

رابطه پای‌بندی به سبک‌زندگی اسلامی با افسردگی و اضطراب

محمد‌رضا احمدی^۱، مهدی حسینی مطلق^۲، عباسعلی هراتیان^۳

چکیده

افسردگی و اضطراب، از جمله شایع‌ترین اختلالات روانی است که نظر بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است. روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است که با هدف شناسایی و پیش‌بینی رابطه پای‌بندی به سبک‌زندگی اسلامی با میزان افسردگی و اضطراب از میان دانشجویان دانشگاه دولتی تفرش با حجم گروه نمونه ۳۵۰ نفر انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات عبارت است از پرسش‌نامه‌های سبک‌زندگی اسلامی و اضطراب و افسردگی. داده‌ها با استفاده از روش‌های توصیفی و آزمون‌های همبستگی پیرسون و تی مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحقیق، حکایت از آن دارد که سبک‌زندگی اسلامی با دو متغیر افسردگی و اضطراب، رابطه معنادار و معکوس دارد. بر اساس یافته‌های این تحقیق، افرادی که از سبک‌زندگی اسلامی برخوردارند، کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند. **کلیدواژه‌ها:** سبک‌زندگی اسلامی، افسردگی، اضطراب.

۱. استادیار گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ع)

۲. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ع)، دانشجوی دکتری شیعه‌شناسی دانشگاه ادیان و مذاهب قم.

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی مؤسسه امام خمینی (ع).

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۵/۴

مقدمه

صد و اندی سال است که از کاربرد واژه «سبک‌زندگی»^۱ در روان‌شناسی می‌گذرد. آدلر^۲ و پیروانش محدوده سبک‌زندگی را مشخص و تعریف کرده‌اند. آن‌ها بر این باورند که سبک‌زندگی؛ شیوه نسبتاً ثابتی است که فرد، اهداف خود را از آن طریق دنبال می‌کند. به عبارت دیگر سبک‌زندگی، بعد عینی و کمیت‌پذیر شخصیت افراد است (کاویانی، ۱۳۹۰).

تعریف آدلر از سبک‌زندگی بر هسته مرکزی شخصیت، استوار است. این سبک، شامل الگویی از باورهای هشیارانه فرد در تعامل با دیگران، انتخاب پوشاک، انتخاب همسر، انتخاب دوست و شریک، موفقیت‌ها، ناکامی‌ها و موقعیت‌های اجتنابی است. به خاطر انسجام ماهیت‌شناختی سبک‌زندگی، آگاهی از الگوی منحصر به فرد آن برای هر فرد در مواجهه با مشکلات، بسیار مفید است. در حقیقت، جایگاه سبک‌زندگی، وقتی آشکارتر خواهد شد که فرد، یک موقعیت استرس‌زا را تجربه می‌کند (همان).

رویگرد آدلر به روان‌شناسی با آنچه ما آن را «رویگرد اسلامی»^۳ می‌نامیم، چند مشابهت دارد. بعضی از مشابهت‌ها عبارت است از: ۱. توجه به ارزش‌ها؛ ۲. کل‌نگری؛ ۳. غایت‌گرایی؛ ۴. جهت‌یابی فردی؛ ۵. خوداخلاقی؛ ۶. جبرگرایی ملایم؛ ۷. نظریه میدان اجتماعی؛ ۸. تلاش برای برتری؛ ۹. اولویت‌دادن به هشیاری؛ ۱۰. معیارهای آسیب‌شناسی و درمان؛ ۱۱. تأکید بر پیشگیری؛ ۱۲. کارکردهای سبک‌زندگی (کاویانی، ۱۳۹۰: ص ۶۲). سبک‌زندگی چه با نگاه دینی و چه با نگاه روان‌شناختی، با همه ابعاد زندگی انسان ارتباط دارد و منشأ اثر است (کاویانی، ۱۳۸۸: ص ۲۶). در سبک‌زندگی اسلامی، اگر چه عمق اعتقادات، نگرش‌ها و عواطف، سنجیده نمی‌شود و رفتارهای فرد مورد سنجش قرار می‌گیرد؛ اما هر رفتاری که بخواهد مبنای اسلامی داشته باشد، باید حداقل‌هایی از شناخت دینی را پشتوانه خود قرار دهد. برخلاف دیدگاه‌های غربی به سبک‌زندگی، سبک‌زندگی اسلامی نمی‌تواند به نیت فرد، توجهی نداشته باشد (کاویانی، ۱۳۸۸).

در پژوهش‌هایی، ارتباط میان متغیرهای سبک‌زندگی مذهبی و سلامت روانی، مطالعه شده است. در این پژوهش‌ها بیشتر به مقایسه پیروان ادیان مختلف، مانند کاتولیک‌ها در برابر پروتستان‌ها و یا یهودیان پرداخته شده است. محققان در این مطالعات، تلاش کرده‌اند تا نوعی ریخت‌شناسی فرقه‌های مذهبی را انجام دهند (جان‌بزرگی، ۱۳۸۸: به نقل از کلی، ۴، ۱۹۷۲ و

۱. life style.

۲. Adler, A.

۳. Islamic Approach.

۴. Kelley, D.M.

این‌کون^۱، ۱۹۸۸). مطالعات نشان دادند که بین مراقبت مذهبی یا میزان توجه مذهبی و حالت‌های سلامت، همخوانی وجود دارد (جان‌بزرگی، ۱۳۸۸: به نقل از لوین^۲ و واندرپول^۳). اضطراب، یک اختلال شایع روانی است. مطالعات در این باره نشان می‌دهند که شرکت در مراسم مذهبی، اضطراب را کاهش می‌دهد (الیسون^۴، بردمن^۵، ویلیامز^۶ و جکسون^۷، ۲۰۰۱). همچنین مطالعات بیانگر تأثیر مذهب در کاهش افسردگی^۸ است و بین گرایش به مذهب و افسردگی، رابطه معکوس مشاهده شده است (ولف^۹، ۱۹۹۷). مطالعه مؤلفه‌های ایجادکننده افسردگی مانند «حرمت خود» نیز بیانگر تأثیر مثبت مذهب بر آن است (بهرامی، ۱۳۸۱).

فروید^{۱۰} (۱۹۲۶ به نقل از ریگون^{۱۱}، ۲۰۰۱) «اضطراب»^{۱۲} را برای ترکیبی از برانگیختگی فیزیولوژیکی و عاطفه منفی به کار برد. او اضطراب نوروتیک را تظاهری از تعارضات ناخودآگاه تلقی می‌کرد. بعدها نظریه پردازان یادگیری اظهار کردند که اضطراب، یک صفت یا خصوصیت شخصیت نیست؛ بلکه از طریق یادگیری کلاسیک^{۱۳}، عامل^{۱۴} یا جانشینی^{۱۵} کسب می‌شود و می‌تواند به علت خطر محیطی واقعی یا خطری خیالی پدید آید. همچنین حالات اضطراب به‌ویژه آن وقایعی که تهدیدآور تعبیر می‌شوند با رویدادهای خارجی استرس‌زا ملازمند.

متغیر دیگری که پژوهش‌ها، ارتباط آن با سبک زندگی را تأیید کرده‌اند، افسردگی است. افسردگی در معنای محدود پزشکی به منزله یک بیماری خلق و خو یا اختلال کنش خلق و خو، تلقی می‌شود که تحت تأثیر خلق افسرده است و برخی از علائم آن عبارتند از: غمگینی و تشویش زیاد، احساس بی‌ارزشی و گناه، از دست دادن اشتها و میل جنسی، بی‌خوابی، از دست

۱. Innaccone, L.R.

۲. Levin, J.S.

۳. Vanderpool, H.Y.

۴. Ellison, C.G.

۵. Boardman, J.D.

۶. Williams, D.R.

۷. Jackson, J.S.

۸. depression.

۹. Wulff, D.M.

۱۰. Freud.

۱۱. Rigon, G.

۱۲. Anxiety.

۱۳. Classical Learning.

۱۴. Operant.

۱۵. Vicarious.

دادن علاقه و کسب لذت از فعالیت‌های عادی روزمره و... (کرینگ^۱، جانسون^۲، دیویسون^۳ و نیل^۴، ۲۰۰۹). انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۵ (۲۰۱۳) افسردگی را یکی از اختلالات روانی می‌داند که اگر ماهیت مرضی و آسیب‌شناختی نسبتاً پایدار به خود بگیرد، مهم و جدی است و دلایل متعدد زیستی، روانی و اجتماعی دارد. در سبب‌شناسی افسردگی، دیدگاه‌های مختلفی مطرح شده است. افراد افسرده به این دلیل افسرده‌اند که نسبت به خود، جهان و آینده، نظر بدبینانه‌ای دارند (فولکمن^۶، ۲۰۱۳).

فقیهی و مطهری طشی (۱۳۸۳) علل افسردگی با رویکرد اسلامی را وابستگی، دوری از معنویت، منفی‌نگری، ضعف انگیزه و نادیده گرفتن شخصیت و رفتار افراد برمی‌شمارند. صالحی خواه (۱۳۷۴) نیز معتقد است از مجموعه آیات و روایات استفاده می‌شود که رغبت در دنیا و محبت به آن، روی گردانی از یاد خدا، طمع، شرک، شهوترانی، کوتاهی و قصور در عمل و انجام وظیفه، نداشتن ایمان و یکتاپرستی، جزع و فزع، شک و خشم و به طور کلی گناه و نافرمانی خداوند متعال در ایجاد حزن، اندوه و افسردگی مؤثر است.

پژوهش‌های مختلفی به رابطه سبک زندگی و اضطراب یا افسردگی پرداخته‌اند. برخی مطالعات بیانگر تأثیر بهبود شیوه تغذیه، خواب و استراحت در کاهش اضطراب، استرس و افسردگی هستند (کانلین^۷، چاو^۸، میلر^۹، اسوتکی^{۱۰}، لین^{۱۱}، هارشا^{۱۲}، موری^{۱۳}، ساکس^{۱۴} و اپل^{۱۵}، ۲۰۰۰).

۱. Kring, A.
۲. Johnson, S.
۳. Davison, G.C.
۴. Neale, J.M.
۵. American Psychiatric association.
۶. Folkman.
۷. Conlin, P.R.
۸. Chow, D.
۹. Miller, E.R.
۱۰. Svetkey, L.P.
۱۱. Lin, P.H.
۱۲. Harsha, D.W.
۱۳. Moore, T.J.
۱۴. Sacks, F.M.
۱۵. Appel, L.J.

و مارکس^۱، ویزبرگ^۲، ادلن^۳ و کلر^۴، (۲۰۱۰). نتایج مطالعه هنجاری^۵، اولسون^۶، سرلاچیوس^۷، اریکسون^۸ و اینگار^۹ (۲۰۱۰) نشان داد که رفتارهای مبتنی بر سبک زندگی سالم به ویژه فعالیت بدنی، نقش تعیین کننده‌ای در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا دارد. بالبی و همکارانش اعتقاد دارند که بهبود مؤلفه‌های سبک زندگی، می‌تواند به افراد کمک کند که سالم بمانند و با استرس‌های روزمره کنار بیایند و سبک زندگی صحیح، می‌تواند در شادمانی فرد و پیشگیری از استرس و افسردگی، نقش مؤثر داشته باشد (جعفری، ۱۳۸۸). عطایی مغاللو (۱۳۹۴) تاثیر مداخله در کاهش افسردگی را مورد تأیید قرار داد. مطالعات نشان دادند که سبک زندگی در افزایش شادمانی (ویلیامز^{۱۰}، لانگ^{۱۱}، گاینور^{۱۲} و آگیسیلاس^{۱۳}، ۱۹۸۷) و موفقیت تحصیلی (هولمز^{۱۴}، ۱۹۹۱)، کاهش استرس (استفی^{۱۵}، جونز^{۱۶} و نویی^{۱۷}، ۱۹۹۰)، افسردگی (مورتون^{۱۸} و ویلر^{۱۹}، ۱۹۹۷) و احتمال سوء مصرف مواد و سیگار (پدرسون^{۲۰} و استاوراکی^{۲۱}، ۱۹۸۷ و زیمرمن^{۲۲} و مورتون^{۲۳}، ۱۹۹۲) نقش دارد. در پژوهش بهدانی، سرگلزایی و قربانی (۱۳۷۹) نیز بین سبک زندگی و سلامتی با افسردگی و اضطراب، رابطه معکوس به دست آمد.

اعتقاد بر این است که ۷۰ درصد بیماری‌ها، به گونه‌ای با سبک زندگی فرد در ارتباط است. اهمیت سبک زندگی در ایجاد و سیر بیماری‌ها، باعث شده، شاخه جدیدی در پزشکی به نام «پزشکی

۱. Marcks, B.A.

۲. Weisberg, R.B.

۳. Edelen, M.O.

۴. Keller, M.B.

۵. Henje, B.E.

۶. Olsson, E.M.

۷. Serlachius, E.

۸. Ericson, M.

۹. Ingvar, M.

۱۰. Williams, R.L.

۱۱. Long, J.D.

۱۲. Gaynor, P.

۱۳. Agesilas, E.

۱۴. Holmes, R.

۱۵. Steffy, B.D.

۱۶. Jones, J.W.

۱۷. Noe, A.W.

۱۸. Morton, P.D.

۱۹. wheeler, M.S.

۲۰. Pederson, L.L.

۲۱. Stavrakys, K.M.

۲۲. Zimmerman, M.A.

۲۳. Morton, K.

رفتاری» ایجاد شود. این شاخه بر تغییر در سبک زندگی برای پیشگیری و درمان بیماری‌ها تأکید می‌کند (دیویسون^۱ و نیل^۲، ۱۹۹۴). توجه به اهمیت سبک‌زندگی اسلامی و آثار آن بر حیات فردی و رابطه‌اش با اضطراب و افسردگی (که دو اختلال شایع روانی محسوب می‌شوند) از نکاتی است که کمتر به آن‌ها توجه شده است. پژوهشگر قصد دارد رابطه میان سبک‌زندگی اسلامی و اضطراب و افسردگی را بررسی کند و این فرضیه را بیازماید که پای‌بندی به سبک‌زندگی اسلامی، رابطه‌ای معکوس با افسردگی و اضطراب دارد و بخش معناداری از واریانس آن‌ها را پیش‌بینی می‌کند.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی به شیوه همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را ۳۰۰۰ دانشجوی دانشگاه دولتی شهرستان تفرش از توابع استان مرکزی در سال تحصیلی ۱۳۹۰ - ۱۳۸۹ تشکیل می‌دهند. با مراجعه به جدول کرجسی - مورگان^۳ حجم نمونه برای جامعه مورد اشاره ۳۵۰ نفر در نظر گرفته شد. در این پژوهش از نمونه‌برداری تصادفی طبقه‌ای استفاده شده است. بر این اساس با مراجعه به هر یک از دانشکده‌های دانشگاه مذکور، پرسش‌نامه‌ها به صورت تصادفی در کلاس‌ها توزیع شد. افراد انتخابی با رعایت اصول علمی در اجرای آزمون‌ها، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. اطلاعات آماری این پژوهش پس از استخراج داده‌های خام آزمون‌های اجرا شده به کمک نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

ابزار پژوهش

الف) پرسش‌نامه سبک‌زندگی اسلامی (ILST-۷۵): این پرسش‌نامه را که کاویانی (۱۳۸۸) ساخته و روایی تأیید کرده است، ۷۵ گویه دارد که پاسخگویان باید با توجه به وضعیت فعلی زندگی خود، به هر کدام در یک طیف ۴ درجه‌ای پاسخ دهند. هر آیتم با توجه به اهمیتش، ضریبی بین ۱ تا ۴ می‌گیرد. نمره کل آزمودنی، حداقل ۱۴۱ و حداکثر ۵۷۰ خواهد بود. ۱۰ شاخص، زیرمقیاس‌های این آزمون را تشکیل می‌دهند. ضریب پایایی کل این آزمون ۰/۷۱ است. نتایج تحلیل عوامل نیز روایی و ساختار عاملی مناسبی را برای آن نشان داده است. روایی همزمان آن با آزمون جهت‌گیری مذهبی، ۰/۶۴ به دست آمده است (کاویانی، ۱۳۸۸). پایایی آزمون ۰/۷۸ و پایایی آزمون برای زیرمقیاس‌ها نیز در دامنه‌ای بین ۰/۳۰ تا ۰/۶۴ به دست آمده است.

ب) پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI): پرسش‌نامه اضطراب بک، یک پرسش‌نامه

۱. Davison, G.C.

۲. Neale, G.M.

۳. Krejcie & Morgan.

خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵، و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است (بک^۱ و همکاران، ۱۹۸۸). غرایبی (۱۳۷۲) ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی و به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش کرده است. همچنین کاویانی و موسوی (۱۳۷۸)، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و ضریب اعتبار آزمون - بازآزمون به فاصله یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را گزارش کردند. این پرسش‌نامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه نشان دهنده شدت اضطراب را انتخاب می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد که بر اساس نقاط برش، سطح‌بندی می‌شود.

ج) پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم (BD-II): این پرسش‌نامه، شکل بازنگری شده فرم اصلی پرسش‌نامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، براون^۲ و استیر^۳، ۲۰۰۰). فرم تجدیدنظرشده پرسش‌نامه افسردگی بک در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM-IV همخوان است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسش‌نامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. این پرسش‌نامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده که بدین ترتیب، نمره کل پرسش‌نامه، دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. ۲۱ ماده پرسش‌نامه افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند. مطالعات روان‌سنجی انجام‌شده بر روی ویرایش دوم این پرسش‌نامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به طور کلی این پرسش‌نامه جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌شود. بک و همکاران (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. همچنین دابسون و محمّد خانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. فرم کوتاه این پرسش‌نامه توسط دادستان و منصور (۱۳۶۸) در ایران، هنجاریابی شده است. پرسش‌نامه کوتاه افسردگی بک، به وسیله پژوهشگران مختلف از جمله نوربالا و شاددل (۱۳۷۳) استفاده شده است. رجبی و همکاران (۱۳۸۰)، ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۷، ضریب اعتبار تصنیف ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کرده‌اند.

۱. Beck, A.T.

۲. Brown, G.K.

۳. Steer, R.A.

یافته‌های پژوهش

جهت بررسی فرضیه اول پژوهش با توجه به وجود مفروضه‌ها، از روش همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول ۱ قابل ملاحظه است.

جدول ۱) همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته

متغیرها	اضطراب	افسردگی
اضطراب	۱	**۰/۵۷۴
افسردگی	**۰/۵۷۴	۱
سبک‌زندگی	**۰/۳۱۳	**۰/۳۵۵
مؤلفه اجتماعی	**۰/۲۱۱	**۰/۲۳۲
مؤلفه عبادی	**۰/۱۱۸	**۰/۱۸۵
مؤلفه باورها	**۰/۲۳۰	**۰/۲۵۲
مؤلفه اخلاق	**۰/۱۶۸	**۰/۲۳۱
مؤلفه مالی	**۰/۲۰۸	**۰/۲۴۵
مؤلفه خانواده	**۰/۲۹۰	**۰/۳۲۹
مؤلفه سلامت	**۰/۳۱۵	**۰/۳۷۰
مؤلفه تفکر و علم	**۰/۲۰۳	**۰/۲۳۱
مؤلفه امنیتی	**۰/۲۷۲	**۰/۲۰۹
مؤلفه زمان‌شناسی	**۰/۳۷۷	**۰/۳۸۲

$$* p < 0/05, ** p < 0/01$$

بر اساس داده‌های جدول فوق، نمره سبک‌زندگی اسلامی با نمره اضطراب، رابطه معکوس ($r = -0/313, p < 0/01$) دارد. همچنین نمره سبک‌زندگی اسلامی با نمره افسردگی، رابطه معکوس ($r = 0/355, p < 0/01$) دارد. مؤلفه‌های سبک‌زندگی اسلامی نیز با نمره اضطراب و افسردگی، رابطه معکوس (در دامنه $r = -0/118$ تا $r = 0/382$) دارد. در جدول‌های ۲ تا ۵ نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام به منظور پیش‌بینی اضطراب و افسردگی از روی مؤلفه‌های سبک‌زندگی اسلامی، جهت بررسی فرضیه دوم پژوهش، ارائه شده است. همان‌گونه که در جداول نیز ارائه شده است، مؤلفه‌های مذکور، توانایی پیش‌بینی اضطراب و افسردگی را دارند. نسبت‌های معنادار F بیانگر آن است که متغیرهای پیش‌بین از قدرت تبیین خوبی برخوردارند ($P < 0/01$).

جدول ۲) تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام به منظور پیش‌بینی اضطراب از روی مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی

مدل	SS	df	MS	F	P
۱	۴۱۲۵/۰۵۵	۱	۴۱۲۵/۰۵۵	۵۷/۸۰۱	۰/۰۰۰۱
باقی مانده	۲۴۸۳۵/۴۱۶	۳۴۸	۷۱/۳۶۶		
۲	۴۷۶۶/۹۱۴	۲	۲۳۸۳/۴۵۷	۳۴/۱۸۵	۰/۰۰۰۱
باقی مانده	۲۴۱۹۳/۵۰۲	۳۴۷	۶۹/۷۲۲		
۳	۵۰۵۶/۸۱۹	۳	۱۶۸۵/۶۰۶	۲۴/۳۹۹	۰/۰۰۰۱
باقی مانده	۲۳۹۰۳/۵۹۷	۳۴۶	۶۹/۰۸۶		

۱ مؤلفه زمان‌شناسی

۲ مؤلفه زمان‌شناسی + مؤلفه خانواده

۳ مؤلفه زمان‌شناسی + مؤلفه خانواده + مؤلفه امنیتی

جدول ۳) ضریب تعیین و ضرایب رگرسیون مربوط به پیش‌بینی اضطراب از روی مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی

مدل	B	β	t	P	R	R ²	تغییرات			
							F	df1	df2	P
۱ زمان‌شناسی	-۰/۷۴۷	-۰/۳۷۷	-۷/۶۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۷	۰/۱۴۲	۵۷/۸۰۱	۱	۳۴۸	۰/۰۰۰۱
۲ زمان‌شناسی	-۰/۶۱۲	-۰/۳۱۱	-۵/۷۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۶	۰/۱۶۵	۳۴/۱۸۵	۱	۳۴۷	۰/۰۰۰۱
خانواده	-۰/۱۹۵	-۰/۱۶۳	-۳/۰۳۴	۰/۰۰۳						
۳ زمان‌شناسی	-۰/۵۶۵	-۰/۲۸۷	-۵/۲۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۸	۰/۱۷۵	۲۴/۳۹۹	۱	۳۴۶	۰/۰۰۰۱
خانواده	-۰/۱۴۵	-۰/۱۲۱	-۲/۱۲۰	۰/۰۳۵						
امنیتی	-۰/۲۵۰	-۰/۱۱۵	-۲/۰۴۸	۰/۰۴۱						

جدول ۴) تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام به منظور پیش‌بینی افسردگی از روی مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی

مدل	SS	df	MS	F	P
۱	۱۸۷۹/۶۲۶	۱	۱۸۷۹/۶۲۶	۵۹/۴۴۰	۰/۰۰۰۱
باقی‌مانده	۱۱۰۰۴/۵۷۶	۳۴۸	۳۱/۶۲۲		
۲	۲۳۴۲/۳۶۰	۲	۱۱۷۱/۱۸۰	۳۸/۵۵۱	۰/۰۰۰۱
باقی‌مانده	۱۰۵۴۱/۸۴۲	۳۴۷	۳۰/۳۸۰		
۳	۲۵۱۶/۸۰۴	۳	۸۳۸/۹۳۵	۲۷/۹۹۸	۰/۰۰۰۱
باقی‌مانده	۱۰۳۶۷/۳۹۸	۳۴۶	۲۹/۹۶۴		

۱ مؤلفه زمان‌شناسی

۲ مؤلفه زمان‌شناسی + مؤلفه خانواده

۳ مؤلفه زمان‌شناسی + مؤلفه خانواده + مؤلفه سلامت

جدول ۵) ضریب تعیین و ضرایب رگرسیون مربوط به پیش‌بینی افسردگی از روی مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی

مدل	B	β	t	P	R	R ²	تغییرات				
							RSC	F	df1	df2	P
۱ زمان‌شناسی	-۰/۵۰۱	-۰/۳۸۲	-۷/۷۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۲	۰/۱۴۶	۰/۱۴۶	۵۹/۴۴۰	۱	۳۴۸	۰/۰۰۰۱
۲ زمان‌شناسی	-۰/۳۹۰	-۰/۲۹۸	-۵/۵۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۶	۰/۱۸۲	۰/۰۳۶	۳۸/۵۵۱	۱	۳۴۷	۰/۰۰۰۱
خانواده	-۰/۱۶۵	-۰/۲۰۷	-۳/۹۰۳	۰/۰۰۰۱							
۳ زمان‌شناسی	-۰/۳۰۴	-۰/۲۳۲	-۳/۸۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۲	۰/۱۹۵	۰/۰۱۴	۲۷/۹۹۸	۱	۳۴۶	۰/۰۰۰۱
خانواده	-۰/۱۲۰	-۰/۱۵۰	-۲/۵۸۸	۰/۰۱۰							
سلامت	-۰/۴۳۴	-۰/۱۵۶	-۲/۴۱۳	۰/۰۱۶							

در جداول فوق، ضریب تعیین و نسبت‌های تحلیل رگرسیون ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، مؤلفه‌های زمان‌شناسی، خانواده و امنیتی با هم توانایی تبیین ۱۷/۵ درصد و مؤلفه‌های زمان‌شناسی، خانواده و سلامت با هم توانایی تبیین ۱۹/۵ درصد از واریانس تغییرات افسردگی را به طور معنادار دارند. بدین ترتیب، فرضیه پژوهش، تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با اضطراب و افسردگی انجام گرفت. مشخص شد که سبک زندگی اسلامی با دو متغیر افسردگی و اضطراب، رابطه معنادار و معکوس دارد و با افزایش نمره سبک زندگی اسلامی، میزان افسردگی و اضطراب دانشجویان کاهش می‌یابد و برعکس. بنابراین شواهد موجود، بیانگر تأیید فرضیه تحقیق است.

نتایج این تحقیق با پژوهش‌های کانلین، چاو، میلر، اسوتکی، لین، هارشا، موری ساکس و اپل (۲۰۰۰)، مارکس، ویزبرگ، ادلن و کلر (۲۰۱۰)، هنجی، اولسون، سرلاچیوس، اریکسون و اینگار (۲۰۱۰)، عطایی مغانلو و عطایی مغانلو (۱۳۹۴)، استغی، جونز و نویی (۱۹۹۰)، مورتون و ویلر (۱۹۹۷) و بهدانی، سرگلزایی و قربانی (۱۳۷۹) همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت اغلب نشانه‌ها و عوامل اضطراب و افسردگی، مغایر با آموزه‌های اسلامی در سبک زندگی است. بر اساس سبک زندگی اسلامی، افرادی که امنیت و آرامش روانی را از طریق جهان‌بینی اسلامی به دست می‌آورند، ناملازمات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریزناپذیر را از طریق سامانه‌های باور دینی معنا می‌بخشند و تفسیر می‌کنند؛ از این رو رخداد‌های منفی زندگی را مثبت معنا می‌کنند. افراد از طریق ایجاد رابطه با خویشاوندان و حمایت از هم‌نوع خود، نیازهایشان را برآورده می‌سازند و طول عمر خود و آبادی شهرهایشان را بیمه می‌کنند. باور به اینکه خداوند متعال، همیشه و در همه حال، حاضر و ناظر بر اعمال آن‌هاست و رفتارشان را زیر نظر دارد و به این اعمال رسیدگی خواهد کرد، رفتارها را هدفمند، دارای معنا و یکپارچه خواهد کرد. کار و شغل برای آن‌ها راهی برای زندگی سعادت‌مند و جاویدان است و سلامت جان و تن، از وظایف و مسئولیت‌های اصلی آن‌ها است. بنابراین جایی برای اضطراب و افسردگی برای او باقی نمی‌گذارد. هرچه فرد مسلمان با این معیارهای سبک زندگی فاصله بگیرد، سلامت روانی وی نیز کاسته می‌شود.

التزام به وظایف دینی، یعنی فرد دیندار در پی کسب معرفت نسبت به پروردگار، انبیا و اولیای دین، انجام تکالیف و احکام دینی را در حیطه رفتارهای شخصی، اجتماعی و اقتصادی خود بایسته بداند و به آن‌ها عمل کند. فردی که از سلامت روان برخوردار است، عملکرد

مناسب، تفکر، خلق و خو و رفتاری طبیعی دارد و می‌تواند در جامعه، فعالیت ثمربخشی داشته باشد، روابطش با دیگران مناسب است و می‌تواند با مشکلات و ناملایمات کنار بیاید و از طرفی به دیگران نیز کمک کند.

دینداری باعث گزینش سبک خاص زندگی می‌شود که این سبک زندگی بر جسم و روح فرد تأثیرگذار است. فرد مؤمن، مشروب نمی‌خورد، قمار نمی‌کند، از مواد مخدر استفاده نمی‌کند، رفتارهای نامشروع و مجرمانه انجام نمی‌دهد و دیگران را نمی‌آزارد و به طور کلی از گناه و زشتی، پرهیز می‌کند و البته همه این رفتارها را با نیت تقرب به مبدأ هستی انجام می‌دهد؛ بدین معنا که حسن فاعلی و فعلی را با هم فراهم می‌آورد. در مقابل، کسانی که از آموزه‌های دینی بی‌بهره‌اند و توجهی به دستورهای الهی ندارند، زشتی گناه را نمی‌بینند و از انجام هر عملی که منافع خودخواهانه آن‌ها را تأمین می‌کند، چشم‌پوشی نمی‌کنند.

در منابع اسلامی به نگرش صحیح افراد نسبت به خداوند متعال، خود، هستی، وقایع زندگی، دنیا، دیگران و سنت‌های حاکم بر جریان تکوین توجه شده است؛ زیرا درک واقع‌بینانه از آن‌ها زمینه پیشگیری از افسردگی و اضطراب را فراهم می‌سازد. همچنین در آموزه‌های اسلامی برای تغییر و تصحیح شناخت‌ها، عواطف و رفتارهای افراد از طریق ایجاد بصیرت و بینش، آموزش‌های لازم داده شده است (فقیهی: ۱۳۸۴، ص ۱۷۲-۱۷۱). بنابراین با تقویت باورهای صحیح اسلامی می‌توان تحولی روان‌شناختی - تربیتی در افراد ایجاد کرد که از بروز افسردگی و اضطراب پیشگیری کند.

منابع

۱. بهدانی، فاطمه و محمدرضا سرگلزایی و اسماعیل قربانی (۱۳۷۹)، «مطالعه ارتباط سبک‌زندگی با افسردگی و اضطراب در دانشجویان سبزوار»، اسرار، سال هفتم، ش ۲.
- بهرامی، احسان، (۱۳۸۱)، «رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود»، مجله روان‌شناسی، سال ششم، ش ۲.
۲. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۸۸)، «ساخت و اعتباریابی آزمون پای‌بندی مذهبی بر اساس گزاره‌های قرآن و نهج البلاغه»، دوفصل‌نامه علمی - تخصصی مطالعات اسلام و روان‌شناسی، سال سوم، ش ۵.
۳. جعفری، مرتضی، (۱۳۸۸)، بررسی تأثیر آموزش سبک‌زندگی سالم به روش بحث گروهی بر میزان استرس پرستاران بالینی شهرستان اسدآباد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس.

۴. دایسون، کیت استفان و پروانه محمدخانی (۱۳۸۶)، «مختصات روان‌سنجی پرسش‌نامه بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی»، توان‌بخشی، ۸ (۲۹).
۵. دادستان، پریخ و محمود منصور (۱۳۶۸)، بیماری‌های روانی، تهران، ژرف.
۶. رجبی، غلام‌رضا و یوسف‌علی عطاری و جمال حقیقی (۱۳۸۰)، «تحلیل عاملی سؤال‌های پرسش‌نامه بک بر روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز»، علوم تربیتی و روان‌شناسی، ۸ (۳-۴).
۷. صالحی‌خواه، علی (۱۳۷۴)، افسردگی از دیدگاه اسلام و علم روز، اصفهان، شهید حسین فهمیده.
۸. عطایی مغاللو، وحید و رقیه عطایی مغاللو (۱۳۹۴)، «تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر تغییر سبک زندگی بر افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی و احساس گناه در کودکان ۷ تا ۱۵ ساله مبتلا به دیابت»، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، سال چهاردهم، ش ۴.
۹. غرایبی، بنفشه (۱۳۷۲)، بررسی پاره‌ای از الگوی شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی ایران.
۱۰. کاویانی، حسین و اشرف السادات موسوی (۱۳۷۸)، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۱۱. کاویانی، محمد (۱۳۹۰)، کمی‌سازی و سنجش سبک زندگی اسلامی، روان‌شناسی و دین، سال چهارم، ش ۲.
۱۲. _____ (۱۳۸۸)، طرح نظریه سبک‌زندگی بر اساس دیدگاه اسلام و ساخت آزمون سبک‌زندگی اسلامی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن، پایان‌نامه دکتری، اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.
۱۳. فقیهی، علی‌نقی و جمشید مطهری طشی (۱۳۸۳)، «افسردگی؛ رویکرد اسلامی در سبب‌شناسی و فرآیند درمان»، مجله معرفت، ش ۸۴.
۱۴. نوربالا، احمدعلی و فرشاد شاددل (۱۳۷۳)، تعیین شیوع افسردگی و ارتباط آن با شاخص‌های دموگرافیک دانش‌آموزان دبیرستانی تهران، طرح تحقیقاتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

15. Association, A. P., (2013), DSM 5: American Psychiatric Association.
Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988), An inventory-

for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56.

16 Beck, A.T., Steer, R.A. and Brown, G.K. (2000), *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

17. Conlin, P.R., Chow, D., Miller, E.R., Svetkey, L.P., Lin, P.H., Harsha, D.W., Moore, T.J., Sacks, F.M., and Appel, L.J. (2000), The effect of dietary patterns on blood pressure control in hypertensive patients: results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) trial. *American Journal of Hypertension*, 13(9).

18. Davison, G.C. & Neale, G.M., (1994), *Abnormal Psychology*, New York: John Wiley.

19. Ellison, C.G., Boardman, J.D., Williams, D.R., & Jackson, J.S. (2001), Religious involvement, stress, and mental health, *Social Forces*, 80.

20. Henje, B.E., Olsson, E.M., Serlachius, E., Ericson, M. and Ingvar, M. (2010), Heart rate variability (HRV) in adolescent females with anxiety disorders and major depressive disorder. *Acta Paediatr*, 99 (4).

21. Holmes, R. (1991), Assessing The relationship of Life style and social development to grade point average & college Student journal, 25(4).

22. Kring, A., Johnson, S., Davison, G.C., & Neale, J.M. (2009), *Abnormal psychology: John Wiley and Sons*.

23. Marcks, B.A., Weisberg, R.B, Edelen, M.O. and Keller, M.B. (2010), The relationship between sleep disturbance and the course of anxiety disorders in primary care patients, 178 (3).

24. Morton, P.D. and wheeler, M.S. (1997). Early loss, depression and Lifestyle Themes, *individual Psychology*, 53 (1).

26. Pederson, L.L. & Stavrakys, K.M. (1987). Relationship of smoking to lifestyle factors in women. *Women & Health*, 12(2).

27. Rigon, G. (2001), *Anna Freud's metapsychological profile: reflections on*

a psychodynamic assesment model. Journal of european psychoanalysis, www.psychomedia.

28. Steffy, B.D., Jones, J.W. and Noe, A.W. (1990), The impact of health habits and life style on the stressor-strain relationship: An evaluation of three industries. Journal of Occupational Psychology, 63.

29. Williams, R.L., Long, J.D., Gaynor, P., & Agesilas, E. (1987, Related measures of lifestyle habits and happiness, College Student Journal, 21.

30. Wulff, D.M. (1997, Psychology of religio, 2nd edition, John Wiley & Sons Inc.

31. Zimmerman, M.A. and Morton, K. (1992, Lifestyle and Substance use among male African-American urban adolescents: A cluster analytic approach, American Journal of community psychiatry, 20(1).

