

طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی در ارتقای رفتارهای

سلامت دینی

سیده اسماء حسینی¹

چکیده

هدف: اکثر مطالعات اصلاح سبک زندگی، مؤلفه‌های فرهنگی را نادیده گرفته‌اند. مذهب از مهم‌ترین مؤلفه‌های فرهنگ ایرانی است که جا دارد در پژوهش‌های سبک زندگی به آنها بیشتر بها داده شود. در پژوهش حاضر، نوعی از مداخله اصلاح سبک زندگی، طراحی و آزمون شد که شامل ارتقای رفتارهای سلامت دینی با استفاده فن خداخواهی در مقابل خودخواهی، در کنار آموزش رفتارهای سلامت دینی بود. **روش:** آزمودنی‌ها، دانشجویان دانشگاه الزهرا بودند (31 نفر) که در جلسات مداخله (شش جلسه) شرکت کردند. در این جلسات، افراد یاری می‌شدند تا با به کارگیری فن خداخواهی در مقابل خودخواهی، در کنار آموزش‌هایی که ارائه می‌شد، رفتارهای سلامت دینی را در زندگی خود جاری سازند. در اولین و آخرین جلسه، پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد که شامل پرسشنامه رفتارهای سلامت دینی و مقیاس سلامت روانی بود. یک ماه بعد نیز آزمون پیگیری انجام شد. **یافته‌ها:** اجرای مداخله مبتنی بر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی، منجر به افزایش معنادار پایبندی آزمودنی‌ها به رفتارهای سلامت دینی و سلامت روانی شد. **نتیجه‌گیری:** مداخله مبتنی بر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی می‌تواند به عنوان فنی ارزشمند در مداخلات سبک زندگی استفاده شود.

واژگان کلیدی: خداخواهی، خودخواهی، رفتارهای سلامت، رفتارهای سلامت دینی، سبک زندگی.

دریافت مقاله: 99/03/12؛ تصویب نهایی: 99/05/05.

1. دکترای روان‌شناسی سلامت از دانشگاه تهران، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، ایران، تهران، ونک / نشانی: تهران، خیابان ده ونک، روبروی درب اصلی دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی / نمابر: 88041464 / Email: S.A.Hosseini@Alzahra.ac.ir

الف) مقدمه

سبک زندگی و اصلاح آن از مباحث بسیار مهم در حوزه روان‌شناسی سلامت است. بر اساس نظر آدلر، نخستین نظریه‌پرداز این حوزه، سبک زندگی شامل الگوهای تکراری عمل، تفکر و احساس است و نگرش ویژه فرد نسبت به وظایف زندگی را در بر می‌گیرد (مؤسسه آلفرد آدلر،¹ 2015). در تعریفی کامل‌تر، سبک زندگی شامل روش فرد برای تغذیه، ورزش، کار، تفریح و استراحت، انجام کارها به طور کلی و در واقع؛ زندگی است. سبک زندگی همچنین شامل الگوهای روابط اجتماعی، لباس پوشیدن و اوقات فراغت است و نگرشهای فرد، خودانگاره و ارزشها را منعکس می‌کند (ریپل،² 2012). می‌توان گفت که سبک زندگی به مبانی و اصولی که متن حیات اجتماع و انسان را می‌سازند، اشاره دارد. این اصول و مبانی، ریشه در ارزشهای دینی و عرفی جامعه نیز دارند (افشاری و هاشمی‌نژاد، 1399). عوامل مختلفی در شکل‌گیری سبک زندگی نقش دارند؛ از جمله: عوامل فردی، عوامل محیطی، عوامل انسانی، نگرشها و ارزشها. این عوامل در قومیت‌های مختلف، ارزش یکسان ندارند و متفاوت‌اند (اسماعیلی جوشقانی و همکاران، 1398). یکی از انواع سبک زندگی، سبک زندگی سلامت‌محور است که به الگوهای رفتاری پیشگیری‌کننده از مشکلات مرتبط با سلامت اشاره دارد و مؤلفه‌هایی مانند تغذیه مناسب، ورزش، خودمهارگری و رفتارهای پیشگیرانه را شامل می‌شود (ابل،³ 1991). داده‌های همه‌گیرشناختی، از شیوع جهانی رو به رشد مشکلات مرتبط با سبک زندگی حمایت می‌کنند (الکساندر⁴ و همکاران، 2012) که این مسئله، لزوم پژوهشهای بیشتر را در این حوزه نمایان می‌کند. پژوهش حاضر نیز با تلاش برای ارتقای رفتارهای سلامت که به نوعی اصلاح سبک زندگی است، به گوشه‌ای از موضوعات این حیطه می‌پردازد.

اصلاح سبک زندگی، توان پیشگیری از حداقل 80 درصد از موارد سکته، بیماری قلبی زودرس، دیابت نوع دو و حداقل 40 درصد موارد سرطان را دارد (سازمان جهانی بهداشت،⁵ 2002). بیماری‌های غیر واگیردار مسئول 73 درصد از همه فوتی‌های جهان در سال 2017 بوده‌اند. بیش از 50 درصد از همه مرگ‌ها مربوط به فقط چهار عامل خطر بوده که به انتخابهای سبک زندگی مربوط بودند: فشار خون و قند خون و شاخص توده بدنی بالا و کشیدن سیگار (نست،⁶ 2018). مداخلات رفتاری که به طور مؤثری تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف الکل و سیگار را هدف قرار می‌دهند، توان کاهش قابل توجه نرخ مرگ را دارند (کاپلان،⁷ 2019). برای

-
1. Alfred Adler Institutes
 2. Ripoll
 3. Abel
 4. Alexander
 5. World Health Organization (WHO)
 6. The Lancet
 7. Kaplan

مدیریت بیماری‌های مزمن، رشته پزشکی سبک زندگی¹ هم ایجاد شده است که بر مواردی مانند تغذیه، کنترل وزن، فعالیت جسمی، مدیریت استرس و معنویت متمرکز است. با وجود تأیید پژوهشی اهمیت سبک زندگی و نقش آن در کاهش مرگ و میر، سبک زندگی بسیاری از مردم سالم نیست (کاشنر و سورنسن،² 2013). همچنین عادات سبک زندگی معمولاً تکراری و پیش‌بینی‌پذیرند. در نتیجه می‌توانند برای اجرای فنون متمرکز بر پیشگیری مورد استفاده قرار گیرند (چوآن و همکاران،³ 2010). رویکردهای مهم و منسجم سبک زندگی، بر عوامل خطر اصلی بیماری‌های شایع (بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان و دیابت) شامل تغذیه ناسالم، نافع‌الی جسمی و استعمال دخانیات کار می‌کنند. (سازمان جهانی بهداشت، 2015)

ضروری است در حوزه پیشگیری از بیماری‌ها پژوهش‌های ملی انجام شود تا ابتلا به بیماری‌های غیر واگیردار کاهش یابد (همان). طب پیشگیری⁴ نیز تخصصی در پزشکی است که تمرکز آن بر سلامت افراد، جوامع و گروه‌های خاص است. هدف طب پیشگیری، حفظ، حمایت، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری است. متخصصان طب پیشگیری، کار خود را در سطوح پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث انجام می‌دهند (کالج آمریکایی طب پیشگیری،⁵ 2015). این پژوهش با پرداختن به ارتقای رفتارهای سلامت، بر پیشگیری اولیه متمرکز است و شامل ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌هاست. (کالج پزشکی عمومی سلطنتی استرالیا،⁶ 2015)

سبک زندگی مفهومی است که تحت تأثیر ارزشها و باورهای فرد نیز قرار دارد. ارزشها و باورهای غیر دینی، فرد را به سمت سبک زندگی ویژه‌ای سوق می‌دهد که در آن، بهره‌گیری از لذات دنیوی اولویت اول است. باورهای دینی نیز سبک زندگی دینی را شکل می‌دهند که در آن، زندگی دنیوی مقدمه زندگی ابدی اخروی است. جزء جزء سبک زندگی دینی، تحت تأثیر دین و مذهب خاص فرد است. سبک زندگی دینی و غیر دینی ممکن است اجزای به ظاهر مشترکی داشته باشند، اما در همان اجزا هم، در بعد شناختی با هم تفاوت دارند (بشارت و همکاران، 1394). اهمیت سبک زندگی دینی وقتی بیشتر نمایان می‌شود که به این نکته توجه شود که اعتقاد به خدا در جمعیت عمومی بسیار رایج است (رزمرین⁷ و همکاران، 2013) و در سالهای اخیر، معنویت و مذهب به دلیل مبانی پژوهشی رو به افزایش و علاقه بیماران به این مسائل، به عنوان مؤلفه‌های مهم در روشهای روان پزشکی در نظر گرفته شده‌اند (کوک،⁸ 2015). با توجه به اینکه دین یکی از ویژگی‌های روانی - اجتماعی افراد است، دانستن دین افراد می‌تواند برای متخصصان، از جمله پزشکان مفید

-
1. Lifestyle Medicine
 2. Kushner & Sorensen
 3. Schwandt, Haas & Liepold
 4. Preventive Medicine
 5. American College of Preventive Medicine
 6. The Royal Australian College of General Practitioners
 7. Rosmarin
 8. Cook

570 ♦ طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی ...

باشد (کانگ و همکاران،¹ 2020). اما همچنان پژوهشهایی زیادی در این حوزه لازم است. از این رو و به دلیل خلأ پژوهشی جدی در حوزه سبک زندگی دینی، پژوهش حاضر بر ارتقای رفتارهای سلامت دینی متمرکز است که جزیی از سبک زندگی دینی است.

سبک زندگی دینی به این معناست که در هر موقعیت، روشی به کار گرفته شود که در بر دارنده آموزه‌ها و مبانی دینی باشد (موسوی گیلانی، 1392). دین به عنوان یکی از سرمایه‌های اصلی جامعه، باعث می‌شود افراد متأثر از آن بتوانند نگرشها، رفتارها و در نهایت، سبک زندگی خود را از دیگران متمایز کنند (نصرتی و ذوالفقاری، 1391). دین در گام نخست با ارائه نوعی جهان‌بینی خاص، شکل ویژه‌ای به طرز تفکر و باورهای فرد می‌دهد و در گام بعد، با ارائه آداب و دستورالعملهای خاص برای همه ابعاد زندگی، کلیه رفتارهای فرد را شکل می‌دهد. (شریفی، 1391)

سبک زندگی دینی، منجر به سلامت بیشتر روانی و جسمی می‌شود. مطالعات بسیار زیاد و متعددی نشان داده‌اند که بین معنویت و مذهب با سلامت جسمی و روانی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و نتایج دیگر سلامت، رابطه وجود دارد. معنویت و مذهب با نتایج بهتر سلامت مانند مهارت‌های مقابله‌ای بهتر، طول عمر بیشتر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتر و افسردگی، اضطراب و خودکشی کمتر، رابطه دارند. همچنین در نظر گرفتن نیازهای بیماران در حوزه معنویت، بهبود بیماری را ارتقا می‌بخشد (مولر و همکاران،² 2001). رابطه بین اعمال و مناسک مذهبی و سلامت، به خوبی مورد تأیید پژوهشی قرار گرفته است. افزایش معنویت نیز با بهبود علایم پزشکی و روان‌شناختی رابطه دارد (کرمادی و همکاران،³ 2008). همچنین افرادی که از معنویت بیشتری برخوردارند، از نظر جسمانی فعال‌ترند و کیفیت زندگی‌شان نیز بالاتر است. (کاناپک و مک‌آلی،⁴ 2012)

باورهای مذهبی بر رفتارهای فرد اثر می‌گذارند، شرایط را تغییر می‌دهند و سلامتی و بهزیستی را ارتقا می‌بخشند (لی و همکاران،⁵ 2016). مذهب از طریق انگیزه دادن به فرد برای رفتارهای سلامت، به طور مثبتی بر سلامت فرد اثر می‌گذارد (شانت⁶ و همکاران، 2008). برای مثال، داشتن سبک زندگی بی‌تحرک، خوردن غذاهای ناسالم، نوشیدن بیش از حد الکل و کشیدن سیگار، منجر به نتایج سلامت ضعیف می‌شود؛ با این حال، پیروی از دین، با انگیزه دادن در جهت رفتارهای سلامت، از همه این موارد پیشگیری می‌کند (مکینتاش و همکاران،⁷ 2017). علاوه بر این، پیروی از دین از طریق ارتقای مثبت‌گرایی و کاهش اضطراب، ترس و خلق

1. Kang, Park, Kang, Lim & Kim

2. Mueller, Plevak & Rumans

3. Carmody, Reed, Kristeller & Merriam

4. Konopack & McAuley

5. Li, Stampfer, Williams & Vanderwee

6. Schlundt

7. McIntosh, Ironson & Krause

افسرده، بر سلامت روانی اثر می‌گذارد. پیروی از دین، در نهایت منجر به رضایت از زندگی بالاتر و وضعیت روانی سالم در بسیاری از افراد می‌شود. (استرنال و همکاران،¹ 2010؛ کاپلان و همکاران،² 2013)

مفاهیم مرتبط با دین نیز مانند رفتارهای مذهبی خصوصی³، فداکاری، تعالی معنوی، سنتها و تجارب دینی، احتمالاً بر رفتارهای سلامت اثر می‌گذارند (بختیاری و همکاران، 2019). یوگا، شکرگزاری⁴، تجربیات معنوی غیر خدایی⁵، نزدیکی به خداوند⁶ و مقابله مثبت، رابطه مثبتی با سلامت خودارزیابی شده فرد دارند. شکرگزاری، تجربیات معنوی خدایی و غیر خدایی، نزدیکی به خداوند و مقابله مثبت، با عملکرد هیجانی بهتر رابطه دارند. شکرگزاری و تجربیات معنوی غیر خدایی با اضطراب و عصبانیت کمتر رابطه دارند. در کل، مذهب/معنویت خصوصی با سلامت روانی و سلامت خودارزیابی شده رابطه دارد (کت⁷ و همکاران، 2020). همچنین تعلق داشتن به مذهبی که بر سبک زندگی سالم تأکید می‌کند، عامل مشارکت‌کننده در سلامت روانی و جسمی بهتر و سبک زندگی سالم‌تر است. (آبدالا⁸ و همکاران، 2020)

اعتقاد فرد به خداوند با نتایج درمانی مطلوب‌تر رابطه دارد (رزمین و همکاران، 2013). استفاده فرد از مقابله مذهبی مثبت، سلامت روانی بیشتر را در او پیش‌بینی می‌کند (السان و همکاران،⁹ 2012). در پژوهشهای متعدد، اثرات مثبت سلامت معنوی بیان و آثار مثبت بر تغذیه، روابط و تبعیت درمانی دیده شده است. همچنین فواید متعددی برای سلامت جسمی و هیجانی بیان شده است که شامل مواردی مانند ارتقای وضعیت هیجانی و خلقی، کاهش اضطراب، کاهش مرگ بر اثر سرطان و از بین رفتن بیماری قلبی می‌شود (هاوکز و همکاران،¹⁰ 1995). در مجموع اینکه، معنویت از طریق مسیرهای متعددی با سلامت جسمی ارتباط دارد (بارک، 2014). در نظر گرفتن این موضوع نیز مهم است که معنویتی که از دین و مذهب سرچشمه می‌گیرد، در مقایسه با معنویت غیر دینی، فواید بیشتری برای سلامت دارد. افرادی که از زندگی درک معنوی در نبود چارچوب مذهبی دارند، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به اختلال روانی دارند. (کینگ¹¹ و همکاران، 2013)

با وجود اینکه در مذاخلات روانی سبک زندگی محور، در نظر گرفتن بعد دین و معنویت از اهمیت بالایی برخوردار است؛ اما به این بعد در پژوهشهای این حوزه کمتر توجه شده است. در عین حال در جوامعی همچون ایران که دین در زندگی افراد نهادینه شده، توجه به این ابعاد از اهمیت مضاعفی برخوردار

1. Sternthal, Williams, Musick & Buck
2. Caplan, Sawyer, Holt & Allman
3. Private
4. Gratitude
5. Non-Theistic
6. Closeness to God
7. Kent
8. Abdala
9. Olson, Trevino, Geske & Vanderpool
10. Hawks, Hull, Thalman & Richins
11. King

572 ♦ طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی ...

است. پژوهشهای معدود انجام شده در این زمینه نیز حاکی از اثربخشی بالای مداخلات معنویت‌محور بوده است (حمید و همکاران، 1390؛ حمید و همکاران، 1391؛ ربحانی و همکاران، 1393؛ سعیدی طاهری و همکاران، 1392). لذا پژوهش حاضر، به بعد دین و معنویت توجه کرده و بر رفتارهای سلامت دینی به عنوان بخشی از سبک زندگی اسلامی متمرکز است.

اسلام دین کاملی است که بر مبنای آن می‌توان بهترین سبک زندگی را ارائه داد. آموزه‌های اسلامی ظرفیت زیادی برای ارائه الگوهای رفتاری و فرهنگ‌سازی دارند (فاضل قانع، 1391). سبک زندگی اسلامی یک سیستم جامع مفهومی است. کلیه عناصر این سیستم (مانند سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فردی و خانوادگی) در تعامل با هم قرار دارند. روح این سیستم، تعبد و معرفتی بسیار متعالی است که منجر به قرب الی‌الله می‌شود. در صورت پایبندی و عمل به سیستم‌های فرعی اسلام، این تعبد و معرفت برای فرد حاصل می‌شود. منبع اصلی اطلاعات اولیه این سیستم، قرآن و عترت است (کاوینی، 1391). یکی از ارزشها و باورهای که نقش خیلی مهمی در سبک زندگی اسلامی دارد، باور به یگانگی خداوند و توحید است. توحید اصل و ریشه همه عقاید اسلامی است. بر این اساس، مسلمانان عقیده دارند که آفریننده و خالق جهان هستی تنها خداست؛ او از همه حقایق عالم آگاه است، قادر به همه کار است و مالک هر آنچه در عالم هست می‌باشد (شریفی، 1391). از مهم‌ترین ملاکهای سبک زندگی اسلامی، خدامحوری و حاکمیت ارزشهای اسلام است (مصباح یزدی، 1392). در صورتی که سبک زندگی اسلامی در بطن جامعه درونی شود، جامعه اسلامی ثبات می‌یابد (افشاری و هاشمی‌نژاد، 1399). در پژوهش حاضر نیز به منظور ارتقای رفتارهای سلامت دینی، از فن خداخواهی در مقابل خودخواهی بهره گرفته شده است.

همان‌طور که اشاره شد، از بین بخشهای مختلف سبک زندگی اسلامی، پژوهش حاضر بر رفتارهای سلامت اسلامی تمرکز یافته است. رفتارهای سلامت اسلامی به طور خلاصه شامل موارد ذیل است: (1) حفظ سلامتی؛ (2) عوامل کمک‌کننده به سلامت (کنترل غذا خوردن، رعایت بهداشت و نکات پزشکی، سفر، شب‌زنده‌داری، سکوت و پرهیز از پرحرفی، استراحت کافی، پرهیز از آسیب رساندن به بدن، صدقه دادن و گناه نکردن)؛ (3) دارو و درمان (تحمل درد در حد امکان، لزوم درمان و برخی از شیوه‌های درمان)؛ (4) عوامل شادابی و شکوفایی؛ (5) آداب خوردن و آشامیدن؛ (6) تفریحات سالم و ورزش (جوادی آملی، 1392). نظام بهداشتی اسلام ویژگی‌های خاصی دارد: انگیزه‌ای قوی برای رعایت بهداشت فراهم می‌کند، جامعیت بسیار زیاد دارد، با فطرت سازگاری دارد و ضمانت اجرایی بالایی نیز دارد. (نورمحمدی، 1393)

همان‌طور که بیان شد، بیشتر پژوهشهای پیشگیرانه مبتنی بر سبک زندگی، به عامل دین و معنویت توجه نکرده‌اند؛ در حالی که توجه به این عامل مهم، می‌تواند اثربخشی و کیفیت مداخلات را بسیار بالاتر ببرد. در پژوهش حاضر با هدف ارتقای رفتارهای سلامت دینی، پیشگیری اولیه با محوریت فنی دینی - معنوی

استفاده شده است. برای این کار از مداخله مبتنی بر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی و آموزش رفتارهای سلامت دینی بهره گرفته شده است.

در توضیح مفهوم خداخواهی گفتنی است که موضع انسانها در مقابل خداوند را می‌توان در یک طیف در نظر گرفت که یک سوی آن خداخواهی کامل قرار دارد و سوی دیگر آن، دشمنی با خداوند. خداخواهی عبارت است از شناخت، پذیرش و اطاعت از خداوند و در نتیجه، مورد محبت خداوند قرار گرفتن. دشمنی با خداوند نیز عبارت است از نپذیرفتن حق با وجود شناخت آن، عدم اطاعت و بلکه مخالفت و مقابله با آن و مورد غضب خداوند واقع شدن (فریدونی و اجاقی، 1394). امام خمینی (ره) نیز در آموزه‌های ارزشمند خود به مفاهیم خداخواهی در مقابل خودخواهی اشاره کرده‌اند. ایشان رستگار را کسی دانسته‌اند که به توحید پیوسته و از هر گونه تعلق خاطر و توجه به غیر خداوند (شامل حبّ نفس و حبّ دنیا) رها شده است. ایشان حبّ نفس و دنیا را رأس تمام خطاها دانسته‌اند. در واقع؛ حبّ دنیا نیز ریشه در حبّ نفس دارد (امام خمینی، 1378). مفهوم حبّ نفس را می‌توان مطابق با خودخواهی دانست که در بیشتر افراد دیده می‌شود و در عین حال، تاکنون در پژوهشهای روان‌شناختی به آن پرداخته نشده است.

خودخواهی با نفس اماره نیز مرتبط است. نفس اماره در آموزه‌های دینی، دشمن درونی انسان است و فرد برای حرکت در مسیر تکامل خود، همواره با آن در ستیز است (رنیسان و پاکزاد، 1392). در قرآن نیز آمده است که نفس بسیار امرکننده به بدی‌هاست (یوسف: 53). همچنین در قرآن درباره کسانیکه از نفس اماره خود تبعیت می‌کنند و به جهاد با نفس نمی‌پردازند، آمده است که آنان همانند چهارپایان و بلکه گمراه‌تر از آنان‌اند (اعراف: 169). در واقع؛ گویی آنها از حالت انسانیت خارج شده‌اند. راه رسیدن به کمال به ناگزیر از جاده جهاد با نفس می‌گذرد. در حدیثی از پیامبر اسلام (ص) نیز از نفس اماره به عنوان دشمن‌ترین دشمنان انسان اشاره شده است: «أعدى عدوكم نفسكم ألتی بین جنیک» (مجلسی، 1386، ج 71: 64).

در آیات دیگری از قرآن نیز به اهمیت دوری از خودخواهی و مقابله با نفس اماره (که همان جهاد با نفس است) اشاره شده است. برای نمونه چنین آمده است که در هر امتی رسولی برانگیخته شده است که مردم را به پرستش و عبودیت خداوند و اجتناب از طاغوت فرمان دهد: «وَلَقَدْ بَعَثْنَا فِي كُلِّ أُمَّةٍ رَسُولًا أَنْ اعْبُدُوا اللَّهَ وَاجْتَنِبُوا الطَّاغُوتَ فَمِنْهُمْ مَنْ هَدَى اللَّهُ وَمِنْهُمْ مَنْ حَقَّتْ عَلَيْهِ الضَّلَالَةُ فَسِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَانظُرُوا كَيْفَ كَانَ عَاقِبَةُ الْمُكذِبِينَ» (نحل: 36). بر اساس این آیه، فلسفه اصلی بعثت پیامبران، پرستش، بندگی و عبودیت خداوند بیان شده است. بدیهی است بندگی خداوند وقتی محقق می‌شود که انسان از خواسته‌های نفسانی و طاغوت دوری کند (رنیسان و پاکزاد، 1392) و در واقع؛ از خودخواهی فاصله بگیرد و به سمت خداخواهی حرکت کند. در آیه دیگری نیز تزکیه انسان از اهداف بعثت پیامبر بیان شده است. (جمعه: 2)

574 ♦ طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی ...

همان‌طور که اشاره شد، افراد از لحاظ خداخواهی در مقابل خودخواهی در یک طیف قرار می‌گیرند. گروهی از انسانها خودخواه‌اند. این افراد بر اساس خواسته‌های خود عمل می‌کنند و اولویت را به پدیده‌های دلخواه خود در زندگی می‌دهند. اینها همان کسانی‌اند که زندگی دنیوی را به زندگی اخروی ترجیح می‌دهند. قرآن در باره این افراد می‌فرماید: وای بر کافران از مجازات شدید(الهی)، همانها که زندگی دنیا را بر آخرت ترجیح می‌دهند(برهم: 3-2). اینکه برخی افراد به دنبال مسائل مادی و تمایلات نفسانی باشند و از آنها دست بردارند، خود منشأ کفر است. دین از آنها می‌خواهد از برخی خواسته‌های خود دست بردارند و چون نمی‌خواهند از آنها دست بردارند، دین را نیز نمی‌پذیرند. این افراد برای تمایلات خود حدّ و مرزی را نمی‌شناسند(ریسیان و پاکزاد، 1392). فردی که دچار خودخواهی می‌شود، از رشد و کمال بازمی‌ماند. برای چنین فردی، رسیدن به منافع شخصی، بالاترین آرزوست و از سیر و سلوک الهی بازمی‌ماند. مقابله با نفس، راه تعالی فرد را هموار می‌کند(جوادی آملی، 1387). در واقع؛ مانع اصلی رشد و تعالی انسان، نفس و هواهای نفسانی اوست. (نوروزی و کوهی اصفهانی، 1392)

گروه دیگری از افراد از لحاظ شدت خودخواهی، کمتر از گروه اول خودخواه‌اند و با حدود متفاوتی از هم، خداخواه نیز هستند. این افراد برای خواسته‌های خود تا حدودی مرز قائل می‌شوند و تا حدّی از محرمات خودداری می‌کنند؛ اما برخی موارد مثل مکروهات را انجام می‌دهند و در واقع؛ برخی خواسته‌های نفسانی خود را بر آورده می‌کنند. این گروه در میزان اجتناب از گناهان کبیره، صغیره و مکروهات، شدت و ضعفهای متفاوتی دارند. برخی بلافاصله پس از گناه، توبه می‌کنند؛ برخی با تأخیر توبه می‌کنند؛ برخی توبه نمی‌کنند و بر گناه خود نیز اصرار می‌ورزند. (صبح بزدی، 1376)

گروه سوم، گروهی‌اند که اصل را بر خداخواهی و مخالفت هوای نفس گذاشته‌اند؛ مگر در مواردی که رضای خدا در عمل کردن در جهت میل نفس باشد. آنها حتی در این موارد نیز برای رضای خداوند آن عمل را انجام می‌دهند و نه برای پیروی از هوای نفس. آنها در هر کار رضایت خداوند را در نظر می‌گیرند و مبنای مخالفت با نفس قرار می‌دهند. این گروه نیز شامل افرادی است که در میزان جهاد با نفس در درجات بسیار متنوعی قرار می‌گیرند. (همان)

یکی از نکات مهم اشاره شده در آیات و روایات، سرنوشت در نظر گرفته شده شوم برای افرادی است که خودخواهی را در مقابل خداخواهی برگزیده‌اند. این موضوع لزوم توجه بیشتر به سوق دادن افراد به سمت دوری از خداخواهی را نشان می‌دهد. برای مثال بیان شده است که کسی که طغیان کرده و زندگی دنیا را مقدم داشته است، مسلماً دوزخ جایگاه اوست(تازعات: 37-39). همچنین هواپرستی منشأ ضلالت و گمراهی بیان شده است. همان‌طور که خداوند به حضرت موسی(ع) فرمود: اگر پیشنهاد تو را نپذیرند، بدان که آنها تنها از هوسهای خود پیروی می‌کنند و آیا گمراه‌تر از آن کس که پیروی هوای نفس خویش کرده و هیچ هدایت الهی را نپذیرفته، کسی پیدا می‌شود؟(قصص: 50)

اینکه دوری از خودخواهی و روی آوردن به خداخواهی نیازمند تلاش و صرف انرژی مضاعف توسط انسانهاست، در قرآن کریم نیز تأیید شده است. برای نمونه به کسانی که ایمان آورده‌اند، هشدار داده شده است مراقب خود باشند: ای کسانی که ایمان آورده‌اید! مراقب خود باشید (مانده: 105). همچنین قرآن با این پیش‌فرض غلط که در بسیاری از انسانها وجود دارد و عبارت است از جستجوی آرامش و زندگی کاملاً بدون مشکل در دنیا، مقابله کرده است. این پیش‌فرض می‌تواند از ریشه‌های خودخواهی در مقابل خداخواهی باشد؛ زیرا ممکن است فرد به گمان اینکه با پیروی از امیال نفسانی به آرامش و خوشی کامل خواهد رسید، به دنبال ارضای خودخواهی‌های خود باشد. اما در واقع بر اساس آموزه‌های اسلامی، انسان تا زمانی که با مرگ به ملاقات پروردگار خود نرفته است، پیوسته در رنج خواهد بود: ای انسان! تو با تلاش و رنج به سوی پروردگارت می‌روی و او را ملاقات خواهی کرد (اشفاق: 6). یکی از علل این رنج همیشگی، لزوم مبارزه همیشگی انسان با میل به خودخواهی و لزوم تلاش در جهت خداخواهی است. هرچند برای افرادی که لذت قرب الهی را چشیده‌اند، خداخواهی کمتر دشوار خواهد بود و بیشترین رنج آنها، تحمل دوری از پروردگار است.

مفهوم جهاد با نفس می‌تواند به نحوی به مفهوم خودتنظیم‌گری در روان‌شناسی نزدیک باشد. خودتنظیم‌گری¹ یکی از سازوکارهای اولیه در مداخلات تغییر رفتارهای سلامت است و در بسیاری از فراتحلیلهای جدید، آزموده شده است (هنسی و همکاران، 2020²). برخی نظریه‌های موجود در روان‌شناسی معاصر نیز با مفاهیم اسلامی مانند خداخواهی فاصله دارند؛ از جمله: نظریه انتخاب و نظریه خودتعیین‌گری³. بر اساس نظریه انتخاب، افراد رفتارهایی را انتخاب می‌کنند که نیازهای پنج‌گانه آنان؛ یعنی نیازهای فیزیولوژیک، پیشرفت و قدرت، آزادی، تفریح و تعلق را ارضا کنند (براد و همکاران، 2018). اثربخشی آن نیز در مطالعات تأیید شده است؛ مانند مطالعه‌ای که نشان داد مداخله آموزش سبک زندگی با رویکرد نظریه انتخاب منجر به ارتقای کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی می‌شود. (انتظاری میدی و همکاران، 1399)

نتایج یکی از فراتحلیلهایی که اخیراً انجام شده است، نشان داد که مداخلات مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری، دارای اثر مثبت بر شاخصهای سلامت، از جمله تغییر در رفتارهای سلامت است. این اثرات با تغییرات در انگیزه خودمختار و ادراک نیاز به حمایت مرتبط‌اند. مداخلات مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری همچنین دارای اثر مثبت معنادار بر سلامت روان‌شناختی است (اتامیس⁴ و همکاران، 2020). نتایج فراتحلیلی دیگر نیز نشان داد که مداخلات مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری دارای اثر معنادار بر تغییر رفتارهای سلامت مانند

1. Self-Regulation

2. Hennessy, Johnson, Acabchuk, McCloskey & Stewart-James

3. Self-Determination Theory-Informed Intervention

4. Ntoumanis

576 ♦ طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی ...

فعالیت جسمانی، رفتارهای بی‌تحرك، تغذیه، مصرف الكل و سیگار است (شیرن¹ و همکاران، 2020). چنین نظریه‌هایی با تأکید بر اراده فردی و بدون توجه به مفاهیم دینی و معنوی، مداخلات جامع و همه‌جانبه‌ای تولید نمی‌کنند و در نظام ارزشی فردی که زندگی خود را بر مبنای خداخواهی و نه خودخواهی بنا می‌نهد، جایگاهی ندارند. البته گفتنی است که همه نیازهای واقعی فردی که زندگی خود را بر مبنای خداخواهی بنا می‌نهد، به بهترین نحو ممکن ارضا خواهد شد و نه تنها در زندگی دنیایی بیشترین حظ و لذت را خواهد برد، بلکه بهترین زندگی اخروی و ابدی را نیز خواهد داشت.

با توجه به اهمیت پژوهش در حوزه سبک زندگی، به ویژه در زمینه پیشگیری اولیه، پژوهشهای اندک در زمینه سبک زندگی دینی و لزوم انجام پژوهشهای بیشتر در این حوزه، پژوهش حاضر با پرداختن به ارتقای رفتارهای سلامت دینی به عنوان جزیی از سبک زندگی دینی، گامی در این جهت برداشته است. همچنین در پژوهش حاضر، به منظور ارتقای رفتارهای سلامت دینی، برای نخستین بار از مداخله مبتنی بر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی به منظور ارتقای رفتارهای سلامت دینی بهره گرفته شده است. اثر مداخله مذکور بر افزایش سلامت روانی نیز سنجیده شده است. سؤالهای اصلی پژوهش حاضر این است که آیا اجرای مداخله مبتنی بر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی در کنار آموزش رفتارهای سلامت دینی می‌تواند پایداری به رفتارهای سلامت دینی را ارتقا بخشد؟ آیا مداخله مبتنی بر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی در کنار آموزش رفتارهای سلامت دینی می‌تواند سلامت روانی را ارتقا بخشد؟

ب) روش و ابزار

پژوهش حاضر از طرحهای شبه‌آزمایشی است. همچنین به دلیل ارائه مداخله مبتنی بر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی، پژوهش حاضر از نوع پژوهشهای کاربردی محسوب می‌شود. جامعه آماری پژوهش، کلیه بزرگسالان می‌باشند. پس از طراحی مداخله به کمک صاحب‌نظران علوم دینی و روان‌شناسی و اجرای آزمایشی در گروهی کوچک و رفع نقایص آن، مداخله اصلی اجرا شد. آزمودنی‌ها دانشجویان دانشگاه الزهرا به تعداد 31 نفر و همگی خانم بودند و داوطلبانه در جلسات اصلاح سبک زندگی (شش جلسه) شرکت کردند. در طول جلسات، افراد یاری می‌شدند تا از طریق به کارگیری فن خداخواهی در مقابل خودخواهی، در کنار آموزشهای مربوط به سبک زندگی سالم که ارائه می‌شد، رفتارهای سلامت دینی را در زندگی خود جاری سازند. فاصله بین جلسات یک هفته بود. در اولین و آخرین جلسه، پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. آزمونها شامل پرسشنامه رفتارهای سلامت دینی² و مقیاس سلامت روانی¹

1. Sheeran

2. RHPBI

بودند. یک ماه بعد از آخرین جلسه نیز در جهت پیگیری مداخلات، برای سومین بار آزمون پیگیری انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش، تمایل به شرکت در پژوهش، سکونت در شهر تهران، توان شرکت در جلسات، سن 30 تا 60 سال، مبتلا نبودن به هر نوع بیماری جسمی، نداشتن سابقه اختلالات روانی شدید، توانایی جسمی یا روانی لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها و عدم مصرف همزمان داروهای روان‌پزشکی بودند. معیارهای خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش، به وجود آمدن مشکلات جسمانی که ادامه همکاری را ناممکن کند و غیبت در بیش از دو جلسه بود.

به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، ابتدا توضیحات لازم درباره پژوهش به افراد، ارائه و رضایت‌نامه کتبی از آنان اخذ شد. در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات شخصی نیز به آنان اطمینان خاطر داده شد. همچنین افراد ملزم به رازداری درباره مسائل شخصی یکدیگر که در جلسات مطرح می‌شد، بودند. به افراد اعلام شد که در هر مرحله می‌توانند از ادامه همکاری انصراف دهند. دقت لازم برای تطابق آموزشهای ارائه‌شده با منابع اسلامی معتبر و علم روز پزشکی نیز در هر دو گروه به عمل آمد.

موضوعات محتوای آموزشهای ارائه‌شده در جلسات، در حوزه رفتارهای سلامت اسلامی که از یکی از معتبرترین کتب مرتبط با سبک زندگی اسلامی (مفاتیح‌الحیات) اخذ شده، عبارتند از: 1) حفظ سلامتی؛ 2) عوامل کمک‌کننده به سلامت (کنترل غذا خوردن، رعایت بهداشت و نکات پزشکی، سفر، شب‌زنده‌داری، سکوت و پرهیز از پرحرفی، استراحت کافی، پرهیز از آسیب رساندن به بدن، صدقه دادن و گناه نکردن)؛ 3) دارو و درمان (تحمل درد در حد امکان، لزوم درمان و برخی از شیوه‌های درمان)؛ 4) عوامل شادابی و شکوفایی؛ 5) آداب خوردن و آشامیدن؛ 6) تفریحات سالم و ورزش (جوادی آملی، 1392). همچنین آموزشهای ارائه‌شده درباره فن خداخواهی، شامل احادیثی معتبر در این زمینه و جهاد با نفس بود که پس از مشورت با دو تن از روحانیون معزز، انتخاب و به شرکت‌کنندگان ارائه شد. نمونه‌هایی از این احادیث در مقدمه مقاله حاضر نیز آورده شده است. در این جلسات، شرکت‌کنندگان برانگیخته می‌شدند که با استفاده از فن خداخواهی در مقابل خودخواهی؛ یعنی انتخاب آنچه خداوند برای فرد می‌پسندد و نه آنچه خود می‌خواهد، رفتارهای سلامت اسلامی آموزش داده‌شده را در زندگی خود جاری و ساری سازند و در مقابل هر گونه وسوسه احتمالی برای انجام رفتارهای ناسالم (مانند خوردن خوراکی‌های مضر) مقاومت کنند. جدول 1، خلاصه‌ای از برنامه جلسات مداخله را نشان می‌دهد.

578 ♦ طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی ...

جدول 1: خلاصه برنامه جلسات مداخله

جلسه	برنامه
1	ارزیابی اولیه؛ خوشامدگویی؛ تنظیم دستور جلسه؛ آشنایی افراد گروه با یکدیگر؛ توضیح قوانین گروه؛ توضیح ساختار جلسات؛ تنظیم اهداف کلی مداخله؛ بررسی انتظارات درباره مداخله؛ آموزش رفتارهای سلامت اسلامی؛ آموزش فن خداخواهی؛ خلاصه سازی؛ بازخورد.
5-2	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه؛ بررسی میزان پیشرفت به سمت اهداف و ارائه بازخورد و تقویت؛ آموزش رفتارهای سلامت اسلامی؛ آموزش فن خداخواهی؛ خلاصه سازی؛ بازخورد.
6	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه؛ بررسی میزان پیشرفت به سمت اهداف و ارائه بازخورد و تقویت؛ مرور مباحث مطرح شده در جلسات اول تا پنجم؛ خلاصه سازی؛ بازخورد کلی نسبت به جلسات؛ مراسم اختتامیه؛ ارزیابی ثانویه.

ابزار پژوهش

یک) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: پرسشنامه‌ای شامل اطلاعاتی نظیر سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، شغل، میزان تحصیلات و مذهب که به ابتدای یکی از پرسشنامه‌های پژوهش اضافه شد.

دو) مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی:¹ آزمونی 16 گویه‌ای است که مجموعه‌ای از رفتارها و عادات شخصی مبتنی بر آموزه‌ها و اعتقادات مذهبی را در زندگی روزمره، در اندازه‌های هفت درجه‌ای از صفر (کمترین میزان عادت) تا شش (بیشترین میزان عادت) می‌سنجد (بشارت و حسینی، 1394). حداقل و حداکثر نمره فرد در مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی، از صفر تا 96 محاسبه می‌شود. در مطالعه مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشهای مقیاس در یک نمونه 93 نفری، 0/88 به دست آمد. این ضریب، همسانی درونی² مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی را تأیید می‌کند. روایی همگرا³ و تشخیصی (افتراقی)⁴ مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی از طریق اجرای همزمان مقیاس بهزیستی معنوی (پالوتزین و الیسون،⁵ 1982) و مقیاس سلامت روانی⁷ (بشارت، 1388) در خصوص نمونه مذکور محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی با بهزیستی معنوی و بهزیستی روان‌شناختی، همبستگی مثبت معنادار از 0/37 تا 0/49 ($p < 0/001$) و با درماندگی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار 0/33- ($p < 0/001$) وجود دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی را تأیید می‌کنند. (بشارت و حسینی، 1394)

1. The Religious Health Promoting Behaviors Inventory (RHPBI)

2. Internal Consistency

3. Convergent

4. Discriminant

5. Spiritual Well-Being Scale (SWSB)

6. Paloutzian & Ellison

7. Mental Health Inventory (MHI)

سه) **مقیاس سلامت روانی**: فرم کوتاه‌شده مقیاس 34 سؤالی سلامت روانی (بشارت، 1385) با آزمون 28 سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک تا پنج می‌سنجد (همو، 1388). حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاسهای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی، به ترتیب 14 و 70 خواهد بود. ویژگی‌های روان‌سنجی فرم 28 سؤالی این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از 760 آزمودنی در دو گروه بیمار ($n=277$; 173 زن، 104 مرد) و بهنجار ($n=483$; 267 زن، 216 مرد) بررسی شد. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاسهای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار، به ترتیب 0/94 و 0/91 و برای نمره آزمودنی‌های بیمار، به ترتیب 0/93 و 0/90 محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار ($n=92$) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی، به ترتیب $r=0/90$ و $r=0/89$ و در سطح $P<0/001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایتبخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار ($n=76$) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی، به ترتیب $r=0/83$ و $r=0/88$ و در سطح $P<0/001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایتبخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی-28 از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی¹ (گلدبرگ،² 1972) برای همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی، همبستگی منفی معنادار ($r=-0/87$, $P<0/001$) و با زیرمقیاس درماندگی روان‌شناختی، همبستگی مثبت معنادار ($r=0/89$, $P<0/001$) وجود دارد. این نتایج، روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی دو گروه بیمار و بهنجار، محاسبه و تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را تأیید کرد. (بشارت، 1388)

ج) یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد 31 نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه الزهرا شرکت کردند که همگی خانم بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان از 23 تا 50 سال و بیشترین فراوانی مربوط به رده سنی زیر

1. General Health Questionnaire
2. Goldberg

580 ♦ طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی ...

30 سال بود (41/9 درصد). اغلب شرکت کنندگان متأهل (67/3 درصد)، غیر شاغل (71 درصد) و بدون فرزند (51/6 درصد) بودند. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در جدول 2 دیده می شود.

جدول 2: اطلاعات جمعیت شناختی نمونه آماری

ویژگی	فرآوانی	درصد
سن	زیر 30 سال	13
	30 تا 40 سال	9
	بالتر از 40 سال	9
وضعیت تأهل	متاهل	21
	متاهل	10
وضعیت شغلی	شاغل	9
	غیر شاغل	22
تعداد فرزند	بدون فرزند	16
	یک فرزند	2
	دو فرزند	4
	سه فرزند	7
	چهار فرزند	2

شاخصهای توصیفی متغیرهای پژوهش نیز در جدول 3 دیده می شوند.

جدول 3: شاخصهای توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مقیاس	شاخص آماری			
		زمان	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل حد اکثر نمره
رفتارهای سلامت دینی	-	پیش آزمون	66/806	7/682	51
	-	پس آزمون	74/032	10/619	56
	-	آزمون پیگیری	73/161	9/313	58
سلامت روانی	کل پرسشنامه	پیش آزمون	95/451	9/146	81
		پس آزمون	93/774	16/07	73
	بهبودی روان شناختی	پیش آزمون	55/12	6/936	38
		پس آزمون	62/871	16/546	34
		آزمون پیگیری	61/258	7/009	47
درماندگی روان شناختی	پیش آزمون	40/322	7/258	25	
	پس آزمون	30/903	10/973	14	
	آزمون پیگیری	28/258	9/373	14	

581 سیده اسماء حسینی

هدف این پژوهش، طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی برای ارتقای رفتارهای سلامت دینی بود. در کنار رفتارهای سلامت دینی، اثر مداخله بر سلامت روانی نیز ارزیابی شد. در این پژوهش از روش آماری تحلیل واریانس یک‌راهه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. استفاده از این روش مستلزم رعایت پیش‌فرضهایی مانند بهنجاری است که لازم است قبل از بررسی نتایج مرتبط با سؤالات پژوهش، به آنها پرداخته شود. برای بررسی رعایت پیش‌فرض بهنجاری داده‌های هر یک از متغیرهای پژوهش، از آزمون کلموگروف-اسمیرنف استفاده شد. نتایج این آزمون (جدول 4) نشان می‌دهد که با توجه به مقدار آماره Z و $p > 0/05$ ، در همه متغیرها مفروضه بهنجاری رعایت شده است.

جدول 4: نتایج آزمون نرمال بودن داده‌ها

متغیرها	مقیاس	شاخص آماری	
		آماره کلموگروف-اسمیرنف	پی
رفتارهای سلامت دینی	-	0/564	0/12
سلامت روانی	کل پرسشنامه	0/714	0/13
	بهبودی روان‌شناختی	0/725	0/07
	درماندگی روان‌شناختی	0/687	0/11

برای مقایسه نمره‌های رفتارهای سلامت دینی و سلامت روانی در سه زمان قبل از مداخله (پیش‌آزمون)، پس از مداخله (پس‌آزمون) و یک ماه پس از اتمام مداخله (آزمون پیگیری)، تحلیل واریانس یک‌راهه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. شاخصهای مختلف آزمون، مانند آزمون لامبدای ویکلز¹ و اتای تفکیکی² نشان داد مداخله در تغییر نمرات متغیرهای وابسته اثربخش بوده است. نتایج آزمون لامبدای ویکلز با ارزش عددی 0/697 و سطح معناداری 0/005 نشان داد که بین نمرات رفتارهای سلامت دینی در سه دوره زمانی قبل، بعد و پیگیری، تفاوت معنادار وجود دارد و مداخله دارای اثر معنادار بر این متغیر بوده است. همچنین بررسی اندازه اثر متغیر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی، بر رفتارهای سلامت دینی با استفاده از شاخص اتای تفکیکی با ارزش عددی 0/303، حاکی از اثر خیلی بزرگ³ آن است. جدول 5 نشان‌دهنده نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر رفتارهای سلامت دینی است.

1. Wilks Lambda

2. Partial Eta Squared

3. بر اساس دیدگاه کوهن (1988) اندازه اثر 0/01=کوچک، 0/06=متوسط و 0/14=بزرگ در نظر گرفته می‌شود. (پلنت، 1392)

582 ♦ طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی ...

جدول 5: نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر رفتارهای سلامت دینی

شاخص آماری				متغیر
اتای تفکیکی		لامبدای ویلکز		
ارزش	پی	اف	ارزش	
0/303	0/005	6/306	0/697	رفتارهای سلامت دینی

مقایسه هر جفت از نمرات دوره‌های زمانی در متغیر رفتارهای سلامت دینی نشان می‌دهد بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز پیش‌آزمون و آزمون تعقیبی، تفاوت معنادار است؛ اما بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت معنادار نیست. این نتایج در جدول 6 دیده می‌شوند.

جدول 6: مقایسه نمرات هفته‌های زمانی در متغیر رفتارهای سلامت دینی

شاخص آماری			گروهها	متغیر
پی	خطای استاندارد تفاوت میانگینها	تفاوت میانگینها		
0/006	2/118	7/226	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	رفتارهای سلامت دینی
0/008	1/932	6/355	پیش‌آزمون - آزمون پیگیری	
1	1/516	0/871	پس‌آزمون - آزمون پیگیری	

نتایج آزمون لامبدای ویلکز با ارزش عددی 0/697 و سطح معناداری 0/005، نشان می‌دهد بین نمرات ابعاد سلامت روانی در سه دوره زمانی قبل، بعد و پیگیری، تفاوت معنادار وجود دارد. مطابق جدول 7، فن خداخواهی در مقابل خودخواهی، هم بر بهزیستی روان‌شناختی و هم بر درماندگی روان‌شناختی اثر معنادار داشته است. همچنین بررسی اندازه اثر متغیر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی بر سلامت روانی با استفاده از شاخص اتای تفکیکی، با ارزش عددی 0/432 در بعد بهزیستی روان‌شناختی و ارزش عددی 0/549 در بعد درماندگی روان‌شناختی، حاکی از اثر خیلی بزرگ آن است.

جدول 7: نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه با اندازه‌گیری مکرر در متغیر سلامت روانی

شاخص آماری				ابعاد	متغیر
اتای تفکیکی		لامبدای ویلکز			
ارزش	سطح معناداری	اف	ارزش		
0/432	0/005	11/04	0/568	بهزیستی روان‌شناختی	سلامت روانی
0/549	0/005	17/64	0/451	درماندگی روان‌شناختی	

مقایسه هر جفت از نمرات دوره‌های زمانی در ابعاد متغیر سلامت روانی نشان داد که در هر دو بعد بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز پیش‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت معنادار بوده؛ اما بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت معنادار نبوده است. (جدول 8)

جدول 8: مقایسه نمرات جفت‌های زمانی در متغیر سلامت روانی

متغیر	ابعاد	گروهها	شاخص آماری		
			تفاوت میانگینها	خطای استاندارد تفاوت میانگینها	پی
سلامت روانی	بهریستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	7/742	2/847	0/032
		پیش‌آزمون - آزمون پیگیری	6/129	1/577	0/002
		پس‌آزمون - آزمون پیگیری	1/613	3/275	1
روان‌شناختی	درماندگی روان‌شناختی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-9/419	1/789	0/005
		پیش‌آزمون - آزمون پیگیری	-12/065	2/112	0/005
		پس‌آزمون - آزمون پیگیری	2/645	1/621	0/339

د) بحث و نتیجه‌گیری

مداخلات مبتنی بر سبک زندگی در میان پژوهش‌های حوزه روان‌شناسی سلامت، جایگاه ویژه‌ای دارند. مشکل اساسی اکثر این پژوهش‌ها نادیده گرفتن ابعاد فرهنگی و بومی و بها دادن صرف به ابعاد جسمانی و پزشکی است. این کم‌توجهی تبعاتی جدی دارد؛ زیرا در نظر گرفتن ابعاد فرهنگی و بومی که شامل جنبه‌های دینی و مذهبی نیز می‌شود، بر غنای مداخلات می‌افزاید و اثربخشی آنها را دوچندان می‌کند. پژوهش حاضر با طراحی و آزمون مداخله مبتنی بر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی برای ارتقای رفتارهای سلامت دینی، در حد توان خود به تلاش برای پر کردن این خلأ پرداخت.

هدف پژوهش حاضر، طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی برای ارتقای رفتارهای سلامت دینی بود. در کنار بهره‌گیری از این فن، آموزش رفتارهای سلامت دینی نیز استفاده شد. داده‌های حاصل از انجام پژوهش نشان داد که اجرای این مداخله، منجر به افزایش معنادار پایبندی به سبک زندگی سالم اسلامی (شامل رفتارهای سلامت اسلامی) و سلامت روانی شد؛ به این نحو که در هر مرحله نسبت به مرحله قبل، پایبندی به رفتارهای سلامت اسلامی و سلامت روانی بیشتر شد. در کل، نتایج حاکی از اثربخشی این فن جدید بود که می‌تواند در مداخلات روان‌شناختی به عنوانی فنی اثربخش و بنیادی، به طور گسترده‌ای استفاده شود. این نتایج را می‌توان بر اساس احتمالات ذیل تبیین کرد.

یکی از مؤلفه‌های استفاده‌شده در پژوهش حاضر، آموزش رفتارهای سلامت دینی بود. همان‌طور که در پژوهش‌های گذشته نیز تأیید شده است، آموزش می‌تواند منجر به ارتقای رفتارهای سلامت شود (باکین-

584 ♦ طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی ...

تیاود و همکاران،¹ 2010؛ درایی،² 1992). در پژوهش حاضر نیز اثر مثبت آموزش دیده شد. در ابتدای پژوهش حاضر، شرکت کنندگان با پر کردن پرسشنامه‌ها، درباره رفتارهای سلامت خود بینش و آگاهی بیشتری کسب کردند که این خود می‌تواند منجر به اهتمام بیشتر آنان به جاری کردن رفتارهای سلامت در زندگی‌شان شود.

همچنین فن خداخواهی در مقابل خودخواهی، به عنوان فنی شناختی - رفتاری، آموزش داده شد و اثربخشی آن تأیید شد. پژوهشهای گذشته نیز بارها و بارها اثرات مفید استفاده از فنون شناختی - رفتاری را در ارتقای رفتارهای سلامت تأیید کرده‌اند (اریکسون³ و همکاران، 2010؛ شیر و همکاران،⁴ 2012؛ لیدین و همکاران،⁵ 2012؛ موسویان و همکاران، 1399). با توجه به جدید بودن فن خداخواهی در مقابل خودخواهی، تا کنون پژوهشی در این باره انجام نشده است. اما قطعاً این فن با افزایش معنویت در زندگی افراد مرتبط است و در این زمینه پژوهشهای زیادی انجام شده است. همچنین، هر چند مداخله استفاده شده در پژوهش حاضر به طور مستقیم بهبود وضعیت روانی آزمودنی‌ها را هدفگیری نکرده بود، اما قطعاً به طور غیر مستقیم می‌تواند از طریق تقویت احساس مثبت فرد نسبت به خود، که ناشی از احساس قوت در مقابله با خواسته‌های نامناسب و افزایش معنویت در فرد است، منجر به ارتقای رفتارهای سلامت و سلامت روانی شود. چنین فرضی در پژوهشهای پیشین نیز تأیید شده است. برای نمونه، پژوهشی نشان داد که بین احساسات مثبت و رفتارهای ارتقادهنده سلامت و بین نگرانی و مصرف الکل، رابطه مثبت وجود دارد. (هاول و سویینی،⁶ 2020)

یکی از پژوهشهای مروری مهم در حوزه معنویت و مذهب نیز نشان داد مذهب منجر به خودتنظیم‌گری بهتر فرد در حوزه عادات مرتبط با سلامت (مانند کمتر سیگار کشیدن، کمتر الکل مصرف کردن و بیشتر در غربالگری‌های پزشکی شرکت کردن) می‌شود (آلدوین و همکاران،⁷ 2014). پژوهش مروری ساختارمند دیگری نیز نشان داد که مذهب و معنویت بیشتر، با این موارد رابطه دارد: مصرف کمتر سیگار، الکل و سایر مواد و داروهای غیر مجاز؛ استرس، کلسترول بد و فشار خون کمتر؛ فعالیت جسمانی و تغذیه سالم‌تر. (لاسچس و کوینگ،⁸ 2013)

مداخله استفاده شده در پژوهش حاضر، از طریق افزایش پایبندی به رفتارهای سلامت دینی و به طور غیر مستقیم افزایش معنویت، منجر به افزایش سلامت روانی شد. معنویت و مذهب، مهم‌ترین مؤلفه‌ای است

1 . Buclin-Thiebaud, Pataky, Bruchez & Golay

2 . Duryee

3. Eriksson

4. Share, Kemp, Naughton, Obert & Aumand

5. Lidin, Ekblom-Bak & Hellènius

6. Howell, J. L., & Sweeny, K.

7. Aldwin, Park, Jeong & Nath

8. Lucchese & Koeing

که منجر به اثرگذاری فن خداخواهی در مقابل خودخواهی شده است. وجود رابطه مثبت بین مذهب و معنویت و سلامت روانی در پژوهشهای بسیاری تأیید شده است (السان و همکاران، 2012؛ بوالهروی، 1389؛ کرمانی و همکاران، 2008؛ لاسچس و کونینگ، 2013؛ مولر و همکاران، 2001). پژوهش حاضر جزء مداخلات سبک زندگی محسوب می‌شود و اینکه مداخلات سبک زندگی باعث ارتقای سلامت روانی نیز می‌شوند، در پژوهشهای گذشته تأیید شده است (جاناستون،¹ 2001؛ کیانی و همکاران، 1389). مداخله‌های روان‌شناختی همچنین با کاهش افسردگی و اضطراب (لیدن،² 2000) منجر به ارتقای سلامت روانی می‌شوند.

یکی از نتایج پژوهش حاضر این بود که در متغیرهای مورد ارزیابی، بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت معنادار دیده نشد. درباره این یافته می‌توان چنین توضیح داد که فواید حاصل از پژوهش برای شرکت‌کنندگان از ثبات برخوردار بوده و مرور زمان آنها را دستخوش تغییرات مثبت یا منفی نکرده است.

هدف اصلی پژوهش حاضر، طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی در مقابل خودخواهی برای ارتقای رفتارهای سلامت دینی بود. در کنار بهره‌گیری از این فن، آموزش رفتارهای سلامت اسلامی نیز استفاده شد. داده‌ها نشان داد که اجرای این مداخله، منجر به افزایش معنادار پایبندی به سبک زندگی سالم اسلامی (شامل رفتارهای سلامت اسلامی) و سلامت روانی در هر مرحله ارزیابی شد. در کل، نتایج حاکی از اثربخشی این فن جدید و ارزشمند است که می‌تواند در مداخلات روان‌شناختی، به عنوانی فنی اثربخش و بنیادی، به طور گسترده استفاده شود. خداخواهی و قرب بیشتر به خداوند به جاری شدن سبک زندگی اسلامی در زندگی فرد که همان حیات طیبه است و منجر به خوشبختی او در دنیا و آخرت می‌شود، کمک می‌کند.

پیشنهادها و محدودیتها

پژوهش حاضر با محدودیتهایی مواجه بود. پژوهش بین دانشجویان دختر اجرا شد که رده سنی خاصی داشتند و این می‌تواند تعمیم نتایج به جمعیت عمومی را با چالشهایی مواجه کند. پیگیری مداخله با فاصله یک‌ماهه انجام شد؛ در حالی که اگر امکان پیگیری‌های طولانی‌مدت تر بود، بهتر بود.

برای انجام پژوهشهای آتی می‌توان پیشنهادهایی را مطرح کرد. برای نمونه می‌توان فن جدید خداخواهی در مقابل خودخواهی را برای ایجاد انواع تغییرات روان‌شناختی استفاده کرد و اثرات آن را آزمود. همچنین می‌توان ارتباط استفاده موفقیت‌آمیز این فن با متغیرهای مختلف روان‌شناختی را آزمود.

1. Johnston

2. Linden

586 ♦ طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی ...

اجرای این مداخله در گروههای مختلف، با ویژگی‌های مختلف و مقایسه اثربخشی آن در این گروهها نیز می‌تواند مفید باشد.

تقدیر و تشکر

از دانشجویان دانشگاه الزهرا (س) که با شرکت مجلانه و داوطلبانه در پژوهش، به اجرای آن یاری رساندند، تقدیر و تشکر می‌شود.



منابع

- قرآن کریم.
- اسماعیلی جوشقانی، محمد؛ محمدرحیم اسفیدانی و محمدعلی شاه‌حسینی (1398). «طراحی مدل نوین سبک زندگی ایرانی-اسلامی با روش گزیندگی تنوری». *ابتکار و خلاقیت در علوم انسانی*، ش 9(3): 89-114.
- افتخاری، لاله و عاطفه هاشمی نژاد (1399). «تمدن اسلامی و پیشرفت سبک زندگی اسلامی». *پنجمین همایش بین‌المللی افق‌های نوین در علوم تربیتی، روان‌شناسی و آسیب‌های اجتماعی*.
- امام خمینی، سید روح‌الله (1378). *شرح حدیث جنود عقل و جهل*. تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی، چ سوم.
- انتظاری میبدی، محمدرضا؛ مسعود محمدی، قاسم نظیری و سجاد امینی‌منش (1399). «اثربخشی آموزش سبک زندگی با رویکرد تنوری انتخاب بر افزایش کیفیت زندگی زنان با اختلال پرخوری افراطی». *روان پرستاری*، ش 8(1): 73-81.
- بشارت، محمدعلی (1385). «پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI)». *دانشور رفتار*، ش 16: 11-16.
- بشارت، محمدعلی (1388). «پایایی و روایی فرم 28 سؤالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی». *مجله علمی پزشکی قانونی*، ش 54: 91-87.
- بشارت، محمدعلی و سیده اسماء حسینی (1394). «بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت دینی». [منتشر نشده].
- بشارت، محمدعلی؛ سیده اسماء حسینی، هادی بهرامی احسان، حسینعلی جاهد و اکبر نیک‌پژوه (1394). «مدل مداخله مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و سلامت قلبی». *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ش 4(17): 467-492.
- بوالهری، جعفر (1389). «نهادینه‌سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی». *اخلاق پزشکی*، ش 14: 105-112.
- پلنت، جولی (1392). *راهنمای گام به گام برای تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS*. ویرایش چهارم. ترجمه اکبر رضائی. تهران: فروزش.
- جوادی آملی، عبدالله (1387). *تفسیر موضوعی قرآن کریم؛ ج 12: فطرت در قرآن*. قم: اسراء، چ پنجم.
- جوادی آملی، عبدالله (1392). *مفاتیح الحیات*. قم: اسراء.
- حمید، نجمه؛ کیومرث بشلیده، مجید عیدی بایگی و زهرا دهقانی‌زاده (1390). «بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی زنان مطلقه». *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ش 1: 54-64.

588 ♦ طراحی و آزمون اثربخشی مداخله مبتنی بر فن خداخواهی ...

- حمید، نجمه؛ مجید عیدی بایگی و مصطفی دهقانی (1391). «اثربخشی روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب‌محور بر سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین». *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش 6(10): 103-185.
- ریحانی، طیبه؛ زهره سخاوت‌پور، محمد حیدرزاده، سید مهدی موسوی و رضا مظلوم (1393). «بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر تحمل پریشانی مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان». *زنان، مامائی و نازائی ایران*، ش 17(97): 18-28.
- رئیسیان، غلامرضا و عبدالعلی پاکزاد (1392). «مهارت غلبه بر نفس اماره در قرآن». *سراج منیر*، ش 12: 148-119.
- سعیدی طاهری، زهرا؛ مینو اسدزندی و عباس عبادی (1392). «تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تجربه معنوی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر». *روان‌پرستاری*، ش 1(3): 45-53.
- شریفی، احمدحسین (1391). همیشه بهار: اخلاق و سبک زندگی اسلامی. قم: نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاهها، دفتر نشر معارف.
- فاضل قانع، حمید (1391). «سبک زندگی اسلامی، ضرورتها و راهبردها». *محلل*، ش 8: 47-41.
- فریدونی، محمدرضا و حامد اجاقی (1394). «واکاوی تأثیر اراده الهی در تلاشهای جمعی و مفهوم‌شناسی برکت در سازمان». *اندیشه مدیریت راهبردی*، ش 2(18): 5-30.
- کاویانی، محمد (1391). سبک زندگی اسلامی و ابزار سنجش آن. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- کیانی، رویا؛ منصور سودانی، سید مسعود سیدیان و عبدالله شفیق آبادی (1389). «بررسی اثربخشی آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس بر نشانگان جسمانی و اضطراب بیماران عروق کرونر قلب شهر اهواز». *مجله عملی پزشکی*، ش 5: 495-506.
- مجلسی، محمدباقر (1386 ق). *بحار الانوار*. تهران: مکتبه الاسلامیه.
- مصباح یزدی، محمدتقی (1376). *راهیان کوی دوست*. قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی، چ سوم.
- مصباح، محمدتقی (1392). «سبک زندگی اسلامی؛ ضرورتها و کاستی‌ها». *معرفت*، ش 185: 12-5.
- موسوی گیلانی، سید رضی (1392). «چیستی و چرایی سبک زندگی و نسبت آن با دین و مهدویت». *مشرق موعود*، ش 25: 123-138.
- موسویان، لیلا؛ علی حسن‌پور دهکردی، فاطمه دریس و شهریار صالحی تالی (1399). «تأثیر مداخله شناختی-رفتاری بر اصلاح سبک زندگی بر کسر تخلیه بطن چپ در بیماران پس از عمل جراحی عروق کرونر». *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ش 9(1): 606-600.
- نصرتی، شیما و ابوالفضل ذوالفقاری (1391). «تأثیر میزان دینداری بر سبک زندگی جوانان ایرانی». *پژوهش اجتماعی*، ش 14: 101-117.

- نورمحمدی، غلامرضا(1393). «میانی سلامت در اسلام: تکرشی به مفهوم طب اسلامی». *نورین دارو*، ش 3: 92.
- نوروژی، رضاعلی و هاجر کوهی اصفهانی(1392). «بررسی و تبیین مفهوم انسان متعالی از منظر قرآن کریم». *پژوهشنامه معارف قرآنی*، ش 4(14): 101-129.

- **The Holy Quran**
- Abdala, G.A.; M.D.D. Meira, G.T. Rodrigo, M.B.D.C. Froes, M.S. Ferreira, S.A. Abdala & H.G. Koeing (2020). **“Religion, Age, Education, Lifestyle, and Health: Structural Equation Modelling”**. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01034-3>
- Abel, T. (1991). **“Measuring Health Lifestyles in a Comparative Analysis: Theoretical Issues and Empirical Findings”**. *Social Science Medicine*, 32(8): 899-908.
- Aldwin, C.M.; C.L. Park, Y.J. Jeong & R. Nath (2014). **“Differing Pathways between Religiousness, Spirituality, and Health: A Self-Regulation Perspective”**. *Psychology of Religion and Spirituality*, 61(1): 9-21.
- Alexander, J.; E. Bambury, A. Mendoza, J. Reynolds, R. Veronneau & E. Dean (2012). **“Health Education Strategies Used by Physical Therapists to Promote Behaviour Change in People with Lifestyle-Related Conditions: A Systematic Review”**. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 30: 57-75.
- Alfred Adler Institutes of San Francisco and Northwestern Washington (2015). **“The Style of Life Tree”**. Retrieved from: <http://www.adlerian.us/tree.htm>
- American College of Preventive Medicine (2015). **“What is Preventive Medicine?”**. Retrieved from: <http://www.acpm.org/>
- Bakhtiari, A.; M. Yadollahpur, Sh. Omidvar, S. Gorbannejad & F. Bakouei (2019). **“Does Religion Predict Health-Promoting Behaviors in Community-Dwelling Elderly People?”**. *Journal of Religion and Health*, 58: 452-464.
- Besharat, M.A. & S.A. Hosseini (2016). **“Preliminary study of psychometric Properties of the Religion Health Promoting Behaviors Scale”**. Unpublished.
- Besharat, M.A. (2007). **“Reliability and Validity of the Mental Health Inventory (MHI)”**. *Daneshvar Behaviour Quarterly*, 16: 11-16.
- Besharat, M.A. (2010). **“Reliability and Validity of 28 Question form of the Mental Health Inventory in the Iranian Population”**. *Journal of Forensic Medicine*, 54: 87-91.
- Besharat, M.A.; S.A. Hosseini, H. Bahrami Ehsan, H. Jahed & A. Nikpajhoo (2015). **“Intervention Model Based on Islamic Lifestyle and Heart Health”**. *Culture in The Islamic University*, 4(17): 467-492.
- Boalhari, J. (2011). **“Institutionalization of Spirituality in the Concept of Spiritual Health”**. *Journal of Medical Ethics*, 14: 105-112.
- Broad, A.; J. Kruger, S. Schinke & A. Weber (2018). **“Determinants of Choice of Delivery Place: Testing Rational Choice Theory and Habitus Theory”**. *Midwifery*, 63: 33-38. doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.023.

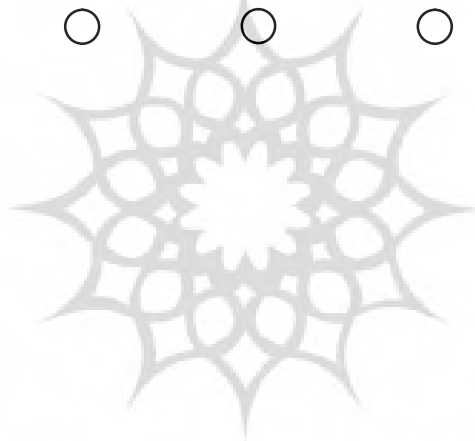
- Buclin-Thiebaud, S.; Z. Pataky, V. Bruchez & A. Golay (2010). "New **Psycho-Pedagogic Approach to Obesity Treatment: A 5-year Follow-up**". *Patient Educative Counselling*, 79: 333-337.
- Caplan, L.S.; P. Sawyer, C. Holt & R.M. Allman (2013). "**Religiosity and Function among Community-Dwelling Older Adult Survivors of Cancer**". *Journal of Religion and Spiritual Aging*, 25: 311-325.
- Carmody, J.; G. Reed, J. Kristeller & P. Merriam (2008). "**Mindfulness, Spirituality, and Health-Related Symptoms**". *Journal of Psychosomatic Research*, 64: 393-403.
- Cook, C.C.H. (2015). "**Religion and Spirituality in Clinical Practice**". *The British Journal of Psychiatry Advances*, 21(1): 42-50.
- Duryee, R. (1992). "**The Efficacy of Inpatient Education after Myocardial Infarction**". *Heart Lung*, 21: 217-225.
- Eftekhari, L. & A. Hasheminejad (2020). "**Islamic Civilization and the Development of the Islamic Lifestyle**". *Fifth International Conference on New Horizons in Educational Sciences, Psychology, and Social Injuries*.
- Entezari Meybodi, M.R.; M. Mohammadi, Gh. Naziri & S. Amini Manesh (2020). "**The Effectiveness of Lifestyle Education with a Selection Theory Approach on Increasing the Quality of Life of Women with Eating Disorder**". *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(1): 73-81.
- Eriksson, M.K.; L. Hagberg, L. Lindholm, E.B. Malmgren-Olsson, J. Osterlind & M. Eliasson (2010). "**Quality of Life and Cost-Effectiveness of a 3-year Trial of Lifestyle Intervention in Primary Health Care**". *Archives of International Medicine*, 170: 1470-1479.
- Fazel Ghaneh, H. (2012). "**Islamic Lifestyle, Necessities and Strategies**". *Mahfel*, 8: 41-47.
- Fereydoni, M.R. & H. Ojaghi (2015). "**Analysis of the Effect of Divine will in Collective Efforts and the Concept of Blessing in the Organization**". *Strategic Management Thought*, 2(18): 5-30.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Hamid, N.; K. Bashlideh, M. Eidi Baigi & Z. Dehghani Zadeh (2011). "**Evaluation of the Effectiveness of Religion-Based Cognitive-Psychiatric Psychotherapy on Depression in Divorced Women**". *Family Counselling and Psychotherapy Quarterly*, 1: 54-64.
- Hamid, N.; M. Eidi Baigi & M. Dehghani (2012). "**The Effectiveness of Religion-Based Cognitive-Behavioural Psychotherapy on Marital Adjustment and Couples' Mental Health**". *Journal of Islamic Studies and Psychology*, 6(10): 103-185.
- Hawks, S.R.; M.L. Hull, R.L. Thalman & P.M. Richins (1995). "**Review of Spiritual Health: Definition, Role, and Intervention Strategies in Health Promotion**". *American Journal of Health Promotion*, 9(5): 371-8.
- Hennessy, E.A.; B.T. Johnson, R.L. Acabchuk, K. McCloskey & J. Stewart-James (2020). "**Self-Regulation Mechanisms in Health Behaviour**

- Change: A Systematic Meta-Review of Meta-Analysis, 2006-2017**'. *Health Psychology Review*, 14(1): 6-42.
- Howell, J.L. & K. Sweeny (2020). **"Health Behaviour During Periods of Stressful Uncertainty: Association with Emotions, Cognitions, and Expectation Management"**. *Psychology & Health*, 1-21. Doi:10.1080/08870446.2020.1713323
 - Imam Khomeini, S.R. (1999). **Explanation of the Hadith of the Soldiers of Wisdom and Ignorance**. Tehran: Imam Khomeini Publishing House, Third Edition.
 - Ismaili Joshaghani, M.; M.R. Esfidani & M.A. Shah Hosseini (2019). **"Designing a new model of Iranian-Islamic lifestyle with the method of grounded theory"**. *Innovation and Creativity in the Humanities*, 9 (3), 89-114.
 - Javadi Amoli, A. (2008). **Thematic Interpretation of the Holy Quran; Vol. 12: Nature in the Quran**. Qom: Esraa Publications, Fifth Edition.
 - Javadi Amoli, A. (2013). **The Keys of Life**. Qom: Esraa Publications.
 - Johnston, D.W. (2001). **"Rehabilitation (Cardiac): Psychosocial Aspects"**. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. P. 12986-12988. doi:10.1016/B0-08-043076-7/03876-6
 - Kang, M.; L.Y. Park, S.Y. Kang, J. Lim & Y.S. Kim (2020). **"Religion and Health Behaviors in Primary Care Patients"**. *Korean Journal of Family Medicine*, 41(2): 105-110.
 - Kaplan, R.M. (2019). **More than Medicine: The Broken Promise of American Health**. Cambridge, MA: Harvard University Press.
 - Kaviani, M. (2012). **Islamic Lifestyle and its Measuring Tools**. Qom: Research Center and University.
 - Kent, B.V.; S. Stroope, A.M. Kanaya, Y. Zhang, N.R. Kandula & A.E. Shields (2020). **"Private Religion/Spirituality, Self-Rated Health, and Mental Health among US Asians"**. *Quality of Life Research*, 29(2): 495-504.
 - Kiani, R.; M. Sudani, S.M. Seyedian & A. Shafi'abadi (2010). **"Evaluation of the Effectiveness of Group Immunization Training against Stress on Physical Symptoms and Anxiety in Patients with Coronary Heart Disease in Ahvaz"**. *Journal of Practical Medicine*, 5: 495-506.
 - King, M.; L. Marston, S. McManus, T. Brugha, H. Meltzer & P. Babington (2013). **"Religion, Spirituality and Mental Health: Results from a National Study of English Households"**. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1): 68-73.
 - Konopack, J.F. & E. McAuley (2012). **"Efficacy-Mediated Effects of Spirituality and Physical Activity on Quality of Life: A Path Analysis"**. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(57): 1-6.
 - Kushner, R.F. & K.W. Sorensen (2013). **"Lifestyle Medicine: The Future of Chronic Disease Management"**. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes & Obesity*, 20(5): 389-395.
 - Li, S.; M.J. Stampfer, D.R. Williams & T.J. Vanderwee (2016). **"Association of Religious Service Attendance with Mortality among Women"**. *JAMA International Medicine*, 176: 777-785.

- Lidin, M.; E. Ekblom-Bak & M. Hellènius (2012). "Sedentary Time Decrease in Patients with Cardiovascular Risk Factors Participating in a Structured Lifestyle Intervention Program". *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15: 188-264.
- Linden, W. (2000). "Psychological Treatments in Cardiac Rehabilitation: Review of Rationales and Outcomes". *Journal of Psychosomatic Research*, 48: 443-454.
- Lucchese, F.A. & H.G. Koeing (2013). "Religion, Spirituality and Cardiovascular Disease: Research, Clinical Implications, and Opportunities in Brazil". *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 28(1). <http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20130015>
- Majlesi, M.B. (1386 AH). *Sea of Lights*. Tehran: Islamic School.
- McIntosh, R.C.; G. Ironson & N. Krause (2017). "Do Religious and Spiritual Identity Confer Risk for Hypertension Via Psychosocial and Lifestyle Factors?". *Journal of Health Psychology*. 1359105317748733.
- Mesbah Yazdi, M.T. (1997). *Rahian Koi Doost*. Qom: Imam Khomeini Educational and Research Institute Publications, Third Edition.
- Mesbah Yazdi, M.T. (2013). "Islamic Life Style; Necessities and Shortcomings". *Marefat*, 185: 5-12.
- Mousavi Gilani, S.R. (2013). "What and why Lifestyle and its Relationship with Religion and Mahdism". *Mashreq Mo'oud Scientific-Research Quarterly*, 25: 123-138.
- Mousavian, L.; A. Hassanpour Dehkordi, F. Driss & Sh. Salehi Tali (2020). "The effect of Cognitive-Behavioural Intervention on Lifestyle Modification on Left Ventricular Emptying Fraction in Patients after Coronary Artery Aurgery". *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 9(1): 600-606.
- Mueller, P.S.; D.J. Plevak & T.A. Rummans (2001). "Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice". *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12): 1225-1235.
- Noor Mohammadi, G. (2014). "Fundamentals of Health in Islam: An Attitude Towards the Concept of Islamic Medicine". *Novin Daroo*, 92: 3.
- Norouzi, R.A. & H. Koochi Esfahani (2013). "Study and Explanation of the Concept of the Transcendent Man from the Perspective of the Holy Quran". *Journal of Quranic Knowledge*, 4(14): 101-129.
- Nosrati, Sh. & A. Zolfaghari (2012). "The Effect of Religiosity on the Lifestyle of Iranian Youth". *Social Research Quarterly*, 14: 101-117.
- Ntoumanis, N.; J.Y.Y. Ng, A. Prestwich, E. Quested, J.E. Hancox, C. Thogersen-Ntoumani, ... & G.C. Williams (2020). "A Meta-Analysis of Self-Determination Theory-Informed Intervention Studies in the Health Domain: Effects on Motivation, health Behaviour, Physical, and Psychological Health". *Health Psychology Review*, 1-31. [Doi:10.1080/17437199.2020.1718529](https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529)
- Olson, M.M.; D.B. Trevino, J.A. Geske & H. Vanderpool (2012). "Religious Coping and Mental Health Outcomes: An Exploratory Study of

- Socioeconomically Disadvantaged Patients**". *The Journal of Science and Healing*, 8(3): 172-176.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). **Loneliness, spiritual well-being and the quality of life**. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 224-237.
 - Park, C.L. (2014). "**Meaning, Spirituality, and Health: A Brief Introduction**". Dio:10.7213/revistapistispraxis.06.001.DS01
 - Planet, J. (2013). **Step-by-Step Guide to Data Analysis Using SPSS, Fourth Edition**. Translator: A.A. Rezaei. Tehran: Foroozeh Publications.
 - Raisian, Gh. & A.A. Pakzad (2013). "**The Skill of Overcoming the Nafs Ammare in the Qur'an**". *Siraj Monir*, 12: 119-148.
 - Reyhani, T.; Z. Sekhavatpoor, M. Heidarzadeh, S.M. Mousavi & R. Mazlum (2014). "**Study of the Effect of Spiritual Self-Care Education on the Tolerance of Mothers of Premature Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit**". *Iranian Journal of Women, Midwifery and Infertility*, 17(97): 18-28.
 - Ripoll, R.M. (2012). "**Lifestyle Medicine: The Importance of Considering All the Causes of Disease**". *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 5(1): 48-52.
 - Rosmarin, D.H.; J.S. Bigda-Peyton, S.J. Kertz, N. Smith, S.L. Rauch & T. Björngvinsson (2013). "**A Test of Faith in God and Treatment: The Relationship of Belief in God to Psychiatric Treatment Outcomes**". *Journal of Affective Disorders*, 146(3): 441-446.
 - Saeedi Taheri, Zahra; M. Asadzandi & A. Ebadi (2013). "**The Effect of Spiritual Care Based on Healthy Heart Model on the Spiritual Experience of Patients with Coronary Artery Disease**". *Psychiatric Nursing*, 1(3): 45-53.
 - Schlundt, D.G.; M.D. Franklin, K. Patel, L. McClellan, C. Larson, S. Niebler & M. Hargreaves (2008). "**Religious Affiliation, Health Behaviors and Outcomes: Nashville Research 2010**". *American Journal of Health Behaviors*, 32: 714-724.
 - Schwandt, P.; G.M. Haas & E. Liepold (2010). "**Lifestyle and Cardiovascular Risk Factors in 2001 Child-Parent Pairs: The PEP Family Heart Study**". *Atherosclerosis*, 213: 642-648.
 - Share, B.; J. Kemp, G. Naughton, P. Obert & E. Aumand (2012). "**Lifestyle Intervention Improves Cardiovascular Disease Risk Factors in Young Overweight Women**". *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15: 188-264.
 - Sharifi, A.H. (2013). **Marigold: Islamic Ethics and Lifestyle**. Qom: Representation of the Supreme Leader in Universities, Maaref Publishing Office.
 - Sheeran, P.; C.E. Wright, A. Avishai, M.E. Villagas, J.W. Linderman, W.M. Klein, ...& N. Ntoumanis (2020). "**Self-Determination Theory Interventions for Health Behaviour Change: Meta-Analysis and Meta-Analytic Structural Equation Modelling of Randomized Controlled Trials**". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000501>

- Sternthal, M.J.; D.R. Williams, M.A. Musick & A.C. Buck (2010). **"Depression, Anxiety, and Religious Life: A Search for Mediators"**. *Journal of Health, Social and Behaviour*, 51: 343-359.
- The Lancet (2018). **"Global Burden of Disease 2017: A Fragile World [Editorial]"**. *Lancet*, 392: 1683. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32858-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32858-7)
- The Royal Australian College of General Practitioners (2015). **"Putting Prevention into Practice: What in Prevention"**. Retrieved from: <http://www.racgp.org.au/>
- World Health Organization (2002). **"The Impact of Chronic Disease in the Islamic Republic of Iran"**. Retrieved from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/
- World Health Organization (WHO) (2015). **"Risk Factors"**. Retrieved from: http://www.who.int/topics/risk_factors/en/



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی