J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/07/24 *Accepted:2024/09/18*

Predicting Depression in Middle-Aged Individuals in Tehran Based on Socioeconomic Status, Loneliness, Spiritual Well-Being, and Marital Satisfaction in 2023

Fatemeh Imani(M.A)[1], Maedeh bagheri(Ph.D.)[2]

1.MA of clinical psychology, Semnan branch, Islamic Azad University of Semnan, Semnan, Iran
2.Corresponding Author:Assistant Professor of Health psychology, Department of psychiatry and psychosomatic research center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
Email: bagheri.ma@mazums.ac.ir Tel: +98-9113546225

Abstract

Introduction: Information related to the amount of the most significant risk factors identified in relation to depression in middle-aged Iranian individuals is insufficient. Accordingly, the aim of this study was to predict depression in middle-aged residents of Tehran based on their socioeconomic status, feelings of loneliness, spiritual well-being, and marital satisfaction.

Methods: This cross-sectional study employed a quantitative descriptive-correlational approach and regression analysis. A total of 216 middle-aged individuals visiting health centers in Tehran in 2023 were selected through convenience sampling. Participants completed questionnaires assessing marital satisfaction (Hudson), social-emotional loneliness in adults, spiritual well-being (Dehshiri et al.), socioeconomic status (SES), and the Beck Depression Inventory (BDI-II). Multiple linear regression analysis was conducted using SPSS version 24 to examine the relationship between predictor variables and depression.

Rusults: Among the 216 middle-aged participants in Tehran, aged between 40 and 60 years, 47/68% were male (103 individuals) and 52/31% were female (113 individuals). The prevalence of depression among middle-aged individuals in Tehran was found to be 46/3% (100 individuals). Notably, only spiritual well-being significantly predicted the variability in depression among middle-aged individuals in Tehran (B=0/19, p< 0/01).

Conclusion: Contrary to previous studies, socioeconomic status, loneliness, and marital satisfaction did not statistically predict the variability in depression among middle-aged individuals in Tehran. It is recommended that further research be conducted to identify the most significant risk factors associated with depression in this demographic.

Keywords: Depression, Family conflict, spirituality, Loneliness

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

This Paper Should be Cited as:
Author: Fatemeh Imani, Maedeh bagheri. Predicting Depression in Middle-Aged Individuals in Tehran Based on Socioeconomic Status, Loneliness, Spiritual Well-Being …..…….Tolooebehdasht Journal. 2024;23(4)1-14.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و سوم
شماره چهارم
مهر و آبان
شماره مسلسل:۱۰۶

تاریخ وصول:۱۴۰۳/۰۵/۰۳
تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۰۶/۲۸

پیش‌بینی افسردگی افراد میانسال شهر تهران براساس وضعیت اجتماعی– اقتصادی، احساس تنهایی، بهزیستی‌معنوی و رضایت‌زناشویی در سال ۱۴۰۲

نویسندگان: فاطمه ایمانی[۱]، مائده باقری[۲]

۱.کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار روان شناسی‌سلامت، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

شماره تماس: ۰۹۱۱۳۵۴۶۲۲۵-۹۸+ Email:bagheri.ma@mazums.ac.ir

چکیده

مقدمه: اطلاعات در مورد سهم مهم‌ترین عوامل خطرساز شناسایی شده‌ی مرتبط با افسردگی در افراد میانسال ایرانی کافی نیست. در همین راستا هدف این پژوهش، پیش‌بینی افسردگی افراد میانسال شهر تهران براساس وضعیت اجتماعی– اقتصادی، احساس تنهایی، بهزیستی معنوی و رضایت‌زناشویی آنان بود.

روش بررسی: روش مطالعه حاضر از نوع تحلیلی و به صورت مقطعی با رویکرد کمی انجام شده است که در آن رگرسیون خطی متغیرها سنجیده شده است. تعداد ۲۱۶ نفر از میانسالان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر تهران در سال ۱۴۰۲ به شیوه ی در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه های رضایت‌زناشویی هودسن، احساس تنهایی اجتماعی-عاطفی بزرگسالان، بهزیستی معنوی دهشیری و همکاران، وضعیت اجتماعی- اقتصادی (SES) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) پاسخ دادند. جهت بررسی ارتباط متغیرهای پیش‌بین با اختلال افسردگی از رگرسیون خطی چندگانه با استفاده از SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: از ۲۱۶ نفر از افراد میانسال شهر تهران با سن تقویمی ۴۰ تا ۶۰ سال، ۴۷/۶۸ درصد مرد (۱۰۳نفر) و تعداد ۵۲/۳۱ درصد (۱۱۳ نفر) زن بودند. فراوانی ابتلا به افسردگی در افراد میانسال شهر تهران ۴۶/۳ درصد (۱۰۰ نفر) بود. لازم به ذکر است که صرفاً بهزیستی معنوی توانسته است تغییرپذیری در ابتلا به افسردگی افراد میانسال شهر تهران را به طور معنادار پیش‌بینی کند(B=۰/۱۹، (P<۰/۰۱)).

نتیجه‌گیری: برخلاف مطالعات گذشته، وضعیت اجتماعی–اقتصادی، احساس تنهایی و رضایت‌زناشویی به لحاظ آماری نتوانسته است تغییرپذیری در افسردگی افراد میانسال شهر تهران را به طور معنادار پیش‌بینی کند و پیشنهاد می‌گردد بررسی‌های بیشتر در مورد مهم‌ترین عوامل خطرساز مرتبط با افسردگی در افراد میانسال صورت پذیرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، تعارض خانوادگی، معنویت، احساس تنهایی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

امروزه اختلالات خلقی به ویژه اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در بین افراد میانسال می‌باشد(۱) که با روندی افزایشی از علل اصلی ایجاد ناتوانی در جهان به شمار می‌رود و بار اقتصادی قابل ملاحظه‌أی را نیز بر دوش نظام سلامت در کشورها تحمیل می‌کند(۲). در همین راستا در مطالعات گذشته در ایران فراوانی اختلال افسردگی در جمعیت عمومی ۴/۸ درصد(۳) گزارش شد. متأسفانه این روند افزایشی سیر نزولی ۱۸ درصدی را طی دهه های گذشته تجربه کرده است(۴)؛ چرا که در سال ۲۰۰۰ اختلال افسردگی چهارمین رتبه ی جهانی را از نظر بار بیماری‌ها به خود اختصاص داده و پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۳۰ به رتبه اول در تمامی سنین و دو جنس در کشورهای در حال توسعه صعود کند(۵). از طرفی دیگر، پدیده افزایش جمعیت میانسال نیز یکی دیگر از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی قرن ۲۱ به شمار می‌رود(۶).

اختلال افسردگی در افراد میانسال اغلب کمتر از موارد ابتلا شناسایی می‌شود؛ چراکه تابلوی بالینی آن ممکن است با علائمی که در افراد جوان دیده می‌شود، متفاوت باشد و اغلب با علائم و بیماری‌های جسمانی و زوال عقل همراه می‌باشد و به طور کلی شامل احساس عجز و ناتوانی، بدبینی نسبت به آینده، احساسات منفی نسبت به گذشته، از دست دادن اعتمادبه نفس، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، افکار خودکشی، اختلال شناختی، شکایت جسمی، اشکال در خواب و اشتها، انزوای اجتماعی، از دست دادن انگیزش و حسادت به دیگران است(۱). علاوه بر این مطالعات نشان می‌دهد افراد مبتلا به افسردگی در دوران میانسالی در مقایسه با افراد غیرمبتلا دارای عملکرد ضعیف‌تر، ابتلا بیشتر به بیماری‌های قلبی ریوی، ورم مفاصل، فشارخون بالا و دیابت(۷) و کیفیت زندگی پایین تر هستند که منجر به از دست دادن استقلال و افزایش وابستگی آن‌ها به دیگران می‌شود(۸).

در تبیین اختلالات خلقی به ویژه اختلال افسردگی در افراد میانسال پژوهش‌های زیادی انجام شده است که می‌توان به موارد ابتلا به بیماری‌های مزمن، مجموعه‌ای از فقدان‌ها شامل از دست دادن همسر و شریک زندگی، دوستان و عزیزان و ناتوانی در انجام فعالیت‌های مورد علاقه بسیاری از افراد میانسال موارد خفیف تا شدید زوال عقل، نیاز به بستری‌شدن مکرر به دلیل کاهش سلامت فیزیکی و ابتلا قبلی به بیماری‌های جسمی و تجربه‌ی بازنشستگی(۱) اشاره کرد.

جان بالبی معتقد بود که دلبستگی‌های ناایمن و جدایی توأم با آسیب در دوران کودکی و متعاقباً فقدان‌های دوران بزرگسالی که موجب تجدید خاطرات آسیب‌زای کودکی می‌گردند، بروز حملات افسردگی در بزرگسالان را تسریع می‌کنند(۹) و نظریه‌پردازان رفتاری معتقدند که افسردگی در اثر عدم تقویت مناسب رفتارهای مثبت و سازنده به وجود می‌آید که همین امر منجر به نوعی خلأ رفتاری می‌شود که در آن فرد منزوی شده و إحساس تنهایی می‌کند. به همین دلیل است که دوره‌های افسردگی به دنبال فقدان‌های زندگی مثل از دست دادن یکی از بستگان نزدیک، بازنشستگی یا از دست دادن شغل روی می‌دهند که نوعی از دست دادن منابع مهم پاداش و تقویت برای رفتارهای اجتماعی و شغلی است و زمینه ی ایجاد دور باطلی را فراهم می‌کند که افسردگی را به یک بیماری مزمن تبدیل

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

می‌کند(۱۰). بر همین مبنا پیش‌بینی می‌شود برخی متغیرها نقش مهم‌تری در پیش بینی افسردگی در افراد میانسال ایفا کنند. به طور مثال مشخص شد که رضایت زناشویی زوجین نقش قابل ملاحظه ی منفی در ابتلا به اختلال افسردگی ایفا می‌کند؛ چرا که به عنوان یک متغیر واسطه ای محافظت کننده در رابطه ی استرس و افسردگی عمل می‌کند(۱۱) و تجربه‌ی مشکلات زناشویی با رفتارهای ناسالم و افزایش علائم و نشانگان افسردگی همراه است. در پژوهش‌های گذشته نقش رضایت‌زناشویی در بهزیستی ادراک شده‌ی افراد غیر میانسال(۱۲) بررسی شده‌است اما اطلاعات در مورد نقش محافظت‌کننده رضایت زناشویی در اختلال افسردگی در افراد میانسال ناکافی است و نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد.

از میان عوامل خطرساز یکی از متغیرهایی که می‌تواند تاثیرگزار باشد احساس تنهایی است. رابطه‌ی احساس تنهایی به عنوان یک عامل خطرساز در اختلال افسردگی بدون واسطه و مستقیم و دوسویه است. به عبارتی دیگر نقش احساس تنهایی در افسردگی هم به عنوان پیش بین و به عنوان پیامد ابتلا به افسردگی در نظر گرفته می‌شود(۱۳). مطالعات گذشته در مورد رابطه‌ی احساس تنهایی در اختلال افسردگی، بیشتر روی افراد جوان(۱۴) و افراد بالای ۵۰ سال در کشورهای دیگر(۱۵) متمرکز بوده است اما اطلاعات در مورد نقش خطرساز احساس تنهایی در اختلال افسردگی افراد میانسال ایرانی ناکافی است.

هم چنین وضعیت اجتماعی-اقتصادی نیز می‌تواند در ابتلا به افسردگی در افراد میانسال موثر باشد؛ چرا که در پژوهش‌های گذشته نقش وضعیت اجتماعی-اقتصادی در میزان درجه اختلال افسردگی افراد غیرمیانسال نقش قابل ملاحظه‌ای داشته است(۱۳) اما در مورد نقش آن در اختلال افسردگی افراد میانسال ایرانی نیازمند بررسی‌های بیشتر است.

علاوه بر متغیرهایی که تا به الان بررسی شد، بهزیستی معنوی نیز یکی دیگر از متغیرهایی است که می‌توان به عنوان عامل محافظت کننده علیه اختلال افسردگی در افراد میانسال درنظر گرفت، چراکه نقش آن در سنین جوانی(۱۶) و سالمندی(۱۷) در کاهش ابتلا به اختلال افسردگی تایید شده‌است اما در مورد میزان نقش آن در دوره‌ی میانسالی نیاز به اطلاعات بیشتر است.

با توجه به مطالعات گذشته، اطلاعات در مورد فراوانی اختلال افسردگی در افراد میانسال ایرانی و مهم‌ترین عوامل خطرساز و محافظت کننده‌ی مرتبط با آن کافی نیست. بنابراین در این مطالعه بر آن شدیم تا علاوه بر بررسی فراوانی اختلال افسردگی در افراد میانسال، میزان سهم نقش عوامل محافظت کننده شناسایی شده از قبیل رضایت‌زناشویی و بهزیستی‌معنوی و عوامل خطرساز شناسایی‌شده مانند احساس تنهایی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی را تعیین نماییم.

روش بررسی

روش مطالعه حاضر از نوع تحلیلی و به صورت مقطعی با رویکرد کمی انجام شده است که در آن رگرسیون خطی متغیرها سنجیده شده است. پس از تصویب پروپوزال و اخذ کد اخلاق و کسب مجوزهای لازم از میان افراد میانسال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر تهران در بازه زمانی سه ماهه اول سال ۱۴۰۲، تعداد ۲۱۶ نفر از طریق فرمول تاباچنیک و فیدل به صورت در دسترس و براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و بعد از این که فرم رضایت‌آگاهانه را پر کرده‌اند لینک پرسشنامه‌ها برای آنان ارسال شد تا به پرسشنامه‌ها پاسخ

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

دادند. لازم به ذکر است که به افراد توضیح داده‌شد که شرکت در پژوهش اختیاری است و تمامی اطلاعات محرمانه و به صورت کدگذاری شده نزد پژوهشگر اصلی بایگانی می شود و سه ماه بعد از چاپ مقاله تمامی مستندات مربوط به شرکت‌کنندگان از بین می رود. فرآیند جمع آوری داده‌ها توسط دانشجوی ارشد روانشناسی‌بالینی انجام شد. لازم به ذکر است که پرسشنامه‌ها برای ۲۵۰ نفر ارسال شد اما پس از غربالگری اولیه و بر اساس زمان پاسخ‌دهی به سوالات پرسشنامه ها(حداقل ۵ دقیقه)، اطلاعات ۳۴ پرسشنامه وارد فرایند تجزیه و تحلیل نشد.

معیارهای ورود شامل پرکردن فرم رضایت‌آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی سایکوتیک، سن ۴۰–۶۰ سال، نداشتن مشکلات شنوایی و بینایی و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در فرایند درمان به هر دلیلی، داشتن مسائلی مانند سابقه مصرف مواد و استفاده از داروهای روان‌پزشکی بود.

براساس فرمول تاباچنیک و فیدل(۱۸) در یک پژوهش رگرسیونی ۴ متغیر پیش‌بین وجود داشته باشد حجم نمونه باید بیشتر از ۱۰۴ نفر باشد. لذا در این مطالعه ۲۱۶ نفر در نظر گرفته شد.

$$N \geq ۱۰۴ + M$$

از ۶ ابزار برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد که به شرح زیر می‌باشد:

۱.چک لیست جهت ارزیابی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پاسخ دهندگان که شامل سن، سطح تحصیلات، سابقه ازدواج و وضعیت اشتغال و سایر معیارهای ورود به مطالعه استفاده شد.

۲.پرسشنامه رضایت زناشویی هودسن: این پرسشنامه با هدف اندازه‌گیری میزان مشکلات در روابط زناشویی تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال است که در یک طیف لیکرت ۷ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه رضایت زناشویی هادسون زیرمقیاس ندارد و تنها یک نمره کل دارد که می‌توان آن را براساس نمرات برش در نظر گرفته تفسیر کرد. دامنه ی نمرات از ۰ تا ۱۰۰ است و کسب نمرات بالاتر به معنای وجود مشکلات بیشتر در روابط زوجین می‌باشد؛ بدین معنا که نمره برش ۳۵ به عنوان وجود مشکل در روابط و نمره برش ۷۰ به معنای شدت مشکلات زیاد در روابط زوجین است. پایایی نسخه ی اصلی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۶ (۱۹) و در نسخه ی ایرانی ۰/۹۰ بدست آمد. روایی آن با آزمون انریچ در نمونه های ایرانی ۰/۸۶– بدست آمد(۲۰).

۳.پرسشنامه احساس تنهایی اجتماعی ـ عاطفی بزرگسالان: فرم کوتاه این پرسشنامه به وسیله دی‌توماسو، برانن و بست در سال ۲۰۰۴ براساس تقسیم‌بندی ویس طراحی و تهیه گردید. این مقیاس دارای ۱۵ گویه است (در فرم ایرانی به ۱۴ گویه تقلیل یافته است) و سه زیرمقیاس احساس تنهایی رمانتیک (پنج‌گویه)، خانوادگی (پنج گویه) و اجتماعی (پنج‌گویه) است و احساس تنهایی عاطفی از مجموع نمرات زیرمقیاس‌های رمانتیک و خانوادگی بدست می‌آید. شیوه نمره دهی آن بر اساس در یک طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم(۱) تا کاملاً موافقم(۵) نمره‌گذاری می‌شود. به غیر از سوال ۱۴ و ۱۵، سایر گویه ها به صورت معکوس امتیازدهی می شود. اخذ امتیازات بالاتر در هر بعد نشان دهنده احساس تنهایی بیشتر فرد پاسخ دهنده در آن بعد

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

است و برعکس. نمره‌ی برش برای این پرسشنامه تعیین نشده است(۲۱). آلفای کرونباخ خرده مقیاس های آن در نمونه های ایرانی بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ است(۲۲).

۴.پرسشنامه بهزیستی معنوی دهشیری و همکاران: این پرسشنامه توسط دهشیری و همکارانش در سال ۱۳۹۲ ساخته شد. این ابزار دارای ۴۰ سوال است که در یک طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم(۱) تا کاملاً موافقم(۵) نمره‌گذاری می‌شود. هرچه فرد نمرات بالاتری اخذ کند به معنای سلامت معنوی بیشتری است. نمره‌ی برش برای این پرسشنامه تعیین نشده است. همچنین برای این پرسشنامه ۴ زیرمقیاس قابل محاسبه است که عبارتند از: ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با طبیعت. پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۴ و برای زیر مقیاس ها بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ گزارش شد. ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس ها بین ۰/۸۰ تا تا ۰/۸۹ گزارش شد. روایی هم‌گرا و واگرا نیز در حد قابل قبول بود(۲۳) (۳۳).

۵.پرسشنامه وضعیت اقتصادی-اجتماعی (قدرت نما: ۱۳۹۲): این ابزار شامل مؤلفه (میزان درآمد، طبقه اقتصادی، وضعیت مسکن و تحصیلات) می باشد. مقیاس اندازه گیری سؤال‌ها در این پرسشنامه پنج گزینه ای و روش امتیازگذاری به ترتیب خیلی پایین=۱ تا خیلی بالا=۵ می باشد. هرچه فرد نمرات بالاتری اخذ کند به معنای وضعیت اجتماعی-اقتصادی بهتر است. نمره‌ی برش برای این پرسشنامه تعیین نشده است. اسلامی و همکاران (۱۳۹۲) روایی صوری و محتوایی پرسشنامه مذکور را توسط ۱۲ تن از متخصصین مورد تأیید قرار دادند، همچنین با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمد(۲۴).

۶.برای ارزیابی اختلال افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک (BDI,II) استفاده شد. یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی ۲۱ سوالی است که مجموعه ای از علائم اختلال افسردگی اساسی را ارزیابی می کند. این پرسشنامه توسط بک و همکاران در سال ۱۹۷۹ تدوین شد که در سال ۲۰۰۰ تجدیدنظر و مجدداً منتشر شد. شدت نشانه‌های اختلال افسردگی در یک مقیاس لیکرت از ۰ تا ۴ درجه بندی می شود. نمره کلی از ۰ تا ۶۳ به دست می‌آید: افسردگی جزیی: ۰ تا ۹، خفیف: ۱۰ تا ۱۶، متوسط: ۱۷ تا ۲۹ و شدید ۳۰ تا ۶۳ در نظر گرفته شده‌است. نقطه برش تشخیص ابتلا به اختلال افسردگی اساسی عدد ۲۰ و بیشتر یا ۲۰ $\geq$ در نظر گرفته شده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش شده است(۲۵). ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی ۰/۸۷ و اعتبار یازآزمایی آن ۰/۷۴ گزارش شده‌است(۲۶).

نمرات به دست آمده توسط SPSS نسخه ۲۴ و در سطح خطای ۵ درصد مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت. توصیف اطلاعات به صورت میانگین، میانه، انحراف‌معیار و دامنه بین چارکی برای متغیرهای کمی و تعداد و درصد برای متغیرهای کیفی انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا برقراری فرض‌های نرمال بودن داده‌ها و عدم هم‌خطی چندگانه با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف، VIF و Tolerance و بررسی چولگی و کشیدگی نمودار داده‌ها انجام شد و پس از بررسی برقراری فرض‌ها جهت بررسی ارتباط متغیرهای پیش‌بین با اختلال افسردگی از رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.

یافته ها

از ۲۱۶ نفر از افراد میانسال شهر تهران با سن تقویمی ۴۰ تا ۶۰

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

سال، ۴۷/۶۸ درصد مرد(۱۰۳نفر) و تعداد ۵۲/۳۱ درصد(۱۱۳ نفر) زن بودند. علاوه بر این همه‌ی افراد متاهل بوده‌اند. فراوانی ابتلا به افسردگی بر اساس نتایج تست بک (BDI-II) در افراد میانسال شهر تهران ۴۶/۳ درصد (۱۰۰ نفر) گزارش شد.

خطی‌بودن داده‌ها به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های انجام رگرسیون با استفاده از منحنی پراکندگی تایید شد. اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف‌استاندارد، کجی، کشیدگی و نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای بررسی توزیع نرمال داده‌های متغیرهای وضعیت اجتماعی– اقتصادی، احساس تنهایی، بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی(متغیرهای پیش‌بین) و اختلال افسردگی(متغیر ملاک) در افراد مبتلا میانسال شهر تهران در جدول۱ نشان داده شد.

بر اساس جدول۱ کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش به ترتیب کمتر از ۳ و کمتر از ۱۰ بودند؛ بنابراین توزیع تمامی متغیرهای پژوهش حاضر از قبیل وضعیت اجتماعی– اقتصادی، احساس تنهایی، بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی (متغیرهای پیش‌بین) و اختلال افسردگی (متغیر ملاک) در بین افراد میانسال شهر تهران نرمال و بهنجار بوده و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد. هم چنین همبستگی بین متغیرهای پژوهش که از پیش‌فرض‌های دیگر انجام رگرسیون است در جدول۲ نشان داده شد.

بر اساس جدول۲، صرفاً همبستگی بین اختلال افسردگی و بهزیستی معنوی معنادار مشاهده شد اما با وضعیت اجتماعی-اقتصادی، احساس تنهایی و رضایت زناشویی همبستگی معنادار مشاهده نشده است. هم چنین بین متغیرهای پیش‌بین نیز همبستگی معنادار مشاهده نشد. با توجه به این که پیش‌فرض‌های رگرسیون تایید شد در ادامه مدل رگرسیون خطی چندگانه اجرا شد.

بر اساس جدول ۳، ۰/۰۴۸ درصد از تغییرپذیری اختلال افسردگی در افراد سالمند شهر تهران توسط وضعیت اجتماعی– اقتصادی، احساس تنهایی، بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی تبیین می‌گردد. آماره دوربین-واتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ است (۲/۰۷۵) که به معنی عدم هم‌خودهمبستگی مانده‌ها است و این شرط برقرار است که خطاها دارای خودهمبستگی سریالی نیستند. در جدول۴ نتایج ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش بین از قبیل وضعیت اجتماعی – اقتصادی، احساس تنهایی، بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی گزارش شده است.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که همه متغیرهای پیش‌بین از قبیل وضعیت اجتماعی– اقتصادی، احساس تنهایی، بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی هم زمان به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شده و تقریباً توانسته‌اند ۰/۰۴۸ درصد از واریانس اختلال افسردگی در افراد میانسال شهر تهران را پیش‌بینی و تبیین نمایند. به طور خاص با افزایش یک انحراف‌استاندارد در نمره وضعیت اجتماعی- اقتصادی، نمره افسردگی ۰/۰۶۲ انحراف‌استاندارد کاهش می‌یابد. هم چنین با افزایش یک انحراف‌استاندارد در نمره اساس تنهایی، نمره افسردگی ۰/۰۷۱ انحراف استاندارد کاهش می‌یابد. در مورد بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی با افزایش یک انحراف‌استاندارد، نمره افسردگی به ترتیب ۰/۱۹ و ۰/۰۱۸ انحراف‌استاندارد کاهش می یابد. لازم به ذکر است که وضعیت اجتماعی – اقتصادی، احساس تنهایی و رضایت زناشویی به لحاظ آماری نتوانسته است تغییر پذیری در افسردگی سالمندان

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

شهر تهران را به طور معنادار پیش بینی کند. هم چنین به منظور بررسی عدم هم خطی متغیرهای پیش بین از VIF استفاده شد. با توجه به این که مقادیر آن زیر ۵ است، فرض عدم هم‌خطی متغیرهای پیش بین برقرار است.

جدول۱: اطلاعات توصیفی متغیرهای وضعیت اجتماعی – اقتصادی، احساس تنهایی، بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی و اختلال افسردگی در افراد مبتلا میانسال شهر تهران

متغیرهای پژوهش	چولگی	کشیدگی	کمترین	بیشترین	میانگین و انحراف استاندارد	کولموگروف اسمیرنف
وضعیت اجتماعی-اقتصادی	-۰/۰۶۰	۰/۳۹۲	۱۰	۳۶	۲۱/۹۳ ± ۴/۳۱	۰/۰۹۳
احساس تنهایی	-۱/۳۹۱	۲/۸۷۷	۱۴	۶۶	۵۱/۷۵ ± ۸/۸۶	۰/۱۶۶
بهزیستی معنوی	-۱/۲۰۸	۱/۰۴۹	۶۷	۲۰۰	۱۶۱/۶۸ ± ۳۰/۷۸	۰/۲۴۵
رضایت زناشویی	۱/۲۸۱	۵/۵۹۴	۰	۱۵۰	۶۲ ± ۲۰/۰۷	۰/۱۲۶
افسردگی	۰/۹۳۴	-۰/۰۰۳	۰	۶۳	۱۸/۶۰ ± ۱۸/۴۳	۰/۱۵۸

جدول۲: اطلاعات همبستگی بین متغیرهای وضعیت اجتماعی – اقتصادی، احساس تنهایی، بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی و اختلال افسردگی در افراد مبتلا میانسال شهر تهران

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵
وضعیت اجتماعی-اقتصادی	۱				
احساس تنهایی	-۰/۰۸۲	۱			
بهزیستی معنوی	۰/۰۷۲	-۰/۰۲۳	۱		
رضایت زناشویی	-۰/۱۰۶	-۰/۰۰۳	۰/۰۳۴	۱	
افسردگی	-۰/۰۸۴	-۰/۰۸۳	۰/۲۰۰ **	-۰/۰۳۴	۱

(* p < ۰/۰۵, ** p < ۰/۰۱)

جدول۳: اطلاعات مدل رگرسیون بین متغیرهای وضعیت اجتماعی – اقتصادی، احساس تنهایی، بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی با اختلال افسردگی در افراد مبتلا میانسال شهر تهران

مدل	R	R^2	R^2 اصلاح شده	خطای استاندارد تخمین	دوربین-واتسون	F	سطح معناداری
۱	-۰/۲۲۰	۰/۰۴۸	۰/۰۲۹	۱۸/۳۳	۲/۰۷	۲/۵۴	۰/۰۴۱

جدول ۴: اطلاعات ضرایب رگرسیون اختلال افسردگی در افراد مبتلا میانسال شهر تهران

مدل	B	خطای استاندارد برآورد	Beta	T	سطح معناداری	تولرانس	VIF
(Constant)	۵۲/۳۷	۱۲/۶۵		۴/۱۴	۰/۰۰۰		
وضعیت اجتماعی-اقتصادی	-۰/۲۶۷	۰/۳۰	-۰/۰۶۲	-۰/۸۹۵	۰/۳۷۲	۰/۹۷۷	۱/۰۲
احساس تنهایی	-۰/۱۵۱	۰/۱۴۶	-۰/۰۷۱	-۱/۰۳	۰/۳۰۴	۰/۹۹۲	۱/۰۰
بهزیستی معنوی	-۰/۱۱۸	۰/۰۴۲	-۰/۱۹۵	-۲/۸۲	۰/۰۰۵	۰/۹۹۲	۱/۰۰
رضایت زناشویی	-۰/۰۱۷	۰/۰۶۴	-۰/۰۱۸	-۰/۲۵۸	۰/۷۹۷	۰/۹۸۶	۱/۰۱

(P<۰/۰۱)

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعیین نقش وضعیت اجتماعی– اقتصادی، احساس تنهایی، بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی در پیش‌بینی افسردگی افراد میانسال شهر تهران انجام شد. نتایج یافته ها نشان داد گرچه میزان ابتلا به اختلال افسردگی در افراد میانسال شهر تهران در مقایسه با مطالعات قبل(۳۹،۴۰) بالاتر بود(۴۶/۲۹ درصد) اما از میان متغیرهای شناسایی شده صرفاً بهزیستی معنوی توانسته است اختلال افسردگی افراد میانسال شهر تهران را به طور معنادار پیش‌بینی کند و وضعیت اجتماعی – اقتصادی، احساس تنهایی و رضایت زناشویی به لحاظ آماری نتوانسته است تغییر پذیری در افسردگی سالمندان شهر تهران را به طور معنادار پیش‌بینی کند.

در مورد تفاوت در یافته‌های مرتبط با فراوانی ابتلا به اختلال افسردگی در مطالعات قبلی فراوانی اختلال افسردگی در جمعیت ۳۵ تا ۷۰ ساله ۵/۲ درصد(۲۷) و در میان زنان میانسال با استفاده از معیارهای تشخیصی PHQ-9 ۲۶/۰۹ درصد گزارش شد. هم چنین با افزایش سن، روندی افزایشی در شیوع افسردگی تا سطح سن ۵۵ سال و به دنبال آن روندی کاهشی گزارش شد.

شیوع بیشتر افسردگی در بین زنان بیوه، زنان مجرد، زنان با سابقه افسردگی پس از زایمان و با علائم حوالی یائسگی بیشتر مشاهده شد(۲۷) اما مطالعه حاضر شامل افراد میانسال از هر دو جنسیت بود و بر خلاف مطالعات گذشته از ابزار ارزیابی افسردگی بک (BDI-II) استفاده شد که در مقایسه با ابزارهای دیگر از دقت بیشتری برخوردار است.

یافته‌ی مطالعه حاضر در مورد عدم ارتباط وضعیت اجتماعی- اقتصادی با اختلال افسردگی در راستای پژوهش‌هایی است که تایید می‌کند بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی و اختلال افسردگی در افراد میانسال ایرانی ارتباط وجود ندارد(۲۷) اما در تضاد با مطالعاتی است که نقش وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین، را در شدت اختلال افسردگی در افراد میانسال تایید کرده بودند(۲۸).

بر اساس آن چه گزارش شد یافته‌های مطالعات گذشته بسیار ضد و نقیض است. به نظر می رسد وضعیت اجتماعی اقتصادی از طریق متغیرهای میانجی نقش خود را در ابتلا به اختلال افسردگی ایفا کند(۲۹). استفاده از ابزارهای متفاوت ارزیابی برای اندازه گیری اختلال افسردگی و وضعیت اجتماعی- اقتصادی و موقعیت‌های مکانی متفاوت و مخصوصاً دوره‌های زمانی متفاوت می تواند از علل شکل گیری نتایج ضد و نقیض باشد.

از طرفی دیگر در مطالعه حاضر گرچه میانگین نمرات افراد در مقیاس احساس تنهایی بالاتر از هنجار بود اما احساس تنهایی هیجانی و اجتماعی به طور کلی با ابتلا به اختلال افسردگی در افراد میانسال رابطه معنادار نداشت. در مطالعات گذشته نیز صرفاً احساس تنهایی هیجانی با ابتلا به اختلال افسردگی مرتبط مشاهده شد و احساس تنهایی اجتماعی با ابتلا به اختلال افسردگی در افراد میانسال مبتلا به اختلالات جدی روان‌پزشکی ارتباطی نداشت و در افراد میانسال غیر ایرانی مبتلا به بیماری‌های جدی نیز ارتباط بین احساس تنهایی و ابتلا به افسردگی تایید شده است(۳۰).

به نظر می‌رسد با ارتباط احساس تنهایی و ابتلا به افسردگی در جمعیت ایرانی بیشتر مرتبط با جمعیت سالمند(۱۷) و نوجوان (۱۵)

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

باشد و با کنترل سایر متغیرهای تاثیرگزار مثل ابتلا به بیماری‌های مزمن، احتمالاً در سنین میانسالی عوامل دیگری در ابتلا به اختلال افسردگی افراد ایرانی نقش داشته باشد.

در مورد نقش رضایت زناشویی در ابتلا به افسردگی در افراد میانسال ایرانی در مطالعات گذشته، ادراک افراد از رضایت زناشویی به عنوان ویژگی کلیدی خانواده پایدار و شاخص مهم برای ارزیابی کیفیت کلی زندگی درنظر گرفته بیان شد و به عنوان یکی دیگر از متغیرهای بالقوه تاثیرگذار در ابتلا به اختلال افسردگی در افراد جوان مطرح شد که به طور کلی شامل ادراک ذهنی افراد از رضایت کلی در مورد زندگی مشترک جنسی و ارتباط عاطفی رضایت بخش یک زوج در مورد همسر است. رضایت زناشویی را می توان پیامد رضایت کلی ادارک شده از زندگی مشترک جنسی و روابط رضایت بخش عاطفی و عاطفی دانست که شامل توافق کلی زناشویی یک فرد در مورد همسر و رابطه می شود(۱۳). در مطالعاتی که در ایران انجام شد، یافته ای پیدا نشد که تایید کند رضایت زناشویی در کاهش ابتلا به افسردگی در افراد میانسال نقش داشته باشد. به نظر می‌رسد تا سنین جوانی رابطه ای که با دیگران داریم مهم تلقی می گردد و از سنین میانسالی دیگر مهم نیست و مسائل دیگری نقش پررنگ‌تری را ایفا می کنند. به طور مثال رابطه‌ای که با خودمان و با خدا داریم از اهمیت به مراتب بیشتری در مقایسه با متغیرهایی نظیر وضعیت اجتماعی-اقتصادی، احساس تنهایی و رضایت زناشویی برخوردار می‌شوند. در همین راستا، پژوهش‌هایی است که تایید می کند سلامت معنوی با اختلال افسردگی در افراد میانسال ایرانی(۱۴) نقش دارد.

سلامت معنوی که به عنوان یک مفهوم چندبعدی که شامل برخورداری از معنا و هدف در زندگی و اعتقادات مذهبی می‌شود، می‌تواند نقش بسزایی در ابتلا به افسردگی داشته باشد چرا که پیامدهای برخورداری از این مفهوم، می‌تواند منبع قدرتمندی در زندگی برای سازگاری با نیازها و تغییرات فردی افراد(۱۸)، بلاخص در مورد افرادی که واجد ویژگی‌های نداشتن انگیزه و ابتکار عمل، برخورداری از خزانه رفتاری بسیار ضعیف و داشتن این نگرش که آینده آن‌ها عاری از نکات و تجربه‌های مثبت هستند.

براساس نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد در سنین میانسالی در میان متغیرهایی از قبیل وضعیت اجتماعی – اقتصادی، احساس تنهایی، بهزیستی معنوی و رضایت زناشویی، آن چه که بیش از بقیه مهم است، ارتباط فرد با خودش و با خداست. دیگر وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنقدر مهم نیست که ابتلا به افسردگی را پیش بینی کند. رابطه ی افراد با سایرین و حتی همسر نیز توان پیش بینی خود را از دست می‌دهد. آن چه باقی می‌ماند و مهم است معنایی است که افراد به زندگی خود می‌دهند و ارتباطی است که با خدای خویش برقرار می کنند که اگر این ارتباط قطع شود فرد به اختلال افسردگی مبتلا می‌شود. از این رو، ارزیابی‌های معنوی با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، برای مراکزی که در آن‌ها خدمات مراقبت از سلامت برای میانسالان، سیاست‌گذاری، طراحی و ارائه می‌شود ضروری است و بر مبنای رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر که بر ایجاد مهارت‌ها و پرورش فضیلت‌ها و شایستگی‌های انسانی تأکید دارد می‌توان برنامه‌های مراقبت بهداشتی میانسالان را به سوی پیشگیری و مقابله با مشکلات دوره سالمندی سوق داد.

از جمله محدودیت‌های عمدهٔ این پژوهش می‌توان به این اشاره

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

نمود که این پژوهش فقط در شهر تهران انجام شده که در تعمیم‌پذیری آن به شهرهای دیگر که دارای فرهنگ متفاوتی هستند باید احتیاط کرد. همچنین انتخاب نمونه آماری به روش نمونه‌گیری در دسترس بود. از طرفی پرسش‌نامه ها تنها ابزار جمع‌آوری داده ها در این پژوهش بوده است که جنبهٔ خود گزارشی دارد و امکان سوگیری در پاسخ دان به سؤالات وجود دارد. برای بدست آوردن نتایج باتعمیم‌پذیری و اعتبار بیشتر نیز پیشنهاد می‌شود از مصاحبه‌های بالینی ساختار یافته و مشاهده رفتار در کنار پرسشنامه‌ها استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود تحقیقات مشابه همین پژوهش در دیگر شهرها و بین فرهنگ‌های مختلف صورت پذیرد. از پیشنهادات کاربردی استفاده از نتایج این پژوهش به عنوان چارچوب نظری و پایه عملکرد برای طرح‌های مداخله‌ای باشد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.SEMNAN.REC.1402.036 انجام شد. مشارکت داوطلبانه و رعایت اصول رازداری حرفه ای تکمیل فرم رضایت آگاهانه از موارد رعایت شده در این مطالعه است.

سهم نویسندگان

فاطمه ایمانی؛ مفهوم پردازی مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها و مائده باقری(نویسنده مسئول)؛ علاوه برایده‌پردازی و طراحی مطالعه در تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش و بازنگری مقاله را عهده‌دار بوده اند.

حمایت مالی

در انجام این پایان نامه از حمایت مالی هیچ سازمان یا موسسه‌ای استفاده نکرده ایم.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافعی در این مقاله گزارش نشد.

تقدیر و تشکر

از تمامی پرسنل مراکز بهداشت توحید و بوعلی و قائم شهر تهران بابت همیاری صمیمانه در جمع آوری داده ها تشکر ویژه به عمل می‌آید.

References

1-Yang H-J, Cheng Y, Yu T-S & et al. Association between retirement age and incidence of depressive disorders: A 19-year population-based study. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2024;32(2):166-77.

2-Liu Q, He H, Yang J & et al. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. Journal of psychiatric research. 2020;126: 134-40.

3-Gharraee B, Tajrishi KZ, Sheybani F & et al. Prevalence of major depressive disorder in the general population of Iran: A systematic review and meta-analysis. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2019;33:151.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

CC BY-NC 4.0

4-Hao W, Tang Q, Huang X & et al. Analysis of the prevalence and influencing factors of depression and anxiety among maintenance dialysis patients during the COVID-19 pandemic. International urology and nephrology. 2021;53:1453-61.

5-Limenih G, MacDougall A, Wedlake M & et al. Depression and Global Mental Health in the Global South: A Critical Analysis of Policy and Discourse. International Journal of Social Determinants of Health and Health Services. 2024;54(2):95-107.

6-Darabi S, Torabi F. Analysis and comparison of aging population in Europe and Asia during 1950 to 2015. Iranian Journal of Ageing. 2017;12(1):30-43.

7-Wu Y, Su B, Zhong P & et al. Association between chronic disease status and transitions in depressive symptoms among middle-aged and older Chinese population: Insights from a Markov model-based cohort study. Journal of Affective Disorders. 2024.

8-Pengpid S, Peltzer K, Anantanasuwong D. Marital status, marital transition and health behaviour and mental health outcomes among middle-aged and older adults in Thailand: A national longitudinal study. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2024;117:105196.

9-Hoffman LW. John Bowlby, Conflicted Integrator: The Object Relations Origins of and Christian Antecedents to Attachment Theory. Journal of Psychology & Christianity. 2024;43(1).

10-May D, Litvin B, Allegrante J. Behavioral activation, depression, and promotion of health behaviors: a scoping review. Health education & behavior. 2024;51(2):321-31.

11-Shi Y, Whisman MA. Marital satisfaction as a potential moderator of the association between stress and depression. Journal of Affective Disorders. 2023;327:155-8.

12-Rehman M, Hossain Z. Co-Rumination, Marital Satisfaction, and Depression: A Case of Married Men and Women in Pakistan. Journal of Comparative Family Studies. 2024;54(4):387-406.

13-Luo M. Social isolation, loneliness, and depressive symptoms: a twelve-year population study of temporal dynamics. The Journals of Gerontology: Series B. 2023;78(2):280-90.

14-Achterbergh L, Pitman A, Birken M & et al. The experience of loneliness among young people with depression: a qualitative meta-synthesis of the literature. BMC psychiatry. 2020;20:1-23.

15-Griffin SC, Blakey SM, Brant TR & et al. Disentangling the longitudinal relationship between loneliness and depressive symptoms in US adults over 50. Clinical Gerontologist. 2024;47(2): 257-69.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

 CC BY-NC 4.0

16-VanderWeerd AL. Spiritual Disciplines and Mental Resiliency: The Effectiveness of Spiritual Coping Mechanisms to Decrease Anxiety and Depression Symptoms. 2024.

17-Britt KC, Boateng AC, Sebu J & et al. The association between religious beliefs and values with inflammation among Middle-age and older adults. Aging & Mental Health. 2024:1-8.

18-Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis. Multivariate behavioral research. 1991;26(3):499-510.

19-Li J, Wang Q, Zhou X. Spousal religious difference, marital satisfaction, and psychological well-being of Chinese older adults. Family Relations. 2024 Jul;73(3):2120-33.

20-Ghafurian Ghahramani S, Mahdavian A. Predicting Marital satisfaction based on Emaphy, Marital commitment and Attachment styles of married women in Tehran. Clinical Psychology and Personality. 2022;19(2):71-80.

21-DiTommaso E, Brannen C, Best LA. Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. Educational and Psychological Measurement. 2004;64(1):99-119.

22-Jowkar B. Psychometric properties of the short form of the social and emotional loneliness scale for adults (SELSA-S). International Journal of Behavioral Sciences. 2012;5(4):311-7.

23-Dehshiri GR, Najafi M, Sohrabi F & et al. Development and Validation of the Spiritual Well-being Questionnaire among University students. Journal of Psychological Studies. 2013;9(4):73-98.

24-Eslami A, Mahmoudi A, Khabiri M & et al. The role of socioeconomic conditions in the citizens'motivation for participating in public sports. 2014.

25-Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry: lippincott Williams & wilkins Philadelphia; 2000.

26-Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical psychology review. 1988;8(1):77-100.

27-Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N & et al. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. Depression and anxiety. 2005;21(4):185-92.

28-Isanazar A, Joukar F, Maroufizadeh S& et al. Prevalence of depression and associated factors among adults: the PERSIAN Guilan cohort study (PGCS). Journal of Public Health. 2024;32(7):1187-95.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

29-Hosseinzadeh-Shanjani Z, Khodayari-Zarnaq R, Khosravi MF & et al. Factors affecting major depression in Iran: a mixed-method study. Journal of Health, Population and Nutrition. 2024;43(1):73.

30-Zhang H, Zhang L, Li J & et al.The influence of Life's Essential 8 on the link between socioeconomic status and depression in adults: a mediation analysis. BMC psychiatry. 2024;24(1):296.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i4.17043]

 CC BY-NC 4.0