

The relationship between neighborhood environmental qualities and depression among adolescents and young adults residing in Yazd city

Fatemeh Dehghan

Ph.D. in Urban Design, Department of Urban and Regional Planning and Design, Faculty of Architecture and Urban Planning, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Koroush Golkar

Professor, Department of Urban and Regional Planning and Design, Faculty of Architecture and Urban Planning, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Pantea Hakimian

Assistant Professor, Department of Urban and Regional Planning and Design, Faculty of Architecture and Urban Planning, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

Abstract

Depression is the most prevalent mental disorder worldwide, including in Iran, and it poses an important issue not only as a debilitating illness but also due to its associated disease burden, pathogenicity, suicide rates, and its destructive effects on societal function and the economy. Consequently, it is particularly sensitive among vulnerable groups, including adolescents and young adults. The psychological effects of the built environment, especially in neighborhoods where individuals interact for extended periods, on depression during the sensitive periods of adolescence and youth are undeniable. Today, the failure to focus on the quality of the neighborhood environment contributes to negative sentiments, which are linked to depression in these demographic groups across urban areas. Thus, a critical problem is the insufficient attention to the direct impacts of the quality of the built environment on the depression of adolescents and young adults. This issue, exacerbated by the increasing prevalence of depression in urban settings, highlights the necessity for cooperation in urban design and the development of foundational understandings from an urban design perspective, adopting a comprehensive approach. However, few studies have investigated this issue among these populations in Asian countries, particularly in Iran. Therefore, the primary aim of this study is to assess the potential of urban design in neighborhoods to reduce depression among adolescents and young adults living in these areas. Accordingly, this article explores the effects of neighborhood environmental qualities on depression in Yazd, Iran. This research utilized a quantitative method and was conducted as a survey-type study. Data were collected from 194 individuals aged 15 to 35 residing in three neighborhoods of the city: historical, middle, and new. The qualities of the objective and perceived environment, as well as measures of depression, were assessed through the Analytical Audit Tool (for evaluating the objective environment of the neighborhoods), NEWS-Y (for measuring neighborhood environments based on residents' perceptions), and the BDI-II (for assessing residents' depression). Regression analysis and ANOVA tests were employed to analyze the relationships. The findings indicated that, except for legibility, permeability, and climatic comfort, the qualities of land use diversity, security, safety, housing quality, sociability, aesthetics, sensory richness, place attachment, and environmental cleanliness were significantly and inversely related to depression. Therefore, functional, ecological, and experiential-aesthetic qualities have a relationship with depression. Additionally, based on the results, the role of environmental quality in depression is significant due to the multitude of influencing factors involved. This relationship is stronger in the historical neighborhood, which has lower environmental quality, but its intensity decreases in the middle and new neighborhoods, which possess higher environmental quality. As a result, the prevention and treatment of depression require a comprehensive and interdisciplinary approach in which the quality of the built environment and the principles of urban design play a critical role. Therefore, improving the environmental quality of neighborhoods can serve as an effective adaptive strategy for reducing depression among adolescents and young adults, particularly in historical neighborhoods, thus yielding more stable outcomes alongside the broader benefit of reducing public depression.

Keywords: Built environment, environmental quality, depression, neighborhood, Yazd

فصلنامه علمی نامه معماری و شهرسازی، ۱۷(۴۶)، ۵۰-۷۱

DOI: 10.30480/AUP.2025.5467.2182

نوع مقاله: پژوهشی

رابطه کیفیت‌های محیطی محله با افسردگی نوجوانان و جوانان ساکن در یزد*

فاطمه دهقان

دکتری طراحی شهری، گروه برنامه‌ریزی و طراحی شهری و منطقه‌ای، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

کوروش گلکار

استاد گروه برنامه‌ریزی و طراحی شهری و منطقه‌ای، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

پانته‌آ حکیمیان

استادیار گروه برنامه‌ریزی و طراحی شهری و منطقه‌ای، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
(نویسنده مسئول مکاتبات)

E-Mail: p_hakimian@sbu.ac.ir

چکیده

اثرات روانی محیط انسان‌ساخت محله بر افسردگی در دوره حساس نوجوانی و جوانی غیرقابل انکار است چنان‌که امروزه، بی‌توجهی به کیفیت محیط محله با ایجاد احساسات منفی، منجر به تشدید افسردگی این قشر در شهرها شده است. بااین‌وجود، مطالعات اندکی پیرامون این موضوع و این قشر در کشورهای آسیایی به‌ویژه ایران انجام شده است. ازاین‌رو مقاله حاضر، با هدف بررسی رابطه کیفیت‌های محیطی محله با افسردگی نوجوانان و جوانان تدوین شده است. این پژوهش، کمی و از نوع پیمایشی است و داده‌ها از ۱۹۴ فرد ۳۵-۱۵ ساله ساکن در سه محله در بافت‌های تاریخی، میانی و جدید شهر یزد گردآوری شد. کیفیت‌های محیط عینی و ادراک شده و افسردگی به‌ترتیب از طریق ابزار ممیزی Analytic Audit Tool و پرسش‌نامه‌های BDI-II و NEWS-Y سنجش شد و برای تحلیل روابط از تحلیل رگرسیون و آزمون آنوا استفاده شد. یافته‌ها نشان می‌دهد به جز سه کیفیت خوانایی، نفوذپذیری و آسایش اقلیمی، سایر کیفیت‌های گوناگونی، امنیت، ایمنی، کیفیت مسکن، اجتماع‌پذیری، زیبایی، غنای حسی، دلبستگی به مکان و پاکیزگی ارتباط معنادار و معکوسی با افسردگی دارند و نقش آن‌ها با توجه به تعدد عوامل تأثیرگذار، قابل توجه است که در محله تاریخی (با کیفیت محیطی پایین‌تر) قوی‌تر است. درنتیجه ارتقاء کیفیت محیط محله می‌تواند راهبرد انطباقی مؤثری در کاهش افسردگی نوجوانان و جوانان خصوصاً در محلات تاریخی باشد که ضمن منفعت در کاهش افسردگی عموم، اثر پایدارتری نیز به همراه دارد.

کلیدواژه‌ها: محیط انسان‌ساخت، کیفیت محیط، افسردگی، محله، یزد

* این مقاله برگرفته از بخشی از رساله دکتری فاطمه دهقان با عنوان «نقش طراحی شهری در پیشگیری و درمان افسردگی نوجوانان و جوانان، با تأکید بر فعالیت بدنی در محلات شهر یزد» است که با راهنمایی دکتر کوروش گلکار و مشاوره دکتر پانته‌آ حکیمیان در گروه برنامه‌ریزی و طراحی شهری و منطقه‌ای، دانشکده معماری و شهرسازی دانشگاه شهید بهشتی انجام شده است.

مقدمه

افسردگی، شایع‌ترین اختلال روانی و یکی از بیماری‌های رایج در دوران معاصر است (Sheahan, 2014) که احتمال ابتلا به آن در شهرها بیش از روستاهاست (Tomita et al., 2017) زیرا رشد شهر و شهرنشینی، زندگی شهری مدرن و تغییرات وابسته به آن، زمینه‌ای از عوامل بروز این بیماری را ایجاد می‌کنند. اخیراً با همه‌گیری کووید-۱۹، ابتلا به افسردگی رشد بیشتری داشته (Killgore et al., 2020) و به دلیل داشتن عوارضی مانند ناتوانی، افت عملکردی، افزایش ریسک ابتلا به برخی بیماری‌ها، بار اقتصادی و خودکشی، موضوع قابل تأملی است (WHO, 2017; Elliot et al., 2015) که متأسفانه در برخی اقشار آسیب‌پذیر مثل نوجوانان و جوانان به دلیل شایع‌ترین دوره شروع (Marcus et al., 2012)، تحریک‌پذیری، زودرنجی (WHO, 2017) و رفتارهای تکانشی بیشتر خصوصاً خودکشی (Elliot et al., 2015)، از حساسیت بیشتری برخوردار است. برای مثال، افسردگی اولین علت بار بیماری در افراد ۲۹-۲۰ سال در سال ۲۰۱۰ و خودکشی به ترتیب، سومین و ششمین عامل مرگ‌ومیر در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال و ۱۴-۵ سال (Bursnall, 2014) می‌باشد که نیازمند مداخله زودهنگام است. این پژوهش در شهر یزد و در مقیاس محله انجام شده است. آمار افسردگی این گروه سنی در شهر یزد نیز بر این موضوع تأکید دارد. این شهر با وجود جوانی جمعیت و محلات انسان‌محور، از شیوع و روند رو به رشد افسردگی (فلاح‌زاده و ممیزی، ۱۳۹۵) و اختلالات روانی بالاتر از میانگین کشوری (دانشگاه علوم پزشکی یزد، ۱۳۹۵) برخوردار است.

عوامل متعددی بر افسردگی تأثیر می‌گذارند که محیط انسان‌ساخت (Mair et al., 2010; Sarkar, 2018) به‌ویژه در محله عامل مهمی محسوب می‌شود زیرا افراد بیش از هر محیطی تعامل طولانی‌تری با محله زندگی خود دارند (Melis et al., 2015) و برخی اقشار از جمله کودکان، نوجوانان و زنان نیز تأثیرپذیری بیشتری از محیط محله دارند (Evans et al., 2003) و نارضایتی از محله می‌تواند فشارهای زیادی بر ساکنان وارد کرده و احتمال اختلال در سلامت روانی آن‌ها را افزایش دهد (Ross & Mirowsky, 2009) و نقش مهمی در فعال شدن طرحواره‌ها و باورهای منفی فرد و متعاقباً افسردگی وی داشته باشد (Fennel, 1989). با این وجود، اغلب محیط‌های انسان‌ساخت در محلات شهری، با بی‌توجهی به کیفیت‌های محیطی و اثرات روانی آن‌ها توسعه یافته‌اند و در این راستا، خودرومحوری، استانداردگرایی، کمیت‌گرایی، ناسازگاری با اقلیم (Miles et al., ۲۰۱۱)، پراکندگی کاربری‌ها، آپارتمان‌نشینی و خانه‌های محروم از عناصر طبیعی (Tomita et al., 2017) و بی‌توجهی به کیفیت منظر از جمله عواملی هستند که با ایجاد محیط‌های فاقد کیفیت مطلوب، احتمال خطر افسردگی را افزایش داده‌اند. بدین ترتیب مسئله اصلی کم‌توجهی به ارتباط کیفیت‌های محیطی با افسردگی نوجوانان و جوانان در محلات شهری است که می‌تواند احتمال ابتلا به افسردگی را شدت بخشد.

بنابراین، با توجه به رشد فزاینده افسردگی و پیامدهای ناگوار آن علی‌رغم پیشرفت علم پزشکی، روانپزشکی و روانشناسی و راهکارهای آن‌ها برای پیشگیری و درمان، حل معضل افسردگی نیازمند همکاری حرفه‌های مختلف از جمله طراحی شهری است. از این رو، پژوهش‌ها حول این موضوع از حدود دو دهه پیش در حوزه طراحی شهری آغاز شده است (Gong et al., 2016) اما این پژوهش‌ها، اندک و پراکنده هستند، غالباً بر سلامت روان متمرکزند که با وجود ارتباط، مفهوم متفاوتی با افسردگی دارند زیرا سلامت روان، تنها به معنی نداشتن بیماری و اختلالات روانی نیست بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی، داشتن عکس‌العمل و واکنش مناسب و تاب‌آوری در برابر مشکلات، جنبه مهمی از آن محسوب می‌شود (Goldberg et al., 1997) و اختلالات روانی نیز شامل انواع گوناگونی اعم از اختلالات خلقی، اضطرابی، روان‌پریشی، شخصیتی، شناختی، زوال عقل و غیره هستند که هریک ویژگی‌های متفاوتی دارند و افسردگی شایع‌ترین آن‌ها می‌باشد. همچنین،

این پژوهش ها کمتر به گروه های آسیب پذیری همچون جوانان توجه داشته و از دیدگاه دانش طراحی شهری نگاه جامعی به کیفیت های محیطی نداشته اند. به همین جهت، هدف اصلی پژوهش، «شناخت پتانسیل ماهوی طراحی شهری در محلات در کاهش افسردگی نوجوانان و جوانان ساکن در آن است که به صورت مستقیم با آن در ارتباط باشد» و اهداف فرعی نیز عبارت اند از:

- بررسی رابطه کیفیت های محیطی (عینی و ادراک شده) محلات شهر یزد با افسردگی نوجوانان و جوانان
- مقایسه میزان رابطه کیفیت های محیط ادراک شده و افسردگی نوجوانان و جوانان ساکن در سه محله با بافت شهری متفاوت.
- بدین ترتیب، به پشتوانه مطالعات پراکنده در این زمینه، فرضیات پژوهش به شرح زیر است:
- کیفیت های عملکردی، تجربی-زیباشناختی و زیست محیطی محیط محله و افسردگی ارتباط معکوس دارند.
- کیفیت محیط محلات از نظر ساکنان (محیط ادراک شده) در سه محله با بافت متفاوت، با یکدیگر متفاوت است و در محله با کیفیت نامطلوب تر از نظر ساکنان، بین کیفیت محیط و افسردگی ارتباط بیشتری وجود دارد.

پیشینه پژوهش

ارتباط محیط و سلامت روان با یک پارادایم کلی درمورد سلامت به عنوان تعامل پیچیده عوامل جسمی، روانی، احساسی، معنوی، محیطی و اجتماعی، در اوایل قرن ۲۰م موضوعیت یافت (Williams, 1999) و برای اولین بار در دهه ۱۹۳۰م، در قالب ارتباط ویژگی های محله و بیماری های روانی در مدل استرس اجتماعی مطرح شد (Berke et al., 2007). این موضوع قریب به دو دهه است که به حوزه طراحی شهری راه یافته است (Gong et al., 2016) و طرفداران جنبش های جدید طراحی شهری مثل نوشهرگرایی، رشد هوشمند و پیاده محوری با تأکید بر برخی مزایا، توجه به این موضوع را افزایش داده (Miles et al., 2011) و سبب رشد پژوهش ها در این زمینه شده اند.

یکی از اولین پژوهش ها در مقیاس محله نشان می دهد که ارتباط معناداری بین شیوع افسردگی و زندگی در نواحی مسکونی ساخته شده پس از سال ۱۹۴۰، با بیشترین دسترسی به فضای مشاع واحدها deck access، یک فضای تفریحی مشترک، گرافیتی و وندالیسم و برخورداری کم خانه ها از فضای باز خصوصی وجود داشت (Weich et al., 2001). به طور کلی، پژوهش های پیشین غالباً به اثرات مخرب برخی عوامل محیطی بر افسردگی دست یافته اند. برای مثال، مایر و همکاران (2010)، تأثیر نسبی اختلالات کالبدی (مثل گرافیتی، زباله، ماشین رها شده، شیشه شکسته و انواع آلودگی ها) و فرسودگی کالبدی (مانند ساختمان های روبه زوال و رها شده) بر علائم افسردگی را شناسایی کردند (Mair et al., 2010) و مطالعات دیگر، ارتباط نور، حرارت، تراکم و ازدحام خانه و محله، سروصدا خصوصاً سروصدای ترافیک (Orban et al., 2016) تراکم خودرو و آلودگی صوتی (Miles et al., 2011) و نزدیکی واحدهای مسکونی به فعالیت های صنعتی با افسردگی را نشان دادند (Downey & Van Willigen, 2005). برخی پژوهش ها نیز به نقش سازنده عوامل محیطی پی برده اند که ارتباط معکوس بین افسردگی و دسترسی به فضای باز و سبز، پیاده رهواری، تنوع کاربری ها و امکانات، مشارکت اجتماعی (Miles et al., 2011) امنیت محله (Helbich et al., 2020)، زیبایی و خصوصیات بصری (Wu et al., 2017) را نشان دادند که در این میان، فضای سبز و آبی طبق مطالعه طولی، یک ترمیم کننده روحی مؤثر بر افسردگی بود (Dzhambov, 2018).

در ایران علی‌رغم سابقه حدوداً بیست ساله، پژوهش‌ها در حوزه ارتباط محیط و افسردگی بسیار کم است و اخیراً مورد توجه واقع شده است (مانند کریمی و همکاران، ۱۳۹۷؛ عباسیان و همکاران، ۱۳۹۹؛ سعیدی قهه و همکاران، ۱۴۰۲) و اکثراً در مقیاس مجتمع‌های مسکونی انجام شده که بر عواملی چون نوع مسکن، منظر شهری و مؤلفه‌های آن اعم از حضور آب، پوشش گیاهی، دید به آن، کفسازی، کیفیت رنگ و نور، تناسبات فضایی و امثال آن تمرکز دارند.

مبانی نظری

افسردگی به عنوان «یک اختلال روانی که بر فکر، احساس، رفتار و عملکرد جسمانی فرد تأثیر می‌گذارد» (باتلر و هوپ، ۱۳۸۹، ۹)، بیماری درمان‌پذیری است که در وهله اول نیامند تشخیص عوامل مؤثر است. هرچند، بسیاری از رویکردهای اولیه با نگاهی تقلیل‌گرا، محدود به شناسایی تک علت‌های بیماری‌زا و عموماً عوامل بیولوژیک بودند، رویکردهای امروزی، نگاهی چندبعدی و چندسطحی دارند (Mellor et al., 2012) و به عوامل اقتصادی، اجتماعی، محیطی، فرهنگی و تکنولوژی در کنار باورها، هیجانات، سبک زندگی و عوامل زیستی بیماری متمرکزند (Wade & Halligan, 2017) و بر تأثیر تعاملی آن‌ها ازجمله تعامل زن و محیط بر افسردگی اشاره کرده‌اند (Schnittker, 2010) و با نگاهی جامع‌تر، سعی در شناسایی عوامل مؤثر ازجمله عوامل محیطی دارند.

درواقع، افسردگی با احساس فقدان کنترل درونی و بیرونی در برابر محیط و بروز موجی از رخوت و ناامیدی، ایجاد و تشدید می‌شود (سامانی و جوکار، ۱۳۸۶) و به عبارتی، عدم موازنه و تعادل بین ادراک فرد از الزامات محیط پیرامون و ارزیابی وی از توانایی در پاسخ‌دهی به آن‌ها باعث ایجاد فشار روانی (Dannenberg et al., 2011) چون افسردگی می‌شود. در کل، محیط به دو طریق می‌تواند بر اختلالات روانی ازجمله افسردگی تأثیر بگذارد:

- افزایش محرک‌ها: محرک‌ها می‌توانند به اقدام و تفکر در ناخودآگاه انسان تأثیر بگذارند که با ناتوانی در مقابله با آن‌ها قوی‌تر می‌شوند یا با افزایش استرس، مردم را به جست‌وجوی آرامش و فضای خصوصی تشویق می‌کنند که با گذشت زمان، ممکن است به انزوای اجتماعی افراد منجر شود که با افسردگی در ارتباط است.
- کاهش عوامل حفاظتی: دسترسی کمتر افراد به عوامل محافظت‌کننده از سلامت روان، آن‌ها را در برابر اختلالات روانی مستعدتر می‌کند. برای مثال، در شهرها افراد به دلیل دسترسی کمتر به طبیعت، فرصت کمتر برای ادغام ورزش در فعالیت روزانه، اوقات فراغت کمتر به دلیل افزایش زمان کار و رفت‌وآمد به محل کار، خواب کمتر، برخورداری کمتر از پشتوانه شبکه‌های قوی اجتماعی، بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات روانی مثل افسردگی قرار دارند (McCay, 2017). لذا، چهار فرصت کلیدی مکان‌های سبز، فعال، اجتماعی و امن ارائه شده توسط مرکز طراحی شهری و سلامت روان (McCay et al., 2017) ازجمله عوامل حفاظتی هستند.

در همین راستا، بنابر یک مطالعه مروری، مهم‌ترین محرک‌های مؤثر بر افسردگی شامل تراکم (مسکونی، جمعیتی، وسیله نقلیه/مسافر)، اختلالات بصری (وندالیسم، گرافیتی، وسایل/اراضی ره‌اشده و مخروبه)، آلودگی (هوا، صوتی، زیاله)، فرسودگی کالبدی، مسکن نامناسب (فرم، قدمت، ویژگی‌های داخلی و خارجی) و اقلیم و آب‌وهوای نامساعد (حرارت، رطوبت، تغییرات اقلیمی) هستند و مهم‌ترین عوامل حفاظتی که فقدان آن‌ها تأثیر زیادی بر احتمال افزایش افسردگی دارد؛ عواملی مثل عناصر طبیعی، فضای عمومی (از نظر تأثیر بر حمایت، انسجام و تعامل اجتماعی، پیاده‌رواری، دسترسی)، ایمنی و امنیت، اختلاط کاربری خصوصاً

کاربری تفریحی و ورزشی، منظر شهری زیبا و برانگیزاننده هستند (دهقان و همکاران، ۱۴۰۱، ۲۰۲-۲۰۱). بنابراین، محیط انسان ساخت، هم منبع ابتلا و هم منبع مقابله با افسردگی است. چنان که از یک سو، یک عامل شدت دهنده در ابتلا به افسردگی و طولانی شدن روند بهبود آن است (Sarkar, 2018) و از دیگر سو، با ایجاد بستر مطلوب و تحریک ظرفیت ذاتی بدن، توانایی شفابخشی و التیام دارد (Ananth, 2008). لذا، طراحی شهری می تواند نقش مهمی در پیشگیری از بیماری های روانی، حمایت از افراد واجد این بیماری و بهبود آن داشته باشد (McCay et al., 2017).

بدین ترتیب، به پستوانه مباحث مذکور، برخی کیفیت های عمومی محیط انسان ساخت محلات با افسردگی ساکنان در ارتباط است. کیفیت محیط، ویژگی فطری و طبیعی محیط انسان ساخت نیست بلکه از برهم کنش ماهیت های محیطی و سرشت های فردی حاصل می شود (Nichol & Wong, 2009). کیفیت های محیطی عامی که در ایجاد محیط شهری مطلوب تاثیرگذارند، معمولاً توسط نظریات یا مدل هایی در طراحی شهری و شهرسازی معرفی شده اند. در این تحقیق تلاش شده است تا رابطه بین کیفیت های مهم محیطی که در مطالعات قبلی هم مورد بررسی قرار گرفته، با افسردگی بررسی شود. در یک مطالعه با جمع بندی مطالعات پراکنده، ۱۲ کیفیت محیطی مرتبط با افسردگی به شرح جدول (۱) شناسایی شد (دهقان و همکاران، ۱۴۰۱) و از آنجایی که محیط انسان ساخت به عنوان مکان ماهیتاً از نظر موقعیت جغرافیایی، حس مکان و محل با افسردگی در ارتباط است که شامل محیط طبیعی، کالبدی، ادراک و تجربه و جنبه های اجتماعی محیط می باشد (Nielsen, 2012) و این ابعاد در تناظر با وجوه محیط اعم از «اکوسیستم، کالبد، فعالیت و تصورات» و مؤلفه های سازنده کیفیت اعم از «عملکردی، تجربی-زیبایی شناختی و زیست محیطی» مدل مکان پایدار است (گلکار، ۱۳۸۰)، کیفیت ها براساس مدل مکان پایدار انتظام یافتند (جدول ۱).

جدول ۱. کیفیت ها و صفات محیطی مرتبط با افسردگی و نوع رابطه آن ها

مؤلفه	کیفیت های محیطی	صفات محیطی (معیارها)	منابع
محیطی	نفوذپذیری	قابلیت پیاده روی (پیاده روهواری) / دوچرخه سواری محیط (-)، ترافیک سواره (+)، کیفیت دسترسی به خدمات (+/-)، پیوستگی مسیر (+/-)	Motoc et al., 2023; Orban et al., 2016; Melis et al., 2015; Maire et al., 2010
	گوناگونی	اختلاط کاربری: تنوع کاربری های خدماتی و تفریحی در دسترس (+/-)	Lu et al., 2021; Tarkiainen et al., 2021; Gillespie et al., 2017; Saarloos et al., 2011
	ایمنی	ایمنی عابران پیاده و دوچرخه سوارها در برابر ترافیک و سواره (-)، ایمنی پیاده های ساکن در محله (-)	Motoc et al., 2023; Kim et al., 2023; Orban et al., 2016
	امنیت	امنیت اجتماعی در برابر جرم و جنایت (-)، امنیت در شب (-)	Mao et al., 2022; Mair et al., 2010
	اجتماع پذیری	انزو/ ازدحام (+)، همه شمولی (-)، مجهز بودن فضاهای عمومی به امکانات و تجهیزات خدماتی و تفریحی (-)	Kim et al., 2023; Francis et al., 2012; Dannenberg et al., 2011; Miles et al., 2011
	کیفیت مسکن	تراکم مسکونی (+/-)	Motoc et al., 2023; Tarkiainen et al., 2021; Ho et al., 2017; Miles et al., 2011

مؤلفه	کیفیت‌های محیطی	صفات محیطی (معیارها)	منابع
زیبایی-زیباشناسی	زیبایی و کیفیت منظر	منظر طبیعی (-)، منظر مصنوع (-)	Lu et al., 2021; Helbich et al., 2020; Sarkar, 2018; Gong et al., 2016; Miles et al., 2011; Galea et al., 2005
	غنای حسی	آرامش بخشی: فضای سبز، رنگ، رایحه و... (-)، هیجان‌انگیزی: تنوع، پیچیدگی/ رمزآمیزی (-)، استرس‌زاها: آلودگی صوتی، نوری، بویایی و بصری/ اختلالات کالبدی (+)	Shu et al., 2022; Pelgrims et al., 2021; Orban et al., 2016; Daykin et al., 2008; Jackson & Kochtitzky, 2001
	خوانایی	مکان‌های خوانا (-)، علائم/ مکان‌های راهنما (-)	Dannenberg et al., 2011
	دلبستگی به مکان	تعلق مکانی (-)، تعلق/ همبستگی عاطفی (-)	Dannenberg et al., 2011; valleea et al., 2011; Schootman et al., 2007
زیست‌محیطی	آسایش اقلیمی	نور طبیعی (+/-)، دمای بالا (+)، جهت‌گیری ساختمان و معابر، تراکم ساختمانی (+/-)، فضای سبز/آبی (-)	Sheahan, 2014; Heidari et al., 2013
	پاکیزگی محیطی	آلودگی هوا (+)، زباله‌های رها شده (+)، ابنیه مخروبه، متروکه و بلااستفاده (+)	Motoc et al., 2023; Szyzkowicz et al., 2009; Schootman et al., 2007; Yen et al., 2006

(-) بیانگر رابطه منفی، (+) بیانگر رابطه مثبت، (+/-) بیانگر احتمال وجود هردو رابطه مثبت و منفی

روش پژوهش

پژوهش حاضر، کمی و از نوع پیمایشی است. راهبرد پیمایشی با مطالعه یک نمونه از جامعه، به توصیف عددی و کمی از روندها، رویکردها و عقاید می‌رسد و پژوهشگر می‌تواند نتایج حاصل از مطالعه نمونه کوچکی از داده‌ها را به کل جامعه تعمیم دهد (Creswell, 2009). بدین ترتیب، با توجه به هدف تحلیل و بررسی رابطه کیفیت‌های محیطی با افسردگی، متغیرها تعریف و ابزارهای مناسب گردآوری داده‌ها مشخص گردید که عبارت‌اند از:

- متغیر مستقل (کیفیت محیط): هر دو جنبه عینی و ادراکی کیفیت محیط مدنظر است زیرا علاوه بر ویژگی‌های قابل مشاهده محیط، درک انسان از کیفیت محیط نیز بر افسردگی مؤثر است که به دلیل ارتباط افسردگی با عواطف، احساسات و ادراک انسان، اهمیت بیشتری دارد. سنجش محیط ادراک شده با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد NEWS-Y² (Rosenberg et al., 2009) انجام شد که یک ابزار ۶۷ سؤالی است و هدف آن سنجش ادراک مردم از ویژگی‌های طراحی محله است که برای افراد ۱۱ سال و بالاتر تهیه شده و پارامترهای گوناگونی و اختلاط کاربری، دسترسی، پیوستگی خیابان، زیرساخت‌های پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری، تراکم مسکونی، زیبایی‌شناسی، ایمنی و امنیت محله را از طریق مقیاس لیکرت چهارتایی می‌سنجد؛ لذا، کیفیت‌های گوناگونی، نفوذپذیری و سهولت حرکت پیاده، کیفیت مسکن، زیبایی، آسایش اقلیمی و پاکیزگی، ایمنی و امنیت محیط ادراک شده محله را در پژوهش ارزیابی می‌کند. لازم به ذکر است دلبستگی به مکان (تعلق مکانی) از طریق سابقه سکونت و مالکیت بررسی شد اما به دلیل تفاوت سؤالات و گزینه‌ها به صورت مجزا آزمون شد. همچنین، برای سنجش محیط عینی از بخشی از ابزار ممیزی «Analytic Audit Tool» استفاده شد که شامل محیط

حمل و نقل (ویژگی بستر پیاده و دوچرخه)، زیبایی (کیفیت و آلودگی بصری، هوا، صوتی، بویایی)، علائم (علائم هویتی، اطلاع رسانی، ترافیکی) و محیط اجتماعی (همه شمولی، کیفیت فعالیت و روابط اجتماعی) بود (Brownson et al., 2003) و از این رو، کیفیت های نفوذپذیری، غنای حسی، خوانایی، دلبستگی به مکان (تعلق عاطفی)، آسایش اقلیمی و پاکیزگی محیط عینی پژوهش را می سنجد. جهت اجتناب از طول شدن چک لیست، چند شاخص در زمینه غنای حسی، پاکیزگی و آسایش اقلیمی ادغام شد و از بخش کاربری اراضی و تسهیلات چک لیست استفاده نشد زیرا شامل پارامترهای انواع کاربری و دسترسی به امکانات بودند که در سؤالات گوناگونی و زیرساخت های پیاده روی در پرسش نامه NEWS-Y بررسی شد و ادراک ساکنان براساس پرسش نامه سنجش واقعی تری از آن ها را در اختیار قرار می دهد.

- متغیر وابسته (افسردگی): افسردگی از طریق پرسش نامه افسردگی بک - نسخه دوم (BDI-II) ارزیابی شد (آلفا ۰/۹۱) که شامل ۲۱ گروه جمله است و با سنجش علائم سه گانه احساسی، شناختی و جسمی افسردگی طی دو هفته گذشته، عدم ابتلا (۰-۱۳) و ابتلا به افسردگی اعم از خفیف (۱۴-۱۹)، متوسط (۲۰-۲۸) و شدید (۲۹-۶۳) را مشخص می کند. در این پژوهش، از نسخه فارسی پرسش نامه بک به دلیل اعتبار و پایایی در ایران و کاربرد برای جمعیت نسبتاً مشابه (Ghassemzadeh et al., 2005) استفاده شد.

- متغیر کنترل و مداخله گر: مطابق با مطالعات قبلی پارامترهایی که برای جلوگیری از تأثیر بر متغیر وابسته و مستقل نیاز است تا کنترل شوند، شامل عوامل جمعیتی، بیولوژیکی و اجتماعی اعم از سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد خانوار، وضعیت تأهل، بعد خانوار، سابقه بیماری افسردگی در فرد یا خانواده، سابقه سایر بیماری ها در فرد و تجربه حوادث خاص در سال گذشته بود که بعضاً سعی شد در انتخاب محلات و گروه های سنی مورد مطالعه کنترل شود.

از آنجاکه مقیاس این پژوهش محله بود، از هر سه نوع بافت شهری موجود در شهر یزد، یک محله براساس معیارهای (۱) ساختار سنی نسبتاً جوان، (۲) سکونت کمتر مهاجران، (۳) وضعیت اجتماعی و اقتصادی متوسط و (۴) فرم، ساختار و کیفیت های محیطی متفاوت انتخاب شد. بر این اساس، محلات آماری (قانونی) منتخب عبارت اند از:

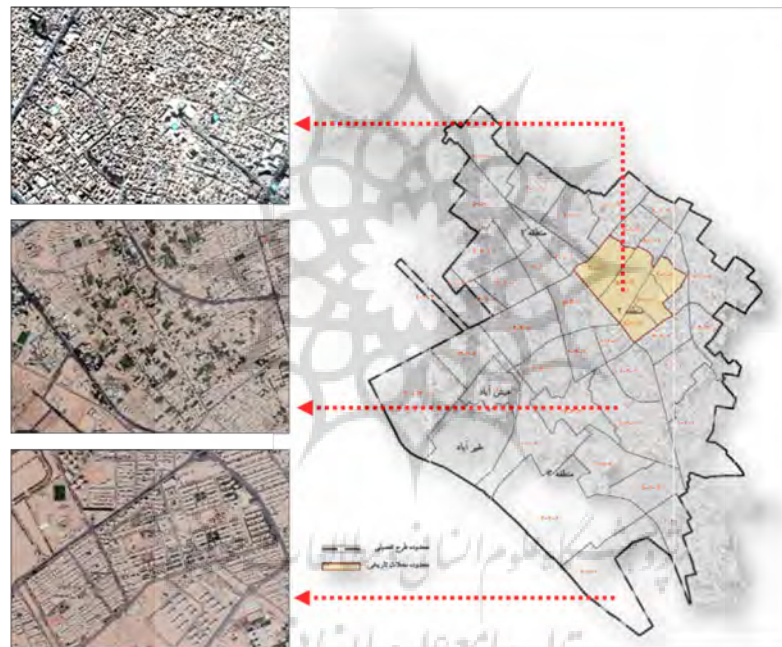
- محله ۵-۱-۲ (فهادان و محلات اطراف) در بافت تاریخی
- محله ۱-۳-۲ (نعیم آباد) در بافت میانی (با هسته روستایی)
- محله ۲-۲-۳ (جوادالائمه، مهرآوران، فراز، اندیشه و گلستان) در بافت جدید

جامعه هدف پژوهش، نوجوانان و جوانان ۱۵-۳۵ سال ساکن در محلات بودند. دلیل انتخاب این بازه سنی این است که ۱۵ سالگی، مراحل پایانی بلوغ بوده، فرد از وابستگی کودکی رها شده و به استقلال نسبی برای حضور در محیط دست یافته است و ۳۵ سالگی نیز به عنوان حد میانه سنی برای پایان دوره جوانی، با نظرات علمی در روانشناسی رشد و گسترده شدن بازه سنی جوانی در ایران (۱۸-۳۵) توسط سازمان ملی جوانان انطباق دارد. برای انتخاب شرکت کنندگان به منظور پاسخ به پرسش نامه، از نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد و برای تعیین حجم نمونه نیز از توان آزمون و جدول کوهن با فرض توان ۸۰٪ و درصد خطای نسبی ۵٪ استفاده شد (N=194).

داده های مذکور از اسفند ۱۳۹۹ تا تیر ۱۴۰۰ گردآوری شد که ابتلا به افسردگی فصلی در فصول پاییز و زمستان را نداشته باشد. داده های پرسش نامه به دلیل شرایط کرونا و لزوم کاهش ارتباطات حضوری، به صورت آنلاین

گردآوری شد که خوشبختانه با توانایی و مهارت جامعه هدف در کار با اینترنت و فضای مجازی مناسب بود و از اتلاف وقت و خطای انسانی تا حدودی جلوگیری می‌کرد. در گردآوری داده‌های چک‌لیست نیز مطابق با دستورالعمل آن، هر محله با توجه به زیرمحللات عرفی آن به ده محدوده^۴ کوچک‌تر تقسیم شد و مشاهده و برداشت داده‌ها توسط یکی از پژوهشگران انجام یافت.

سپس، با تحلیل و آزمون آماری فرضیات داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها و ممیزی، به سنجش رابطه کیفیت محیط با افسردگی پرداخته شد. بدین منظور، از مدل رگرسیون برای تحلیل روابط و آزمون رابطه کیفیت‌های محیطی با افسردگی و از تحلیل آنوا برای بررسی معنی‌دار بودن تفاوت بین محللات استفاده شد. مدل رگرسیونی در محیط نرم‌افزاری SPSS (SPSS16) انجام شد و در انجام مدل رگرسیونی، ضریب تعیین، معنی‌داری کلی مدل و معنی‌داری تک‌تک ضرایب متغیرهای مستقل (کیفیت محیط عینی و ادراک شده) با سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ بررسی شد. لازم به ذکر است که در مقایسه بین محللات، با توجه به اهمیت نظر و ارزیابی ساکنان از کیفیت محیط محله سکونت و شناخت دقیق‌تر آن‌ها، آزمون آنوا بین کیفیت‌های محیط ادراک شده و افسردگی انجام شد.



شکل ۱. محللات مورد مطالعه در پژوهش

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ۱۹۴ نفر بودند که به ترتیب ۶۵، ۶۴، ۶۵ نفر در محله تاریخی، میانی و جدید ساکن بودند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۲۶/۷۸ بود. نوجوانان در محله بافت میانی، مشارکت کمتری داشتند اما در دو محله تاریخی و جدید وضعیت نسبتاً مشابهی داشتند. طبق پرسش‌نامه بک، ۳۹٪ شرکت‌کنندگان به یکی از انواع افسردگی مبتلا بودند که افسردگی خفیف (۲۳٪) شایع‌ترین بود. درکل، افسردگی در محله تاریخی یزد شیوع بیشتری داشت و در محله میانی وضعیت مساعدتری داشت (جدول ۲).

جدول ۲. ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش (n=194)

خصوصیات جمعیت‌شناختی	کل N	محلۀ بافت تاریخی (%) N	محلۀ بافت میانی (%) N	محلۀ بافت جدید (%) N
سن				
۱۵-۱۹	۴۵	۱۷ (۲۶,۲٪)	۱۲ (۱۸,۷٪)	۱۶ (۲۴,۶٪)
۲۰-۳۵	۱۴۹	۴۸ (۷۳,۸٪)	۵۲ (۸۱,۳٪)	۴۹ (۷۵,۴٪)
جنس				
مرد	۶۵	۲۵ (۳۸,۵٪)	۳۵ (۵۴,۶٪)	۲۵ (۳۸,۵٪)
زن	۱۲۹	۴۰ (۶۱,۵٪)	۲۹ (۴۵,۴٪)	۴۰ (۶۱,۵٪)
وضعیت تأهل				
مجرد	۱۰۵	۳۴ (۵۲,۳٪)	۳۴ (۵۳,۱٪)	۳۳ (۵۰,۸٪)
متأهل	۸۵	۲۹ (۴۴,۶٪)	۳۰ (۴۶,۹٪)	۳۰ (۴۶,۱٪)
بی‌همسر	۴	۲ (۳,۱٪)	۰	۲ (۳,۱٪)
تحصیلات				
زیردیپلم	۳۲	۱۳ (۲۰,۳٪)	۶ (۹,۴٪)	۱۳ (۲۰,۳٪)
دیپلم	۵۰	۲۴ (۳۶,۹٪)	۱۹ (۲۹,۷٪)	۷ (۱۰,۷٪)
کاردانی	۲۱	۷ (۱۰,۷٪)	۱۱ (۱۷,۲٪)	۳ (۴,۶٪)
کارشناسی	۵۱	۱۶ (۲۴,۶٪)	۱۵ (۲۳,۴٪)	۲۰ (۳۰,۸٪)
کارشناسی ارشد و بالاتر	۴۰	۵ (۷,۷٪)	۱۳ (۲۰,۳٪)	۲۲ (۳۳,۹٪)
وضعیت اشتغال				
شاغل	۱۱۸	۳۸ (۵۸,۵٪)	۴۴ (۶۸,۷٪)	۳۶ (۵۵,۴٪)
بیکار	۱۱	۵ (۷,۷٪)	۱ (۱,۶٪)	۵ (۷,۷٪)
خانه‌دار	۲۱	۹ (۱۳,۸٪)	۶ (۹,۴٪)	۶ (۹,۴٪)
محصل	۴۴	۱۳ (۲۰,۳٪)	۱۳ (۲۰,۳٪)	۱۸ (۲۷,۷٪)
درآمد خانوار				
کمتر از ۳ م	۲۰	۹ (۱۳,۸٪)	۶ (۹,۴٪)	۵ (۷,۷٪)
۳-۴,۵ م	۳۶	۱۴ (۲۱,۵٪)	۱۲ (۱۸,۷٪)	۱۰ (۱۵,۴٪)
۴,۵-۷,۵ م	۴۶	۱۳ (۲۰,۳٪)	۱۶ (۲۵,۴٪)	۱۷ (۲۶,۱٪)
۷,۵-۱۲ م	۲۸	۷ (۱۰,۸٪)	۹ (۱۴,۱٪)	۱۲ (۱۸,۵٪)
بیش از ۱۲ م	۲۱	۲ (۳,۱٪)	۶ (۹,۴٪)	۱۳ (۲۰,۳٪)
عدم پاسخگویی	۴۳	۲۰ (۳۰,۸٪)	۱۵ (۲۳,۴٪)	۸ (۱۲,۳٪)

خصوصیات جمعیت شناختی	کل N	محلۀ بافت تاریخی (%) N	محلۀ بافت میانی (%) N	محلۀ بافت جدید (%) N
تجربه حوادث خاص در سال گذشته				
بله	۶۴	۱۸ (۲۷٫۷٪)	۲۷ (۴۲٫۲٪)	۱۹ (۲۹٫۲٪)
خیر	۱۳۰	۴۷ (۷۲٫۳٪)	۳۷ (۵۷٫۸٪)	۴۶ (۷۰٫۸٪)
سابقه افسردگی در خانواده				
بله	۴۷	۹ (۱۳٫۸٪)	۱۴ (۲۱٫۹٪)	۲۴ (۳۷٪)
خیر	۱۴۷	۵۶ (۸۶٫۲٪)	۵۰ (۷۸٫۱٪)	۴۱ (۶۳٪)
سابقه بیماری جسمی، روانی فرد				
بله	۲۸	۱۰ (۱۵٫۴٪)	۶ (۹٫۴٪)	۱۲ (۱۸٫۵٪)
خیر	۱۶۶	۵۵ (۸۴٫۶٪)	۵۸ (۹۰٫۶٪)	۵۳ (۸۱٫۵٪)
افسردگی	۱۹۴	۲۹	۲۱	۲۶
خفیف		۱۸	۱۱	۱۶
متوسط		۷	۵	۷
شدید		۴	۵	۳

- رابطه کیفیت‌های محیط (عینی و ادراک شده) با افسردگی

نتایج تحلیل آزمون رگرسیون نشان می‌دهد که ۲۷٫۹٪ از تغییرات متغیر وابسته افسردگی توسط کیفیت‌های محیط ادراک شده تبیین می‌شود که با توجه به آنالیز واریانس و سطح معنی‌داری محاسبه شده، فرض معنی‌داری مدل رگرسیونی تأیید می‌شود. با توجه به جدول ضرایب (جدول ۳)، پنج کیفیت با سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰٫۰۵، تأثیر معنی‌دار و معکوس بر افسردگی دارند که به ترتیب بیشترین تأثیر عبارت‌اند از: «پاکیزگی (۰٫۲۰۰)، دلبستگی به مکان (سابقه سکونت)، زیبایی، گوناگونی و ایمنی (۰٫۱۴۶)». همچنین، از آنجایی‌که طبق مشاهدات، محلات در برخی کیفیت‌ها تفاوت زیادی داشتند، این آزمون به تفکیک محلات نیز انجام شد و مشخص شد که برخی کیفیت‌ها مثل زیبایی در بافت تاریخی یا گوناگونی در بافت جدید تأثیر قوی‌تری (۰٫۴۷۵- -۰٫۴۳۰) از تأثیر کلی (۰٫۱۵۵- -۰٫۱۶۰) آن داشتند و برخی کیفیت‌ها از جمله «امنیت و کیفیت مسکن» صرفاً در محلۀ بافت میانی با افسردگی رابطه معنی‌داری داشتند (جدول ۳).

از طرف دیگر، بررسی حاصل از مشاهدات و چک‌لیست گردآوری شده در زیرمحلات و تحلیل آماری آن نشان می‌دهد که ۸۹٫۷٪ از تغییرات افسردگی توسط کیفیت محیط عینی تبیین می‌شود که درصد قابل توجهی است و در این میان، به ترتیب، «اجتماع‌پذیری، غنای حسی، پاکیزگی و دلبستگی به مکان (تعلق عاطفی)» بیشترین تأثیر معکوس را بر افسردگی دارند (جدول ۴).

بنابراین، طبق یافته‌ها، کیفیت‌های «گوناگونی، ایمنی، اجتماع‌پذیری، زیبایی، غنای حسی، دلبستگی به مکان، پاکیزگی و همچنین، امنیت و کیفیت مسکن در یکی از محلات» با افسردگی ارتباط معنی‌دار و معکوس دارند.

جدول ۳. ضرایب تأثیر کیفیت‌های محیط ادراک شده بر افسردگی (معنی‌داری متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته)

سطح معنی‌داری	T	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		مدل	
		Beta	خطای استاندارد	B		
۰۰۰	۸.۵۱۸		۴.۸۶۶	۴۱.۴۴۴	(ضریب ثابت)	در سه محله
۰.۳۹۷	-۰.۸۵۰	-۰.۰۶۳	۰.۰۶۶	-۰.۹۹۱	نفوذپذیری	
۰.۰۳۱	-۲.۱۷۲	-۰.۱۵۵	۰.۰۵۴	-۱.۸۵۵	گوناگونی	
۰.۰۴۵	-۲.۰۱۴	-۰.۱۴۶	۰.۸۴۴	-۱.۷۰۰	ایمنی	
۰.۲۷۲	۱.۱۰۲	۰.۰۸۶	۰.۰۷۸	۱.۵۱۸	امنیت	
۰.۸۲۷	-۰.۲۱۹	-۰.۰۱۵	۰.۹۳۲	-۰.۲۰۴	کیفیت مسکن	
۰.۰۳۶	-۲.۱۰۹	-۰.۱۶۰	۰.۱۰۰	-۲.۳۲۰	زیبایی	
۰.۰۰۴	-۲.۹۲۲	-۰.۱۹۹	۰.۵۰۳	-۱.۴۶۹	دلبستگی به مکان (سابقه سکونت)	
۰.۹۶۲	-۰.۰۴۸	-۰.۰۰۳	۰.۰۱۳	-۰.۰۶۳	دلبستگی به مکان (مالکیت)	
۰.۰۸۳	-۱.۷۴۳	-۰.۱۱۵	۰.۶۹۶	-۱.۲۱۳	آسایش اقلیمی	
۰.۰۰۶	-۲.۷۵۴	-۰.۲۰۰	۰.۷۸۳	-۲.۱۵۵	پاکیزگی	
۰.۰۰۰	-۳.۸۵۲	-۰.۴۷۵	۰.۶۵۸	-۶.۳۸۶	بافت تاریخی	به تنگنای محلات
۰.۰۰۳	-۳.۱۴۳	-۰.۳۷۹	۰.۸۹۱	-۲.۸۰۲	زیبایی	
					دلبستگی به مکان (سابقه سکونت)	
۰.۰۰۱	-۳.۴۳۷	-۰.۳۸۶	۰.۴۸۲	-۵.۰۹۳	بافت میانی	
۰.۰۰۳	-۳.۱۶۲	-۰.۳۸۶	۰.۸۳۸	-۵.۸۱۱	امنیت	
۰.۰۳۷	-۲.۱۳۹	-۰.۲۴۵	۰.۲۶۳	-۲.۷۰۲	کیفیت مسکن	
۰.۰۰۴	-۲.۹۷۷	-۰.۴۳۰	۰.۳۷۳	-۴.۰۸۷	پاکیزگی	
					بافت جدید	
					گوناگونی	

جدول ۴. ضرایب تأثیر کیفیت محیط عینی بر افسردگی در محلات (معنی‌داری متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته)

سطح معنی‌داری	T	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		مدل
		Beta	خطای استاندارد	B	
۰.۰۲۱	۲.۶۱۱		۳۴.۷۵۲	۹۰.۷۵۳	(ضریب ثابت)
۰.۷۱۴	۰.۴۲۲	۰.۲۱۰	۰.۷۵۹	۳.۶۹۶	نفوذپذیری
۰.۰۰۸	۱.۲۸۴	-۰.۷۶۹	۱.۸۰۹	۲۵.۴۴۰	اجتماع‌پذیری
۰.۰۱۷	-۰.۰۰۴	-۰.۴۵۲	۲.۹۳۷	-۰.۰۸۶	غنای حسی
۰.۹۷۵	۰.۰۳۵	۰.۰۴۱	۱.۳۸۰	۰.۵۰۲	خوانایی
۰.۰۱۵	-۱.۷۹۰	-۰.۱۲۷	۰.۸۱۰	-۲۶.۵۰۳	دلبستگی به مکان (تعلق عاطفی)
۰.۷۰۵	-۰.۴۳۷	-۰.۱۸۷	۱.۴۴۲	-۵.۰۰۲	آسایش اقلیمی
۰.۰۲۹	-۱.۴۷۲	-۰.۳۴۸	۰.۸۸۷	-۱۳.۰۸۰	پاکیزگی

- مقایسه رابطه کیفیت محیط با افسردگی در محلات منتخب

مقایسه رابطه مذکور نشان می‌دهد که کیفیت محیط با افسردگی در هر سه محله تاریخی، میانی و جدید شهر یزد رابطه معنی‌داری دارد اما شدت اثر آن‌ها متفاوت است (جدول ۵). از طرفی، مقایسه کیفیت‌های محیط ادراک‌شده بر مبنای تحلیل آنوا نیز نشان می‌دهد که کیفیت کلی محیط ادراک‌شده از نظر ساکنان و کیفیت‌های نفوذپذیری، ایمنی، امنیت، کیفیت مسکن، دلبستگی به مکان و پاکیزگی در سه محله تفاوت معنی‌داری با هم دارند (جدول ۶) به طوری‌که محله تاریخی، از پایین‌ترین کیفیت ($\text{mean}=2.450$) و محله جدید از بالاترین کیفیت ($\text{mean}=2.646$) برخوردار است و محله میانی ($\text{mean}=2.599$) جایگاه میانه دارد. همچنین، مقایسه ضرایب رگرسیونی در تأثیر مستقیم کیفیت محیط بر افسردگی نشان می‌دهد که بیشترین تأثیر مربوط به محله تاریخی است و محله میانی و جدید در جایگاه دوم و سوم قرار دارند (جدول ۵) که با توجه به پایین‌تر بودن کیفیت محله تاریخی نسبت به دو محله دیگر، می‌توان گفت در محلات با کیفیت پایین‌تر، کیفیت محیط بر افسردگی، اثر شدیدتر و قوی‌تری دارد و با توجه به تأثیر معکوس کیفیت بر افسردگی، کیفیت پایین یک عامل شدت‌دهنده به افسردگی تلقی می‌شود که با افزایش مطلوبیت کیفیت محیط در محلات میانی و جدید، هرچند از شدت اثر آن کاسته می‌شود اما همچنان رابطه معنی‌دار و معکوس (کاهنده) با افسردگی دارد.

جدول ۵. مقایسه رابطه کیفیت محیط ادراک‌شده و افسردگی در سه محله تاریخی، میانی و جدید (براساس آزمون آنوا)

محله	مسیر	ضریب مسیر	سطح معنی‌داری	آماره t
بافت تاریخی	اثر مستقیم: کیفیت --- < افسردگی	-.۶۵۵	.۰۰۰	-۶,۸۸۱
بافت میانی	اثر مستقیم: کیفیت --- < افسردگی	-.۵۴۸	.۰۰۰	-۵,۱۶۹
بافت جدید	اثر مستقیم: کیفیت --- < افسردگی	-.۳۰۶	.۰۱۳	-۲,۵۴۸

جدول ۶. تفاوت کیفیت‌های محیط ادراک‌شده سه محله منتخب (کیفیت‌های دارای تفاوت معنی‌دار) بر مبنای تحلیل آنوا

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	.Sig.
کیفیت کلی	Between Groups	۲	.۶۸۰	۵,۴۰۶	.۰۴۹
	Within Groups	۱۹۱	.۱۲۶		
	Total	۱۹۳			
نفوذپذیری	Between Groups	۲	۱,۷۲۴	۴,۷۱۲	.۰۱۰
	Within Groups	۱۹۱	.۳۶۶		
	Total	۱۹۳			
ایمنی	Between Groups	۲	۵,۳۹۴	۲۱,۹۸۷	.۰۰۰
	Within Groups	۱۹۱	.۲۴۵		
	Total	۱۹۳			

.Sig	F	Mean Square	df	Sum of Squares	
.۰۰۰	۱۴,۰۴۹	۸,۴۹۳	۲	۱۶,۹۸۷	Between Groups
		.۶۰۵	۱۹۱	۱۱۵,۴۷۱	Within Groups
			۱۹۳	۱۳۲,۴۵۷	Total
.۰۰۰	۱۲,۷۱۷	۵,۸۸۴	۲	۱۱,۷۶۷	Between Groups
		.۴۶۳	۱۹۱	۸۸,۳۶۵	Within Groups
			۱۹۳	۱۰۰,۱۳۳	Total
.۰۰۰	۱۴,۱۹۹	۲۱,۲۵۶	۲	۴۲,۵۱۱	Between Groups
		۱,۴۹۷	۱۹۱	۲۸۵,۹۲۷	Within Groups
			۱۹۳	۳۲۸,۴۳۸	Total
.۰۰۱	۷,۵۴۷	۵,۶۶۲	۲	۱۱,۳۲۵	Between Groups
		.۷۵۰	۱۹۱	۱۴۳,۲۹۹	Within Groups
			۱۹۳	۱۵۴,۶۲۴	Total

لازم به ذکر است که از بین متغیرهای مداخله‌گر پژوهش، تنها درآمد خانوار (۰/۲۱-)، سابقه افسردگی در خانواده (۰/۱۸۸+) و تجربه حوادث ناگهانی در سال گذشته (۰/۲۰۹+) با افسردگی ارتباط معنی‌داری داشتند که بنا به دلیل عدم مشارکت کامل در پاسخ به سؤال درآمد و شرایط ویژه زمان پژوهش اعم از وجود بیماری کرونا و حوادث ناگهانی ناشی از آن‌ها، مستقیماً مورد اشاره قرار نگرفت و در بحث مورد توجه قرار گرفت.

بحث

یافته اصلی پژوهش مبنی بر رابطه مستقیم و معکوس (کاهش) کیفیت محیط با افسردگی همسو با یافته‌های پیشین (ex. Mairet al., 2010; Miles et al., 2011) می‌باشد؛ چراکه کیفیت محیط محله احتمالاً به نوعی معرف کیفیت زندگی فرد است که مطلوبیت یا عدم مطلوبیت آن می‌تواند بر نوع نگاه آن‌ها نسبت به خود، محیط و آینده تأثیر بگذارد. لذا، عدم مطلوبیت که نتیجه پاسخگویی نامناسب محیط به انتظارات و نیازها و عدم تعادل بین وضع موجود محیط و وضع موردانتظار است، باعث تشدید هیجانات و افکار منفی مانند احساس کمبود و نادیده‌انگاری و بروز و تداوم واکنش‌هایی مثل احساس بی‌ارزشی، شکست، سرزنش، بدبینی و غیره در این قشر تحریک‌پذیر می‌شود که از علائم افسردگی به‌شمار می‌روند. براساس این پژوهش، حدود ۲۸٪ تغییرات در افسردگی به کیفیت محیط ادراک شده محله از نظر ساکنان وابسته است که پژوهش‌های دیگر، تأثیر ۲۰٪ کیفیت محیط بر افزایش احتمال ابتلا به افسردگی (Wu et al., 2017) و تأثیر کیفیت محیط بر افزایش ۵۸-۲۹٪ افسردگی شش‌ماهه (دوره‌ای) و ۶۴-۳۶٪ افسردگی مادام‌العمر (Galea et al., 2005) را نشان داده‌اند. البته در این پژوهش، تأثیر کیفیت محیط عینی بر افسردگی بیشتر بود که تفاوت‌های مذکور با پژوهش‌های پیشین می‌تواند به قشر (سن) جامعه هدف، عدم تمایز بین انواع افسردگی و شرایط زمانی خاص پژوهش؛ یعنی شیوع کرونا و محدودیت‌های آن و حضور و تأثیرپذیری بیشتر از محیط محله مرتبط باشد. همچنین در این پژوهش با اتخاذ رویکردی جامع‌تر مشخص شد که علاوه بر رابطه کیفیت کلی محیط، کیفیت‌های محیطی در هر سه مؤلفه عملکردی، تجربی-زیباشناختی و زیست‌محیطی به‌طور مستقیم با

افسردگی مرتبط اند. پژوهش‌های پیشین اغلب به بررسی تعدادی از کیفیت‌ها عمدتاً از نوع عملکردی (مثل نفوذپذیری، گوناگونی، امنیت، ایمنی و کیفیت مسکن) پرداخته‌اند و به جز دو کیفیت زیبایی و پاکیزگی، به ندرت، کیفیت‌های تجربی-زیباشناختی و زیست‌محیطی را بررسی کرده‌اند که این پژوهش نشان داد این کیفیت‌ها حتی تأثیر بیشتری نسبت به کیفیت عملکردی بر افسردگی داشته‌اند (جدول ۳).

درکل، از ۱۲ کیفیت مورد بررسی (جدول ۱)، سه کیفیت «خوانایی، نفوذپذیری و آسایش اقلیمی با افسردگی رابطه نداشتند». درخصوص نبود رابطه معنی‌دار بین خوانایی و افسردگی برخلاف برخی پژوهش‌ها (Dannenberg et al., 2011) به نظر می‌رسد علت احتمالی می‌تواند به مقیاس فضایی مطالعه مرتبط باشد زیرا عموماً محله و محیط آن از خوانایی لازم برای ساکنان برخوردار است لذا کیفیت واکنش‌برانگیزی نیست اما ممکن است در دیگر مقیاس‌ها از جمله شهر و فضای شهری بر افسردگی مؤثر باشد. نبود ارتباط بین نفوذپذیری و افسردگی نیز احتمالاً به سن و عدم محدودیت فیزیکی جامعه هدف پژوهش (افراد ۳۵-۱۵ سال) در استفاده از عرصه‌های مختلف محله مرتبط است که باعث می‌شود مستقیماً کیفیت واکنش‌برانگیزی نباشد درحالی‌که پژوهش‌های پیشین با جامعه هدف متفاوت این رابطه را تأیید نموده‌اند (Berke et al., 2007). همچنین، نبود ارتباط بین آسایش اقلیمی و افسردگی با وجود اقلیم آزاردهنده یزد در اکثر فصول سال و بر خلاف یافته‌های پژوهش‌های قبلی (Heidari et al., 2013) مبنی بر تأثیر اقلیم و آب‌وهوا از نظر دما، نور خورشید و غیره به دلیل تأثیر بر سیستم عصبی و سازوکار شیمیایی مغز و ادراک بر افسردگی جالب توجه بود که به نظر می‌رسد انطباق‌پذیری مردم با شرایط اقلیمی و استفاده کمتر از فضاهای باز و استفاده بیشتر از مراکز سرپوشیده از جمله دلایل احتمالی آن باشد. به علاوه، استنباط می‌شود نفوذپذیری و آسایش اقلیمی از جمله کیفیت‌هایی هستند که برای افرادی که تمایل به انجام فعالیت بدنی و حضور طولانی مدت در فضای باز محله دارند، اهمیت دارند، لذا، این کیفیت‌ها احتمالاً به صورت غیرمستقیم از طریق یک عامل میانجی مثل فعالیت بدنی یا تعاملات اجتماعی با افسردگی مرتبط‌اند چنان‌که برخی مطالعات قبلی (Melis et al., 2019; Dzhambov, 2018) این موضوع را نشان داده‌اند.

بدین ترتیب، با بررسی هر دو کیفیت‌های عینی و ادراک‌شده جهت شناسایی کیفیت‌های محیطی مرتبط با افسردگی مشخص شد که سایر کیفیت‌ها یعنی نُه کیفیت گوناگونی، امنیت، ایمنی، کیفیت مسکن، اجتماع‌پذیری، زیبایی، غنای حسی، دلبستگی به مکان و پاکیزگی با افسردگی ارتباط معنی‌دار داشتند که تشابه و تفاوت‌هایی با پژوهش‌های پیشین دارند:

- **گوناگونی:** این کیفیت با افسردگی رابطه معکوس داشته که همسو با اکثر مطالعات (Gillespie et al., 2017) و مغایر با برخی مطالعات مبنی بر با رابطه مثبت با افزایش افسردگی (Saarloos et al., 2011; Tarkiainen et al., 2021) یا فقدان ارتباط معنی‌دار است (Miles et al., 2011) که به احتمال زیاد به شاخص‌های سنجش اختلاط کاربری و سن جامعه هدف مرتبط است. برای مثال، در مطالعه‌ای گوناگونی و اختلاط کاربری بر مبنای کاربری‌های موجود در فواصل قابل پیاده‌روی از خانه سنجش شد و برای سالمندان، عامل جذب غریبه و افزایش ناامنی، استرس و افسردگی تلقی می‌شد (Saarloos et al., 2011) اما در این پژوهش بر مبنای زمان دسترسی به کاربری‌ها سنجش شد که فرصتی برای تحرک و افزایش تعاملات نوجوانان و جوانان در محله می‌باشد.
- **امنیت:** کیفیتی با رابطه معکوس بر افسردگی است که تنها در محله بافت میانی معنی‌دار بوده که همسو با یافته‌های مطالعات قبلی (Mair et al., 2010) نیز می‌باشد چراکه احساس ناامنی، با احساس ترس از جرم و بزه، باعث افزایش استرس مزمن و احساسات منفی در فرد می‌شود (Mccay, 2019).

2017) که بر افسردگی مؤثر است. اما، عدم ارتباط آن‌ها در دو محله تاریخی و جدید، احتمالاً به تعریف محدوده محله مربوط باشد زیرا تنها محله میانی بود که مرز محله آماری (قانونی) و ادراکی منطبق بود اما در دو محله تاریخی و جدید زیرمحللات، محله ادراکی را تشکیل می‌دادند که مرز متفاوتی با محله آماری (قانونی) دارند.

- **ایمنی:** در این پژوهش ایمنی رابطه معنی‌دار معکوس با افسردگی دارد که همسو با پژوهش‌های قبلی (Orban et al., 2016) است چراکه ترافیک سواره و استرس‌های ناشی از آن باعث تجربه نوعی ترس و اضطراب می‌شود که در نهایت موجب کاهش سطح سلامت روان و افزایش خطر افسردگی می‌شود (Orban et al., 2016; Mccay, 2016) و به‌علاوه، عدم ایمنی می‌تواند بیانگر عدم رسیدگی و توجه به محله باشد که با واکنش منفی و برخی علائم افسردگی همراه است.

- **کیفیت مسکن:** این کیفیت (با معیار تراکم مسکونی) همسو با برخی پژوهش‌های قبلی (Miles et al., 2011) و مغایر با برخی دیگر (Ho et al., 2017) رابطه معکوسی با افسردگی داشته که احتمالاً این تناقضات به سن جامعه مورد مطالعه مربوط است؛ زیرا این کیفیت برای افراد با آستانه تحمل پایین‌تر مثل سالمندان به مثابه یک منبع آلودگی صوتی و استرس با افزایش احتمال افسردگی همراه بوده است (Ho et al., 2017; Tarkiainen et al., 2021).

- **اجتماع‌پذیری:** این کیفیت با افسردگی رابطه‌ای معکوس داشت. این یافته در موافقت با اکثر یافته‌های پیشین (Miles et al., 2011; Francis et al., 2012) بیانگر این امر است که فقدان شبکه‌های اجتماعی و خلوت و تنهایی بیش‌ازحد می‌تواند یک عامل خطر برای افسردگی باشد و تعامل اجتماعی با ایجاد اعتماد به نفس، عزت نفس و همدلی و افزایش احساس حمایت ممکن است موجب کاهش احساس تنهایی، انزوا و افسردگی شود.

- **زیبایی:** زیبایی و کیفیت منظر با افسردگی ارتباط معنی‌دار معکوس داشت و احتمالاً به این دلیل است که تجربه زیبایی و انبساط خاطر و لذت حاصل از آن با تحریک احساسات و عواطف ارتباط تنگاتنگی دارد که همسو با مطالعات قبلی (Galea et al., 2005; Miles et al., 2011; Sarkar, 2018; Helbich et al., 2020) است.

- **غناي حسی:** غناي حسی مستقیماً با افسردگی رابطه‌ای معکوس داشت که مشابه با یافته‌های پیشین (Orban et al., 2016; Mccay, 2016) بود که طبق شواهد (Jackson & Kochtitzky, 2001) به‌دلیل تأثیر بر سیستم عصبی، سازوکارهای شیمیایی مغز، ظرفیت روانی و وضعیت روحی و خلقی است که بر افسردگی اثر می‌گذارد.

- **دلبستگی به مکان:** این کیفیت برخلاف برخی مطالعات (Schoutman et al., 2007) دارای ارتباط معنی‌دار معکوسی با افسردگی است. زیرا طبق شواهد (Dannenberg et al., 2011)، دلبستگی به مکان، روابط اجتماعی، حضور و مشارکت در فعالیت‌های محلی و بیرون از خانه را تسهیل می‌کند که رضایت از محله، عاطفه مثبت و سازگاری افراد را افزایش و رفتار منفی را کاهش می‌دهد. لازم به ذکر است که فقدان ارتباط معنی‌دار این کیفیت با افسردگی در برخی مطالعات (Schoutman et al., 2007) می‌تواند به تمرکز آن‌ها بر جمعیت غیربومی مرتبط باشد.

- **پاکیزگی:** رابطه این کیفیت با افسردگی معکوس بود که هم‌راستا با یافته‌های پیشین (Yen et al., 2009; Szyszkowicz et al., 2006) است زیرا پاکیزگی مستقیماً به تفسیر ذهنی و احساس رضایت ساکنان از محله شکل می‌دهد که می‌تواند القاکننده حس توجه به محله و ساکنان یا حس تبعیض و طردشدگی و بی‌ارزشی باشد که از علائم افسردگی محسوب می‌شوند.

همچنین، مقایسه رابطه کیفیت محیط ادراک شده محله با افسردگی در سه محله با بافت و کیفیت‌های محیطی متفاوت نتایج ارزشمندی به همراه داشت: نخست، اثرگذاری ضعیف‌تر کیفیت محیطی بر افسردگی در محله واجد کیفیت از نظر ساکنان (محله جدید) و حتی شدت اثر نسبتاً کم (ضریب بتا) برخی کیفیت‌ها نشان داد که افسردگی یک اختلال روانی تک‌عاملی نیست، بلکه چندعاملی و پیچیده است که کیفیت محیطی یکی از آن‌هاست. دوم، قوی‌تر بودن شدت اثر کیفیت محیطی بر افسردگی در محله تاریخی با کیفیت پایین‌تر از نظر ساکنان نشان داد که احتمالاً شرایط نامساعد دیگری در محله اعم از شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی نیز نقش داشته‌اند که باعث شده این عوامل بر افسردگی اثر هم‌افزا داشته باشند. از این رو، کیفیت محیط، یک عامل شدت‌دهنده به افسردگی است که با یافته یک مطالعه مبنی بر اینکه محیط شاید علت اصلی افسردگی نبوده اما یک عامل شدت‌دهنده در ابتلا به افسردگی و طولانی‌شدن روند بهبود آن است (Sarkar, 2018) شباهت دارد، چون قدمت زیاد و تخریبی بودن حدود ۱۲٪ ساختمان‌های محله تاریخی (آرمانشهر، ۱۳۹۶، ج سوم) بیانگر فرسودگی کالبدی بوده و پایین بودن نسبی میزان درآمد یا تحصیلات (جدول ۱) نیز بیانگر وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین‌تر این محله نسبت به دو محله دیگر است که به نظر می‌رسد نوجوانان و جوانان با قرارگیری در معرض کیفیت‌های محیطی نامطلوب و محرک، نسبت به این عوامل حساس‌تر شده و واکنش‌ها و احساسات منفی بیشتری مثل نارضایتی، بارزشی، بدبینی و...-ازجمله علائم افسردگی- را بروز می‌دهند. سوم، کاهش شدت تأثیر کیفیت محیطی بر افسردگی با بهبود کیفیت محیط در محلات میانی و جدید در مقایسه با محله تاریخی با کیفیت پایین‌تر نشان داد که اثر شدت‌دهندگی کیفیت نامطلوب محیط، قوی‌تر از اثر بازدارندگی کیفیت مطلوب محیط بر افسردگی است و شدت اثر کمتر به معنی عدم تأثیر کیفیت محیطی بر افسردگی نیست، بلکه بدین معنی است که محیط و کیفیت محیط محله، تنها یکی از عوامل تأثیرگذار بر افسردگی است که هرچند برای کاهش افسردگی لازم هست و نقش مهمی دارد، اما کافی نیست.

نتیجه‌گیری

این مطالعه پیمایشی به صورت مقطعی به بررسی تأثیر مستقیم مجموعه‌ای نسبتاً جامع از کیفیت‌های محیطی حاصل از مروری بر ادبیات بر افسردگی پرداخت و نشان داد که کیفیت محیط محله اعم از کیفیت‌های عملکردی (گوناگونی، امنیت، ایمنی، کیفیت مسکن، اجتماع‌پذیری)، تجربی-زیباشناختی (زیبایی، غنای حسی، دلبستگی به مکان) و زیست‌محیطی (پاکیزگی) به صورت مستقیم با افسردگی ساکنان نوجوان و جوان ۱۵-۳۵ سال رابطه دارند؛ لذا، کیفیت محیط محله می‌تواند یکی از عوامل محرک در افزایش افسردگی باشد که در تعامل با سایر عوامل، از اثر هم‌افزا و معکوس برخوردار است. بنابراین، طراحی شهری با ارتقاء کیفیت عمومی محیط خصوصاً کیفیت‌های مرتبط با افسردگی، راهبرد مؤثری محسوب می‌شود که می‌تواند نقش مهمی در کاهش افسردگی خصوصاً پیشگیری و بهبود روند درمان داشته باشد و در محلات تاریخی با کیفیت پایین‌تر نقش هم‌افزایانه و مؤثرتری ایفا نماید.

دستاوردهای این پژوهش می‌تواند در تدوین چک‌لیست برای پایش و ارزیابی اثرات افسردگی محیط در محلات، تهیه اسناد موضوع محور مانند راهنمای طراحی محله سلامت محور و تهیه اسناد مکان محور مثل ساماندهی، بازآفرینی یا آماده‌سازی محلات استفاده شود. لازم به ذکر است که این مطالعه صرفاً رابطه مستقیم کیفیت‌ها با افسردگی را بررسی کرده است و به فرایند علی تأثیر محیط و تغییرات آن‌ها در طی زمان نپرداخته است. لذا، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی به مکانیزم تأثیر کیفیت محیط بر افسردگی و عوامل

میانجی و انجام مطالعات طولی برای کشف روابط علت و معلولی و نقش درمانی کیفیت محیط بر افسردگی پرداخته شود.

به طور کلی، این پژوهش تأکید دارد که پیشگیری و بهبود افسردگی به مثابه یکی از چالش‌های سلامت روان مستلزم اتخاذ رویکرد جامع و میان‌رشته‌ای و همکاری بین‌بخشی و تعامل تخصص‌های غیرمحیطی و محیطی است که طراحی شهری یکی از آن‌ها است و در این راستا، سرمایه‌گذاری در ارتقا کیفیت‌های محیطی کاملاً منطقی است، زیرا ضریب تأثیر آن با وجود تعدد عوامل تأثیرگذار، قابل قبول است و همچنین، این اقدامات نه تنها برای افراد مبتلا بلکه برای همه ساکنان خصوصاً افراد گریزان از مراجعه و درمان که آمار قابل توجهی هم دارند، مناسب است. اما دستیابی به این مهم، حمایت صریح در قوانین و اولویت‌بخشی به موضوع سلامت روان در طرح‌ها و برنامه‌ها و نظام برنامه‌ریزی شهری و همچنین نظام سلامت کشور را می‌طلبد.

پی‌نوشت‌ها

۱. در یک بلوک آپارتمانی، یک بالکن داخلی پیوسته در هر طبقه که درب ورودی هر آپارتمان در آن باز می‌شود. Neighborhood Environment Walkability Scale Youth- NEWS-Y
۲. در روند پیدایش و توسعه شهر یزد تاکنون، سه نوع بافت شهری اعم از تاریخی (تا قبل از سال ۱۳۳۰ ه.ش)، میانی (مربوط به دهه‌های ۳۰ و ۴۰ ه.ش) و جدید (از سال ۱۳۵۰ ه.ش تاکنون) شکل گرفته است (آرمانشهر، ۱۳۹۶، ج اول).
3. Segment

منابع

- باتلر، گیلیان و هوپ، تونی (۱۳۸۹). درمان افسردگی (سرماخوردگی روانی) (مترجم: کوشیار کریمی طاری). تهران: نسل نو اندیش.
- دانشگاه علوم پزشکی استان یزد (۱۳۹۵). سند راهبردی توسعه سلامت در استان یزد. یزد: دانشگاه علوم پزشکی استان یزد.
- دهقان، فاطمه، گلکار، کورش و حکیمیان، پانته‌آ (۱۴۰۱). نقش طراحی شهری بر سلامت روان: تبیین چارچوب مفهومی رابطه کیفیت‌های محیط شهری و سلامت روان ساکنان شهر با تأکید بر افسردگی. معماری و شهرسازی آرمان شهر، ۱۵(۳۸)، ۱۹۹-۲۱۵.
- سامانی، سیامک و جوکار، بهرام (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۶(۳)، ۶۵-۷۷.
- سعیدی قهه، عاطفه، شاهدی، بهرام، خیرآبادی، غلامرضا و طراحی محمدجواد (۱۴۰۲). مقایسه نمره افسردگی در انواع مختلف مسکن و طبقات مسکونی در ساکنین شهر اصفهان. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۳، ۱۲۲-۱۳۰.
- عباسیان، الناز، فیضی، محسن و محمد مرادی، اصغر (۱۳۹۹). مؤلفه‌های معماری تأثیرگذار منظرشهری بر کاهش افسردگی بانوان از منظر متخصصین. باغ نظر، ۱۷(۸۹)، ۷۱-۸۶.
- فلاح‌زاده، حسین و ممیزی، مهدیه (۱۳۹۵). بررسی شیوع افسردگی، استرس و اضطراب در جمعیت شهر یزد در سال ۱۳۹۲. طلوع بهداشت، ۱۵(۳)، ۱۵۵-۱۶۴.
- کریمی، فاطمه، حیدری، علی اکبر و بلاغی، رسول (۱۳۹۷). تأثیر فضای محیطی منظر در مجتمع‌های مسکونی بر افسردگی زنان (مطالعه موردی: مجتمع مسکونی خاتون و چوگان شیراز). مطالعه محیطی هفت حصار، ۷(۲۵)، ۸۱-۹۲.
- گلکار، کورش (۱۳۸۰). مؤلفه‌های سازنده کیفیت طراحی شهری. صفه، ۱۱(۳۲)، ۳۸-۶۵.
- مهندسین مشاور معماری و شهرسازی آرمانشهر (۱۳۹۶). گزارشات پیشنهادی طرح تفصیلی شهر یزد (جلدهای اول و سوم). یزد: اداره کل راه و شهرسازی استان یزد.

- Ananth, S. (2008). Healing Environments: The Next Natural Step. *Explore*, 4(4), 273-274.
- Berke, E. M., Gottlieb, L. M., Moudon, A. V., & Larson, E. B. (2007). Protective association

- between neighborhood walkability and depression in older men. *Journal of the American geriatrics society*, 55(4), 526-533.
- Brownson, R., Brennan Ramirez, L.K., Hoehner, Christine M., & Cook, R.A. (2003). *Analytic Audit Tool and Checklist Audit Tool*. Accessed at 28-10-2024, https://activelivingresearch.org/sites/activelivingresearch.org/files/audit_tool_analytic.pdf.
 - Bursnall, P. (2014). The Relationship Between Physical Activity and Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(6), 376-382.
 - Creswell, J.W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3rd Ed). United States of America: SAGE.
 - Dannenberg, H., Frumkin, R., & Jackson, L. (2011). *Making Healthy Places: Designing and Building for Health, Well-Being and Sustainability*. Washington, DC: Island Press.
 - Daykin, N., Byrne, E., O'connor, S. & Soteriou, T. (2008). The Impact of Art, Design and Environment in Mental Healthcare: A Systematic Review of the Literature. *the Royal Society for the Promotion of Health*, 128(2), 85-94.
 - Downey, L., & Van Willigen, M. (2005). Environmental Stressors: The Mental Health Impacts of Living Near Industrial Activity. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 289-305.
 - Dzhambov, A.M. (2018). Residential Green & Blue Space Associated with Better Mental Health: A Pilot Follow-Up Study in University Students. *Arh Hig Rada Toksikol*, 69(4), 340-349.
 - Elliot, I., Breedvelt, J., Chakkalackal, L., Purcell, M., Graham, C. & Chandra, A. (2015). *Fundamental Facts About Mental Health*. London: Mental Health Foundation.
 - Evans, G., Wells, N., & Moch, A. (2003). Housing & Mental Health: A Review of the Evidence and A Methodological and Conceptual Critique. *Social Issues*, (59)3, 475-500.
 - Fennel, M.J. (1989). Depression. In: Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M, (Eds). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems*. Chapter 6(169-234). Oxford, UK: Oxford University Press.
 - Francis, J., Wood, L.J., Knuiman, M., & Giles-Corti, B. (2012). Quality or Quantity? Exploring the Relationship Between Public Open Space Attributes and Mental Health in Perth, Western Australia. *Social Science & Medicine*, 74(10), 1570-1577.
 - Galea, S., Ahern, J., Rudenstine, S., Wallace, Z., & Vlahov, D. (2005). Urban Built Environment and Depression: A Multilevel Analysis. *Epidemiol Community Health*, 59(10), 822-827.
 - Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric Properties of a Persian-Language Version of the Beck Depression Inventory--Second Edition: BDI-II-Persian. *Depression and Anxiety*, 21(4), 185-192.
 - Gillespie, S.H., Levasseu, M., & Michael, Y. (2017). Neighborhood Amenities and Depressive Symptoms in Urban-Dwelling Older Adults, *Journal of Urban Design and Mental Health*, 2(4). available at <http://www.urbandesignmentalhealth.com/journal2-olderadults.html>.
 - Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*, 27(1), 191-197.
 - Gong, Y., Palmer, S., Gallacher, J., Marsden, T., & Fone, D. (2016). A systematic review of the relationship between objective measurements of the urban environment and psychological distress. *Environment international*, 96, 48-57.
 - Heidari, A.A., Tavakol, H., & Behdadfar, N. (2013). Effect of Lighting and Space on Depression and Stress Appearing in Residential Places. *Novel Applied Sciences*, 2(12), 733-741.
 - Helbich, M., Hagenauer, J., & Roberts, H. (2020). Relative Importance of Perceived Physical and Social Neighborhood Characteristics for Depression: A Machine Learning Approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(5), 599-610.

- Ho, H.C., Lau, K.K-L., Yu, R., Wang, D., Woo, J., Kwok, T.C.Y., & Ng, E. (2017). Spatial Variability of Geriatric Depression Risk in A High-Density City: A Data-Driven Socio-Environmental Vulnerability Mapping Approach. *Environmental Research and Public Health*, 14(9), 994.
- Jackson, R., & Kochtitzky, C. (2001). *Creating A Healthy Environment: The Impact of the Built Environment on Public Health*. Washington. Dc: Sprawl Watch Clearinghouse.
- Killgore, W.D., Cloonen, S.A., Taylor, E.C., & Dailey, N.S. (2020). Loneliness: A Signature Mental Health Concern in the Era Of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, 113117.
- Kim, S., Cho, S., & Morgan, M.R. (2023). Neighborhood and Depressive Symptoms in Older Adults Living in Rural and Urban Regions in South Korea. *Healthcare*, 11(4), 476-487.
- Koohsari, M.J., McCormack, G.R., Nakaya, T., Shibata, A., Ishii, K., Yasunaga, A., Hanibuchi, T., & Oka, K. (2019). Urban Design and Japanese Older Adults' Depressive Symptoms. *Cities*, 87, 166-173.
- Lu, S., Liu, Y., Guo, Y., Ho, H.C., Song, Y., Cheng, W., Chui, C., Chan, O.F., Webster, C., Chiu, R.L.H., & Lum, T.Y. (2021). Neighborhood Built Environment and Late-Life Depression: A Multilevel Path Analysis in A Chinese Society. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(10), 2143-2154.
- Mao, S., Lu, N., & Xiao, C. (2022). Perceived Neighborhood Environment and Depressive Symptoms Among Older Adults Living in Urban China: The Mediator Role of Social Capital. *Health & Social Care in The Community*, 30(5), e1977-e1990.
- Marcus, M., Yasamy, M.T., Ommeren, M.V., Chisholm, D., Saxena, S., Yasamy, M.T., M, V.O., Ommeren, M.V., & Chisholm, D. (2012). *Depression: A Global Public Health Concern*. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse.
- McCay, L., Bremer, L., Endale, T., Jannati, M., & Yi, J. (2017). Urban Design and Mental Health. In Okkels, N., Kristiansen, C., & Munk-Jorgensen, P. (Eds). *Mental Health and Illness in The City* (421-444). Singapore: Springer.
- Mccay, L. (2017, September4). Sanity And Urbanity. Centre For Urban Design and Mental Health. Retrieved: <http://www.urbandesignmentalhealth.com/Blog/The-Links-Between-Colourarchitecture-And-Mental-Health>.
- Mccay, L. (2016). How Urban Design Can Impact Mental Health. Urban Design and Mental Health. Retrieved: <https://www.urbandesignmentalhealth.com/how-urban-design-can-impact-mental-health.html>.
- Mair, C., Diez Roux, A.V., & Morenoff, J.D. (2010). Neighborhood Stressors and Social Support as Predictors of Depressive Symptoms in the Chicago Community Adult Health Study. *Health Place*, 16(5), 811-819.
- Melis, G., Gelormino, E., Marra, G., Ferracin, E., & Costa, G. (2015). The Effects of the Urban Built Environment on Mental Health: A Cohort Study in a Large Northern Italian City. *Environmental Research and Public Health*. 12(11), 14898-14915.
- Mellor, N., Karanika-Murray, M., & Waite, K. (2012). Taking a Multifaceted, Multi-Level, and Integrated Perspective for Addressing Psychosocial Issues at the Workplace. In Biron, C., Karanika-Murray, M., & Cooper, C. (Eds.). *Improving Organizational Interventions for Stress and Well-Being: Addressing Process and Context* (39-58). London: Routledge.
- Miles, R., Coutts, C., & Mohamadi, A. (2011). Neighborhood Urban Form, Social Environment, and Depression. *Urban Health*, (89)1, 1-18.
- Motoc, I., Hoogendijk, E.O., Timmermans, E.J., Deeg, D., Penninx, B. W.J.H., & Huisman, M. (2023). Social and Physical Neighbourhood Characteristics and 10-Year Incidence of Depression and Anxiety in Older Adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Social Science & Medicine*, 327, 115963.

- Nichol, J., & Wong, M.S. (2009). Modeling Urban Environmental Quality in A Tropical City. *Landscape and Urban Planning*, 73(1), 49-58.
- Nielsen, A.F. (2012). *Assessment of Environmental and Behavioural Factors Associated with Depression*. Master Thesis. Geography, Trondheim.
- Orban, E., McDonald, K., Sutcliffe, R., & Moebus, S. (2016). Residential Road Traffic Noise and High Depressive Symptoms after Five Years of Follow-up: Results from The Heinz Nixdorf Recall Study. *Environmental Health Perspectives*, 124(5), 578-585.
- Pelgrims, I., Devleeschauwer, B., Guyot, M., Keune, H., Nawrot, T.S., Remmen, R., Saenen, N.D., Trabelsi, S., Thomas, I., Aerts, R., & De Clercq, E.M. (2021). Association Between Urban Environment and Mental Health in Brussels, Belgium. *BMC Public Health*, 21(1), 1-18.
- Rosenberg, D., Ding, D., Sallis, J.F., Kerr, J., Norman, G.J., Durant, N., Harris, S.K., & Saelens, B.E. (2009). Neighborhood Environment Walkability Scale for Youth (NEWS-Y): Reliability and Relationship with Physical Activity. *Preventive Medicine*, 49(2-3), 213–218.
- Ross, C.E & Mirowsky, J. (2009). Neighborhood Disorder, Subjective Alienation, and Distress. *Health and Social Behavior*, 50(1), 49-64.
- Saarloos, D., Alfonso, H., Giles-Corti, B., Middleton, N., & Almeida, O.P. (2011). The Built Environment and Depression in Later Life: The Health in Men Study. *Geriatr Psychiatry*, 19(5), 461–470.
- Sarkar, C. (2018). Towards Quantifying the Role of Urban Place Factors in The Production and Sociospatial Distribution of Mental Health in City Dwellers. *Urban Design and Mental Health*, 4, 2. available at <https://www.urbandesignmentalhealth.com/journal-4---quantifying-place-factors-in-mental-health.html>.
- Schnittker, J. (2010). Gene–Environment Correlations in the Stress–Depression Relationship. *health and social behavior*, 51(3), 229-243.
- Schootman, M., Andresen, E. M., Wolinsky, F. D., Malmstrom, T. K., Miller, J. P., & Miller, D. K. (2007). Neighbourhood environment and the incidence of depressive symptoms among middle-aged African Americans. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(6), 527-532.
- Sheahan, M. (2014). *Future Directions in Design for Mental Health Facilities*. Melbourne: Australia. Hassell.
- Shu, Y., Wu, C., & Zhai, Y. (2022). Impacts of Landscape Type, Viewing Distance, and Permeability on Anxiety, Depression, and Stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9867.
- Szyszkowicz, M., Rowe, B. & Colman, I., (2009). Air Pollution and Daily Emergency Department Visits for Depression. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(4), 355-362.
- Tarkiainen, L., Moustgaard, H., Korhonen, K., Noordzij, J.M., Beenackers, M.A., Van Lenthe, F.J., Burstrom, B., & Martikainen, P. (2021). Association between Neighbourhood Characteristics and Antidepressant Use at Older Ages: A Register-Based Study of Urban Areas in Three European Countries, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 75(5), 426–432.
- Tomita, A., Vandormael, A.M., Cuadros, D., Minin, E., Heikinheimo, V., Tanser, F., Slotow, R., & Burns, J. (2017). Green Environment and Incident Depression in South Africa: A Geospatial Analysis and Mental Health Implications in A Resource-Limited Setting. *The Lancet Planet Health*, 1(4), 152-162.
- Valléea, J., Cadot, E., Roustit, C., Parizot, I., & Chauvin, P. (2011). The Role of Daily Mobility in Mental Health Inequalities: The Interactive Influence of Activity Space and Neighbourhood of Residence on Depression. *Social Science & Medicine*, 73(8), 1133-1144.

- Wade, D.T., & Halligan, P.W. (2017). The Biopsychosocial Model of Illness: A Model Whose Time Has Come. *Clinical rehabilitation*, 31(8), 995–1004.
- Weich, S., Burton, E., Blanchard, M., Prince, M., Sproston, K., & Erens, B. (2001). Measuring the Built Environment: Validity of A Site Survey Instrument for Use in Urban Settings. *Health & Place*, 7(4), 283–292.
- WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization.
- Williams, A. (1999). Introduction. In Williams, A. (Eds). *Therapeutic Landscapes: The Dynamic Between Place and Wellness* (1-11). New York: University Press of America.
- Wu, Y.T., Prina, A.M., Jones, A., Barnes, L.E., Matthews, F.E., Brayne, C., & MRC CFAS (2017). Micro-Scale Environment and Mental Health in Later Life: Results from The Cognitive Function and Ageing Study II (CFAS II). *Journal of affective disorders*, 218, 359–364.
- Yen, I.H., Yelin, E.H., Katz, P., Eisner, M.D., & Blanc, P.D. (2006). Perceived Neighborhood Problems and Quality of Life, Physical Functioning, and Depressive Symptoms Among Adults with Asthma. *Public Health*, 96(5), 873-879.

COPYRIGHTS

Copyright for this article is retained by the author(s), with publication rights granted to Journal of Architecture and Urban Planning. This is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



نحوه ارجاع به این مقاله

دهقان، فاطمه؛ گلکار، کورش و حکیمیان، پانته‌آ (۱۴۰۴). رابطه کیفیت‌های محیطی محله با افسردگی نوجوانان و جوانان ساکن در بیزد. *فصلنامه علمی نامه معماری و شهرسازی*. ۷۱-۵۰، (۴۶)۱۷.

DOI: 10.30480/AUP.2025.5467.2182

URL: https://aup.journal.art.ac.ir/article_1391.html

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی