ۵۳/۳ درصد سالمندان زن و ۴۶/۷ درصد مرد بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۶۷/۲۷ با انحراف معیار ۵/۲۱ و کمینه و بیشینه به ترتیب ۶۰ و ۷۸ سال بود. کلیه سالمندان از لحاظ وضعیت شغلی بازنشسته بودند. پیش از اجرای تحلیل آماری به غربالگری داده‌ها و شناسایی پرت‌های تک متغیره با نمودار باکس پرداخته شد. نتایج نشان داد که پرت تک متغیره‌ای وجود ندارد. شناسایی پرت‌های چندمتغیره نیز با آماره ماهالانوبیس صورت گرفت. سپس فواصل موردنظر بر اساس درجات آزادی (متغیرهای پیش‌بین موجود در الگو)، در آزمون χ^2 اصلاح و در سطح احتمال $P > 0/001$ مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از عدم وجود پرت چندمتغیره بود. بر این اساس تحلیل با داده‌های مربوط به ۴۰۰ تن شرکت‌کننده ادامه یافت. شاخص اصلاح شده در مورد تمامی شرکت‌کنندگان از $P > 0/002$ بزرگ‌تر بود. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهشی در جدول ۱ آورده شده است.

شده حضور پیدا کرده و با افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند به طور فردی مصاحبه اولیه انجام دادند. در این مصاحبه وضعیت کلی سلامت جسمانی و روانی و ملاک‌های ورود و خروج مورد بررسی قرار گرفت و شماره تماسی برای ارتباط و هماهنگی اخذ شد. سپس، از شرکت‌کنندگان دعوت شد تا در مکان و زمان از قبل تعیین شده، در فرهنگسرای شهرداری شهر بجنورد حضور یابند تا پرسشنامه‌ها تکمیل و جمع‌آوری شود. به طور استثناء اطلاعات و مصاحبه اولیه افراد سالمند مقیم در خانه سالمندان، به دلیل سهولت دسترسی در طی ۴ روز کاری اخذ شد. در این پژوهش اصول اخلاقی پژوهش از جمله رعایت صداقت و امانت داری علمی، رضایت آگاهانه، رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان و حفظ حریم خصوصی آن‌ها رعایت شده است.

پژوهشگران به عنوان تشکر و به پاس قدردانی، آموزش ۲ ساعته در مورد پیشگیری از بیماری‌های بیماری‌های قلبی، سکته مغزی و پیشگیری از سقوط به عنوان تهدیدات جدی در بین سالمندان برای افراد مشارکت‌کننده پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، آموزش داده شد.

برای تحلیل آماری از میانگین و انحراف معیار به عنوان آمار توصیفی استفاده شد. پس از بررسی بهنجار بودن داده‌ها از طریق آزمون کالموگروف اسمیرنوف، برای بررسی ارتباط بین افسردگی و پاسخ نشخواری در بین سالمندان از ضریب همبستگی پیرسون و به منظور بررسی نقش میانجیگری سبک زندگی از تحلیل مسیر استفاده شد. برای

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهشی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. پاسخ نشخواری								
۲. مدیریت تنش	۰/۲۶**							
۳. فعالیت بدنی	۰/۲۹**	۰/۲۱**						
۴. رشد معنوی	۰/۳۳**	۰/۱۰*	۰/۱۲*					
۵. تغذیه	۰/۲۸**	۰/۳۰**	۰/۲۰**	۰/۱۰*				
۶. ارتباط بین فردی	۰/۳۱**	۰/۱۹**	۰/۲۰**	۰/۲۳**	۰/۱۶**			
۷. مسئولیت سلامت	۰/۲۷**	۰/۱۳**	۰/۲۰**	۰/۱۸**	۰/۲۰**	۰/۱۹**		
۸. افسردگی	۰/۲۶**	۰/۲۵**	۰/۲۶**	۰/۲۷**	۰/۲۸**	۰/۲۴**	۰/۲۶**	
میانگین	۳۷/۹۹	۱۴/۸۱	۳۱/۷۶	۱۷/۴۱	۲۹/۵۲	۱۹/۲۸	۲۱/۷۶	۲۴/۷۸
انحراف معیار	۶/۰۴	۳/۵۵	۴/۴۶	۳/۴۴	۳/۳۳	۴/۳۳	۳/۵۳	۴/۵۹
کجی	۰/۰۶	۰/۱۰	۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۱۰	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۱۰
کشیدگی	۰/۰۳	۰/۳۷	۰/۳۰	۰/۳۰	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۴۰	۰/۲۷
			$P \leq 0/05$ *					$P \leq 0/01$ **

زهرا بهادری و همکاران

خطاها دارند. این ضریب در الگو پیش‌بینی افسردگی برابر با ۱/۸۴ بود.

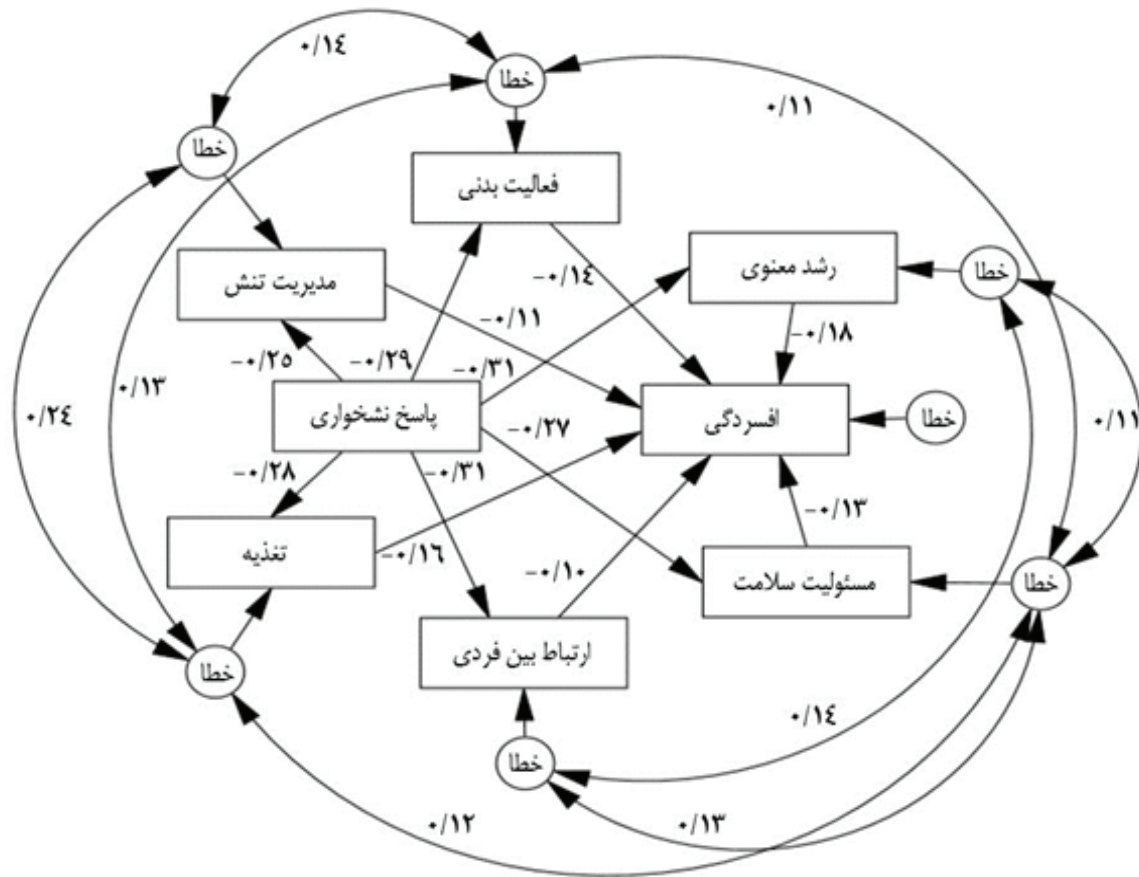
پس از تحقق مفروضات، الگوی مفهومی پژوهش با برآورد روش بیشینه درست‌نمایی آزمون شد. جهت بررسی برازش الگو شاخص‌های متعددی وجود دارد. غیرمعنادار بودن آماره χ^2 دو یکی شاخص‌های برازش الگوی است؛ اما این شاخص از تعداد نمونه تأثیر می‌پذیرد. بر این اساس باید از سایر شاخص‌های برازش نیز استفاده شود. مقادیر بین ۱ تا ۳ برای نسبت χ^2/df دو به درجته آزادی (X2/df)، مقادیر ۰/۰۵ و کمتر ریشه میانگین خطای مجذورات تقریب (RMSEA)، و مقادیر ۰/۹۵ و بیشتر برای شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص تعدیل‌شده نیکویی برازش (AGFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، و شاخص نرم شده برازندگی (NFI)، نشان از برازش مطلوب الگو دارند.

بررسی ضرایب مسیر نشان داد که مسیر مستقیم افسردگی به پاسخ نشخواری معنادار نیست ($P > 0.05$ ، $\gamma = 0.04$). علاوه بر آن الگوی از برازش مناسبی برخوردار نبود ($GFI = 0.95$ ، $X^2/df = 4.96$ ، $X^2 = 79.01$ ، $df = 15$ ، $P = 0.0001$) (RMSEA = 0.10، NFI = 0.79، CFI = 0.82، AGFI = 0.87).

بررسی شاخص‌های اصلاح الگو نیز وجود کوواریانس میان خطاهای مولفه‌های سبک زندگی را نشان می‌داد. بر این اساس با حذف مسیر غیرمعنادار و برقراری کوواریانس میان خطاها به اصلاح الگو پرداخته شد. شاخص‌های برازش الگوی اصلاح شده نشان‌دهنده آن بود که با اعمال اصلاحات، برازش الگو بهبود یافته و در سطح مطلوبی قرار دارد ($P = 0.13$ ، $df = 8$ ، $X^2 = 12.61$ ، $X^2/df = 1.49$ ، $GFI = 0.99$) (RMSEA = 0.04، NFI = 0.97، CFI = 0.99، AGFI = 0.97). نمودار مسیر الگوی اصلاح شده در شکل ۱ آورده شده است.

نتایج در جدول ۱ نشان می‌دهد که میان پاسخ نشخواری با مولفه‌های سبک زندگی سالمندان همبستگی منفی و با افسردگی همبستگی مثبت وجود دارد ($P \leq 0.01$). مولفه‌های سبک زندگی سالمندان با افسردگی همبستگی منفی دارند ($P \leq 0.01$). بیشترین و کمترین همبستگی میان افسردگی به ترتیب به تغذیه و ارتباط بین فردی اختصاص دارد (۰/۲۸- در برابر ۰/۲۴-). تحلیل مسیر، همانند رگرسیون چندگانه علاوه بر غربالگری اولیه، نیازمند بررسی برخی مفروضات نرمال بودن تک متغیره و چند متغیره توزیع متغیره‌ها، عدم هم خطی چندگانه و استقلال خطاها است. نتایج جدول ۱ نشان داد که با در نظر گرفتن نقطه برش ± 2 برای کجی (۴۷) و ± 7 برای کشیدگی (۴۸)، نرمال بودن تک متغیره برای تمامی متغیره‌ها محقق شده است. در بررسی نرمال بودن چند متغیره، پس از محاسبه مقادیر باقیمانده‌های استاندارد شده، توزیع باقیمانده‌ها با آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یک‌راهه مورد بررسی قرار گرفت. بزرگ‌تر بودن مقدار احتمال آزمون از آلفای $P \geq 0.05$ نشان از نرمال بودن توزیع متغیره‌ها دارد. نتایج نشان داد که توزیع باقیمانده‌ها نرمال است ($Z = 0.03$ ، $df = 400$ ، $P \geq 0.05$).

در بررسی عدم هم خطی متغیره‌های پیش‌بین الگو، اگر شاخص تحمل کوچک‌تر از ۱ و بزرگ‌تر از ۰/۴۰ و شاخص تورم واریانس (VIF)، کوچک‌تر از ۱۰ باشد، مفروضه عدم هم خطی چندگانه محقق شده است. نتایج نشان داد که ضرایب تحمل پاسخ نشخواری و مولفه‌های سبک زندگی سالمندان به‌عنوان متغیره‌های پیش‌بین از ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ و تورم واریانس از ۱/۱۴ تا ۱/۳۶ در تغییر هستند. بر این اساس می‌توان رأی به تحقق مفروضه داد. در بررسی مفروضه استقلال خطاها از آماره Durbin-Watson استفاده شد. ضرایب نزدیک به ۲ برای این آماره نشان از استقلال



شکل ۱: ضرایب استاندارد شده الگوی پیش بینی افسردگی سالمندان برحسب پاسخ نشخواری و سبک زندگی

کمترین ضریب مسیر مستقیم را با افسردگی دارند (0.18-). در برابر 0.10-). در جدول ۲ ضرایب استاندارد شده همبستگی غیرمستقیم پاسخ نشخواری بر افسردگی به واسطه سبک زندگی ارائه شده است.

نتایج شکل ۱ نشان می دهد که مسیر مستقیم پاسخ نشخواری به مولفه های سبک زندگی سالمندان منفی و معنادار است ($P < 0.01$). مسیر مستقیم مولفه های سبک زندگی به افسردگی نیز از نظر آماری معنادار است ($P < 0.05$). رشد معنوی بیشترین و ارتباط بین فردی

جدول ۲: برآورد ضرایب مسیر غیرمستقیم الگوی اصلاح شده پیش بینی افسردگی

مسیرها	ضرایب غیرمستقیم	سطح معناداری
پاسخ نشخواری ← مدیریت تنش ← افسردگی	0.020	0.012
پاسخ نشخواری ← فعالیت بدنی ← افسردگی	0.031	0.004
پاسخ نشخواری ← رشد معنوی ← افسردگی	0.047	0.001
پاسخ نشخواری ← تغذیه ← افسردگی	0.030	0.001
پاسخ نشخواری ← ارتباط بین فردی ← افسردگی	0.025	0.021
پاسخ نشخواری ← مسئولیت سلامت ← افسردگی	0.020	0.007
پاسخ نشخواری ← افسردگی	0.173	0.001

مطالعه Gan و همکاران (۲۵)، Brinker & (۲۴)، Dozois (۱۸) و Kraaij و همکاران (۵۲)، همخوانی دارد. در مورد پاسخ نشخواری می‌توان گفت که پاسخ نشخواری نوعی تفکر است که با افکار سرزده، غیرقابل کنترل، تکراری و عودکننده مشخص می‌شود (۱۸). پاسخ نشخواری یکی از جنبه‌های اصلی شناخت در افسردگی است (۱۹). مطالعات قبلی حاکی از آن است که این سبک تفکر منحصر به فردی را در خلق افسرده نشان می‌دهد (۱۸). در واقع سبک پاسخ نشخواری کننده عامل مهمی برای شروع و حفظ افسردگی است (۱۹). پاسخ نشخواری یا پاسخ نشخواری کننده به‌طور خاص با افسردگی در اواخر زندگی همراه است (۵۱). وصال و نظری نیا (۵۳)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که پاسخ نشخواری به‌طور معناداری افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. چون پاسخ نشخواری درباره خاطرات منفی است، ناراحتی روانی را زیاد می‌کند و خلق افسرده رو هم بالا می‌برد. در واقع این افراد در پی ارزیابی‌های منفی از زندگی، دائماً درگیر افکار منفی می‌شوند و توان مقابله مؤثر با مسائل زندگی را از دست می‌دهند و این تجربیات آسیب‌زا موجب پریشانی روانی آن‌ها و افزایش خلق افسرده می‌شود.

از یافته‌های دیگر این پژوهش این است که بین پاسخ نشخواری با مولفه‌های سبک زندگی سالمندان همبستگی منفی وجود دارد که با مطالعه Cropley و همکاران (۲۶)، و Åkerstedt و همکاران (۵۴)، همخوانی دارد که بررسی این موضوع در همبستگی غیرمستقیم پاسخ نشخواری با افسردگی از طریق میانجیگری سبک زندگی اهمیت دارد، به دلیل اهمیت این موضوع است که مطالعاتی که شامل افراد مسن است، شروع به کشف روش‌هایی برای کاهش پاسخ نشخواری آن‌ها کرده‌اند (۵۵). به‌طوری‌که بررسی ضرایب مسیر نشان داد که مسیر غیرمستقیم پاسخ نشخواری با افسردگی به واسطه تمامی مولفه‌های سبک زندگی (مدیریت تنش، فعالیت بدنی، رشد معنوی، تغذیه، ارتباط بین فردی و مسئولیت سلامت)، معنادار است، تا جایی که پژوهشگر مطالعه حاضر جستجو کرد، پژوهشی که این الگو مفهومی را مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد.

علاوه بر مسیر مستقیم، پاسخ نشخواری از طریق میانجیگری مولفه‌های سبک زندگی، موجب افسردگی بیشتر در اواخر زندگی می‌شود. به این صورت که

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مسیر غیرمستقیم پاسخ نشخواری با افسردگی به‌واسطه تمامی مولفه‌های سبک زندگی معنادار است ($P < 0/05$). مقایسه مسیرهای غیرمستقیم نشان می‌دهد که پاسخ نشخواری به‌واسطه رشد معنوی بیشترین و به‌واسطه مسئولیت سلامت و مدیریت تنش کمترین ضریب غیرمستقیم را با پاسخ نشخواری دارد (۰/۰۴۷ در برابر ۰/۰۲۰). میزان واریانس تبیین شده پاسخ نشخواری برحسب افسردگی و سبک زندگی سالمندان برابر با ۰/۲۰ بود. بدین معنا که ۲۰ درصد از تغییرات افسردگی سالمندان از پاسخ نشخواری و سبک زندگی آن‌ها است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین همبستگی پاسخ نشخواری و افسردگی با میانجیگری سبک زندگی در بین سالمندان بود. نتایج ضریب همبستگی نشان داد که بین مولفه‌های سبک زندگی سالمندان با افسردگی همبستگی منفی وجود دارد که با مطالعه Kang & Yoo (۱۵)، Hua و همکاران (۱۷) و Aihara و همکاران (۱۶)، همخوانی دارد. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که طبق نتایج حاصل از پژوهش‌های موحدی و همکاران در تهران (۴۹)، سبک زندگی سالمندان مورد مطالعه‌شان از نظر سلامتی سبک زندگی متوسطی بوده است و مناسب‌ترین شیوه برای کاهش مشکلات مربوط به دوران سالمندی، اتخاذ سبک زندگی سالم در این دوران می‌باشد. همچنین در مطالعه Hua و همکاران (۱۷)، نتایج نشان داد که رفتارهای سبک زندگی ارتقا‌دهنده مانند رشد معنوی، عادات تغذیه خوب و فعالیت بدنی مکرر با علائم افسردگی کمتری مرتبط بودند. در مطالعه گاطع زاده و اسکندری (۵۰)، نتایج نشان داد که به‌طور کلی سبک زندگی با افسردگی همبستگی دارد. با توجه به افزایش جمعیت افراد سالمند، سبک زندگی نامناسب آن‌ها و افزایش افسردگی در این گروه سالمندان می‌تواند با انتخاب سبک زندگی سالم برای حفظ و ارتقای سلامتی خود و پیشگیری از افسردگی اقدامات و فعالیت‌هایی مانند رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب منظم، فعالیت‌های بدنی، کنترل وزن بدن، تغذیه مناسب و عدم مصرف سیگار و الکل انجام دهند.

از یافته‌های دیگر این پژوهش این بود که میان پاسخ نشخواری با افسردگی همبستگی مثبت وجود دارد که با

افسردگی صورت گیرد و با نهادینه‌سازی فرهنگ اتخاذ سبک زندگی سالم و آموزش به سالمندان و اعضای خانواده آن‌ها، همچنین توجه بیشتر سیاست‌گذاران عرصه سلامت، در برنامه‌ریزی‌های ارتقای ابعاد مختلف سبک زندگی سالم، سبک زندگی سالمندان بهبود یابد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که نمونه‌ها از بین سالمندان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و مساجد و پارک‌ها و کانون‌های ورزشی و خانه سالمندان شهر بجنورد انتخاب شدند که وضعیت معیشت و سبک زندگی و توانمندی جسمانی و توانایی فعالیت‌های اجتماعی در این سالمندان متفاوت است. بعلاوه، مطالعه حاضر در شهر بجنورد انجام شده است که ویژگی‌های خاص فرهنگی و اجتماعی خاص خود را دارد، لذا تعمیم نتایج پژوهش به سایر سالمندان و نیز سالمندان سایر شهرها باید با احتیاط صورت گیرد.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد به تاریخ ۱۴۰۱/۶/۱۵ و شماره طرح ۳۹۵۰۱۸۴۱ و با کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD. REC.1401.015 به تاریخ ۱۴۰۱/۶/۲۹ می‌باشد که در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد تصویب شده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی و کمیته پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد و نیز از کلیه سالمندان محترمی که در انجام این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

References

1. Agarwalla R, Saikia AM, Baruah R. Assessment of the nutritional status of the elderly and its correlates. *Journal of Family & Community Medicine*. 2015;22(1):39-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25657610/> <https://doi.org/10.4103/2230-8229.149588>
2. Asadzadeh M, Maher A, Jafari M, Ali Mohammadzadeh K, Hosseini M. [The provision

افرادى که سطوح بالایی از پاسخ‌نشخواری دارند، در شرایط بد و منفی شرایط را تحلیل نمی‌کنند بلکه خود را سرزنش می‌کنند و نمی‌توانند راه‌حل‌های کافی و مؤثر برای مشکلات خود بیابند آن‌ها بیشتر بر جنبه‌های منفی حوادث تمرکز می‌کنند و بیش از افرادی که پاسخ‌نشخواری ندارند در حالت‌های هیجانی منفی باقی می‌مانند. این افراد روابط اجتماعی مشکل‌آفرین دارند. بنابراین، با در نظر گرفتن این امر که یکی از عوامل شکل‌دهنده رضایت از زندگی روابط اجتماعی مطلوب است افراد مبتلا به پاسخ‌نشخواری با نداشتن روابط اجتماعی مطلوب از زندگی خود راضی نیستند (۵۶). به عبارت دیگر، پاسخ‌نشخواری علاوه بر آن‌که به طور مستقیم و منفی با افسردگی سالمندان رابطه دارد، همچنین باعث می‌شود افراد با پاسخ‌نشخواری نتوانند شرایط تنش‌زا را مدیریت کنند. طبق پژوهش‌ها این افراد کمتر فعالیت بدنی دارند و در برنامه‌های تغذیه بیشتر سراغ غذاهای ناسالم می‌روند، رشد معنوی آن‌ها کم می‌شود. به دلیل همین افکار عودکننده از ارتباط بین فردی کمتری برخوردارند و در کل در مورد رفتارهای مرتبط با سلامتی مسئولیت‌پذیری کمتری دارند که تمامی این موارد منجر به اتخاذ سبک زندگی ناسالم و در نتیجه افسردگی بیشتر خواهد شد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سالمندان با نمره پاسخ‌نشخواری بالا، علائم افسردگی بیشتری را گزارش می‌کنند. همچنین پاسخ‌نشخواری به طور غیرمستقیم و از طریق مولفه‌های سبک زندگی، افسردگی سالمندان را میانجی‌گری می‌کند و باعث افزایش افسردگی می‌شود. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی در جهت ارتقای سبک زندگی سالم در سالمندان و کاهش پاسخ‌نشخواری و نیز برنامه‌ریزی‌های کلان در سطح جامعه جهت کاهش

- of care services for older adults - A narrative review (2015 to 2020)]. *Journal of Gerontology*. 2020; 5 (3) :1-13. https://joge.ir/browse.php?a_id=380&sid=1&slc_lang=en
3. Mandolikar RY, Naik P, Akram MS, Nirgude AS. Depression among the elderly: A cross-sectional study in an urban community. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 2017; 6(2):318-323. <https://www.ejmanager.com>

- com/mnsteps/67/67-1470751560.pdf
<https://doi.org/10.5455/ijmsph.2017.01082016609>
4. Mehra A, Grover S, Chakrabarti S, Avasthi A. Symptom profile of depression in elderly: Is assessment with Geriatric Depression Rating Scale enough? *Journal of Geriatric Mental Health*. 2017; 4(1):18-25. <https://jgmh.org/article.asp?issn=2348-9995;year=2017;volume=4;issue=1;spage=18;epage=25;aulast=Mehra>
<https://doi.org/10.4103/2348-9995.208605>
 5. Pracheth R, Mayur SS, Chowti JV. Geriatric Depression Scale: A tool to assess depression in elderly. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 2013;2(1):31-35. <https://www.semanticscholar.org/paper/Geriatric-Depression-Scale%3A-A-tool-to-assess-in-Pracheth-Ss/ba8778983b8c273433b42e3a11da980ecc4033ab>
 6. Luppá M, Sikorski C, Motzek T, Konnopka A, König HH, G Riedel-Heller S. Health service utilization and costs of depressive symptoms in late life-a systematic review. *Current Pharmaceutical Design*. 2012; 18(36):5936-5957. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22681171/>
<https://doi.org/10.2174/138161212803523572>
 7. Pilania M, Yadav V, Bairwa M, Behera P, Gupta SD, Khurana H, Mohan V, Baniya G, Poongothai SJ. Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997-2016: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1-8. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7136-z>
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7136-z>
 8. Sarokhani D, Parvareh M, Hasanpour Dehkordi A, Sayehmiri K, Moghimbeigi A. [Prevalence of depression among Iranian elderly: Systematic review and meta-analysis]. *Iran Journal of Psychiatry*. 2018; 13(1):55-64. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5994231/>
 9. Esfahani P, Afshin M, Mohammadi F, Arefnezhad M. [Prevalence of depression among Iranian elderly: A systematic review and meta-analysis]. *Journal of Gerontology*. 2021; 5 (4) :66-77. <https://joge.ir/article-1-405-en.html>
 10. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The Lancet*. 2005; 365(9475):1961-1970. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15936426/>
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)
 11. Bernstein H, Cosford P, Williams A. Enabling Effective Delivery of Health and Wellbeing. The Stationery Office. 2010, London. <https://www.base-uk.org/sites/default/files/%5Buser-raw%5D/11-06/pc.pdf>
 12. Muszalik M, Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Assessment of selected health behavior among elderly people in Juczyński's Inventory of Health Behavior regarding socio-demographic factors. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2013;94(3):509-513. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2013/phe-2013-3-509.pdf>
 13. World Health Organization. Social Determinants of Mental Health. Vol. 978, World Health Organization. Geneva; 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf
 14. Zanjani S, Tol A, Mohebbi B, Sadeghi R, Jalyani KN, Moradi A. [Determinants of healthy lifestyle and its related factors among elderly people]. *Journal of Education and Health Promotion*. 2015; 30(4): 103-107.
 15. Kang SW, Yoo JS. Health-promoting lifestyle and depression in metabolic syndrome patients in Korea. *International Journal of Nursing Practice*. 2012;18(3):268-274. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22621297/>
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02036.x>
 16. Aihara Y, Minai J, Aoyama A, Shimanouchi S. Depressive symptoms and past lifestyle among Japanese elderly people. *Community Mental Health Journal*. 2011;47(2):186-93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20455023/>
<https://doi.org/10.1007/s10597-010-9317-1>
 17. Hua Y, Wang B, Wallen GR, Shao P, Ni C, Hua Q. Health-promoting lifestyles and depression in urban elderly Chinese. *PloS one*. 2015; 17;10(3). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0117998>
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117998>
 18. Brinker JK, Dozois DJ. Ruminative thought style and depressed mood. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65(1):1-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19048597/>
<https://doi.org/10.1002/jclp.20542>
 19. Sütterlin S, Paap MC, Babic S, Kübler A, Vögele C. Rumination and age: Some things get better. *Journal of Aging Research*. 2012; 2012:267327. PMID: 22500227; PMCID: PMC3303571. <https://doi.org/10.1155/2012/267327>
 20. Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A

- review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(2):116-128. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19128864/> <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.003>
21. Carnevali L, Thayer JF, Brosschot JF, Ottaviani C. Heart rate variability mediates the link between rumination and depressive symptoms: A longitudinal study. *International Journal of Psychophysiology*. 2018; 131(5):131-138. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29117509/> <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.11.002>
 22. Erskine JA, Kvavilashvili L, Kornbrot DE. The predictors of thought suppression in young and old adults: Effects of rumination, anxiety, and other variables. *Personality and Individual Differences*. 2007;42(6):1047-1057. <https://typeset.io/pdf/the-predictors-of-thought-suppression-in-young-and-old-1ohl3gzvwy.pdf> <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.016>
 23. Thomsen DK, Mehlsen MY, Hokland M, Viidik A, Olesen F, Avlund K, Munk K, Zachariae R. Negative thoughts and health: Associations among rumination, immunity, and health care utilization in a young and elderly sample. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 166(3):363-371. <https://psycnet.apa.org/record/2004-14590-011> <https://doi.org/10.1097/00006842-200405000-00012>
 24. Brinker JK. Rumination and reminiscence in older adults: Implications for clinical practice. *European Journal of Ageing*. 2013;10(3):223-227. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5549128/> <https://doi.org/10.1007/s10433-013-0271-y>
 25. Gan P, Xie Y, Duan W, Deng Q, Yu X. Rumination and loneliness independently predict six-month later depression symptoms among Chinese elderly in nursing homes. *PLoS One*. 2015; 10(9): 1-10. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0137176> <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137176>
 26. Cropley M, Michalianou G, Pravettoni G, Millward LJ. The relation of post-work ruminative thinking with eating behavior. *Stress and Health*. 2012;28(1):23-30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22259155/> <https://doi.org/10.1002/smi.1397>
 27. Nolen-Hoeksema S. The response styles theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (edition). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. West Sussex, England: Wiley.2004.107-123.
 28. Feldman G, Dunn E, Stemke C, Bell K, Greeson J. Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task. *Personality and Individual Differences*. 2014; 56(1):154-158. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3843486/> <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.08.040>
 29. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*. 2008;3(5):400-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26158958/> <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
 30. Hafez Nia M R. [An Introduction to Research Methods in Humanities]. 2009, Tehran: Samt Publications.
 31. Civil Registry Office. Iran. North Khorasan. Bojnourd. 2018. <https://www.sabteahval.ir/khorasansh/bojnourd/%D9%85%D9%86%D8%A7%D8%B3%D8%A8%D8%AA%D9%87%D8%A7>.
 32. Beck AT, Steer RA, Brown G.K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
 33. Stefan-Dabson K, Mohammad Khani P, Mas-sah Choulabi O. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Archives of Rehabilitation*.2007; 29(8): 80-86. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-fa.html>
 34. Taheri Tanjani P, Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azad-bakht M, Garmaroudi G, Fathizadeh S, Ghisvandi E. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015; 22(1): 189-198. http://jsums.medsab.ac.ir/article_550_en.html
 35. Haji Hosseini M, Shafiabadi A, Pirsaghi F, Kianipour O. [Relationship between aggression, assertiveness and depression to addiction to prepare students Allameh Tabatabaei University]. *Journal of Science and Research in Applied Psychology*. 2011;13(3):65-74.
 36. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=175980>
 37. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective

- study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 61 (1): 115-121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
38. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Ruminative reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 2003; 27(3):247-529. <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
 39. Chichirez CM, Purcărea VL. Interpersonal communication in health care. *Journal of Medicine and Life*. 2018; 11 (2): 119-122. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6101690/>
 40. Yousefi Z, Abedi MR, Bahrami F, Mehrabi HA. [Validation, factor structure, reliability and standardization of Rumination Inventory]. *Journal of Psychology*. 2009; 13(149):54-68. https://scholar.google.com/citations?user=yX_Vt0QAAAAJ&hl=en
 41. Khodabandehlu N, Fathiadgam G, Babakhani V, Alijani F. [Comparison of the effectiveness of “Metacognitive Therapy” and “Emotion-Focused Therapy” on ruminant response high school male students]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10 (6) :141-150. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1342-fa.html>
 42. Walker SN, Sechrit KR, Pender NJ. The Health Promoting Lifestyle Profile; development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 1987; 36(2): 76-81. <https://psycnet.apa.org/record/1988-15784-001> <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>
 43. Hossein Abbasi N, Agha Amiri M. Survey of relationship between health promoting lifestyle and job satisfaction in male nurses in Ahwaz city: A descriptive study. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 34 (134) :74-87. <https://doi.org/10.32598/ijn.34.6.6> URL: <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-3205-fa.html>
 44. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 1987; 36(2):76-81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3644262/>. Sousa P, Gaspar P, Vaz DC, Gonzaga S, Dixe A. <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>
 45. Measuring health-promoting behaviors: Cross-cultural validation of the Health-Promoting Lifestyle Profile-II. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2015; 26 (2): 54-61. <https://doi.org/10.1007/s15016-015-0506-6>
 46. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. [Reliability and validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2011; 21 (1) :102-113. http://jmums.mazums.ac.ir/browse.php?a_id=955&sid=1&slc_lang=en
 47. Saber Shahraki E, Rahimian Boogar I, Najafi M. [The effect of health promotion intervention on health-related behaviors in university students]. *Journal of Health Promotion Management*. 2015; 5 (1) :83-93 URL: <http://jhpm.ir/article-1-548-fa.html>
 48. Schumacker RE, Schumacker RGL. *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. 4th edition. New York. Routledge. 2012. <https://doi.org/10.4324/9780203851319>
 49. West S G, Finch J F, Curran P J. Structural equation models with non-normal variables: Problems and remedies, In R. H. Hoyle (edition), *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues and Applications*. Sage Publications, Inc. Thousand Oaks, 1995; 56-75. <https://psycnet.apa.org/record/1995-97753-004>
 50. Movahedi M, Khamseh F, Ebadi A, Haji Amin Z, Navidian A. [Assessment of the lifestyle of the elderly in Tehran]. *Journal of Health Promotion Management*. 2016; 5 (3) :51-59. https://jhpm.ir/browse.php?a_id=630&sid=1&slc_lang=en
 51. Gatezadeh A, Skandari H. [Test causal model of depression on lifestyle through the mediation of social health and quality of life in adults in Ahvaz]. *Psychological Methods and Models*. 2018; 8(30): 123-140. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=613334>
 52. Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging & Mental Health*. 2002; 1; 6(3):275-281. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12217096/> <https://doi.org/10.1080/13607860220142387>
 53. Papageorgiou C, Wells A (Eds). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. England. John Wiley & Sons. 2004. <https://www.wiley.com/en-us/Depressive+Rumination:+Nature,+Theory+and+Treatment+-p-9780470090855>

- <https://doi.org/10.1002/9780470713853>
54. Vesal M, Nazarinaya M. [Prediction of depression and sleep quality based on thought rumination and its components (inhibition and reflection) in patients with rheumatoid arthritis]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2016; 11(41): 47-56. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1021.html?lang=en
55. Åkerstedt T, Knutsson A, Westerholm P, Theorell T, Alfredsson L, Kecklund G. Sleep disturbances, work stress and work hours: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;53(3):741-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12217447/>
- [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00333-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00333-1)
56. Ingersoll-Dayton B, Torges C, Krause N. unforgiveness, rumination, and depressive symptoms among older adults. *Aging & Mental Health*. 2010; 14 (4):439-449. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868276/>
<https://doi.org/10.1080/13607860903483136>
57. Akbari M, Sayadpour Z. [The role of alexithymia and rumination in predicting the life satisfaction in obesity patients]. *Developmental Psychology-Iranian Psychologists*. 2018; 15(57): 59-69. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=651464>