

بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی و افسردگی

مجتبی طغیانی

استادیار گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی دانش پژوهان پیشرو، اصفهان

mtoghiani@gmail.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه میان سبک زندگی اسلامی و افسردگی بود. این پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را بزرگسالان ساکن شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌داد که از میان آنها ۴۷۳ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به پرسش‌نامه سبک زندگی اسلامی و ویرایش دوم افسردگی بک پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده، با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS تحلیل شد. نتایج نشان داد می‌توان نشانه‌های افسردگی را براساس سبک زندگی اسلامی به‌طور معناداری پیش‌بینی کرد ($\beta = -0/49$ $p=0/001$). به این نحو که می‌توان گفت حدود ۵۰ درصد نشانه‌های افسردگی بر مبنای سبک زندگی اسلامی قابل تبیین است. با توجه به مطلوب بودن شاخص‌های برازش مدل می‌توان گفت التزام به سبک زندگی اسلامی می‌تواند عامل مؤثری در مدیریت نشانه‌های افسردگی باشد که این موضوع باید در مداخلات مربوط به افسردگی مدنظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: اسلام، افسردگی، سبک زندگی

مقدمه

افسردگی، یکی از اصلی‌ترین علل ناتوانی در سراسر جهان محسوب می‌شود (Ripoll et al., 2015). باتوجه به روند فزاینده شمار مبتلایان به افسردگی از یک سو و افزایش بیماران افسرده مقاوم به درمان‌های رایج دارویی و روان‌شناختی از سوی دیگر، شناسایی عوامل و راهبردهایی که می‌تواند موجب پاسخ‌دهی مطلوب‌تر این دسته از بیماران به درمان شود، بسیار حائز اهمیت است (Sarris, O'Neil, Coulson, & Schweitzer, & Berk, 2014).

یافته‌های پژوهشی، حاکی از آن است که هدف قرار دادن عوامل مرتبط با سبک‌زندگی در طول درمان افسردگی می‌تواند در کاهش نشانه‌های افسردگی و در نهایت، بهبودی مؤثر باشد (Bersani et al., 2017; García-Toro et al., 2012; Goracci et al., 2016; Lopresti, Hood, & Drummond, 2013; Sarris et al., 2014). اثرات سودمند خواب کافی (Baglioni et al., 2011; Conn, 2010; Da Hayley et al., 2015)، فعالیت جسمانی (Silva et al., 2012; Song, Lee, Baek, & Miller, 2012) و بهبود رژیم غذایی (Kiecolt-Glaser, Jaremka, & Hughes, 2014; Quirk et al., 2013; Sánchez-Villegas, Ruíz-Canela, Gea, Lahortiga, & Martínez-González, 2016) به صورت جداگانه بررسی شده است. البته برخی تحقیقات نیز اثربخشی مداخلات چندمؤلفه‌ای مبتنی بر سبک‌زندگی را برای درمان افسردگی بررسی کرده و به نتایج مثبتی دست یافته‌اند (García-Toro et al., 2012; Goracci et al., 2016).

پژوهش‌ها نشان داده است که ادغام اعمال و آموزه‌های مذهبی در درمان‌های روان‌شناختی برای افسردگی، اغلب با پیامدهای مثبت درمانی همراه بوده است (Mir et al., 2015; Toghyani, Kajbaf, & Ghamarani, 2018a). یافته‌های پژوهشی، حکایت از آن دارد که استفاده از مداخلات مذهب‌محور برای مسلمانان می‌تواند در مقایسه با مداخلات غیرمذهبی، منجر به کاهش سریع‌تر نشانه‌های افسردگی شود (Hook et al., 2010; Mir et al., 2015). در حالی که اسلام با حدود دو میلیارد پیرو، دومین مذهب فراگیر جهان محسوب می‌شود، نقش اعمال و باورهای مبتنی بر آن در فرایندهای درمانی برای افسردگی، تا حد زیادی نادیده گرفته شده است (Hodge, Zidan, & Husain, 2015).

برخی از مکانیزم‌های احتمالی مفروض برای اثربخشی درمان‌هایی که متمرکز بر جنبه‌های مذهبی یا معنوی زندگی بیماران مبتلا به افسردگی هستند عبارتند از (۱) ایجاد معنا در زندگی (Gerwood, 2005)؛ بهره‌مندی از یک سیستم باور مذهبی یا معنوی می‌تواند باعث شود افراد، در مواجهه با رویدادهای استرس‌های زندگی، معنایی را پیدا کنند که در حالت عادی، تبیین آن رویدادها دشوار است. این حالت می‌تواند به افراد، کمک کند تا حسی از کنترل و پیش‌بینی‌پذیری نسبت به جهان را حفظ کنند (James & Wells, 2003). همچنین سایر مطالعات، این موضوع را تأیید کرده‌اند که سیستم باورها می‌تواند از طریق معنا دادن به یک بیماری، نقش مؤثری در مقابله با بیماری‌های جسمی ایفا کند (Blow et al., 2011).

(۲) افزایش حمایت اجتماعی (Mir et al., 2015)؛ یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که اغلب آموزه‌های دینی، حمایت و مراقبت از یک‌دیگر را توصیه می‌کنند (Harold G Koenig, King, & Carson, 2012). عضویت در نهادهای مذهبی مثل مسجد و کلیسا مستلزم داشتن یک سیستم معنایی و ارزشی مشترک بین افراد عضو است. در پژوهشی که اخیراً انجام شده است، مشخص شد این جنبه فرهنگی از تعلق مذهبی، تأثیر مثبتی بر سلامت روان از طریق حمایت اجتماعی داشته است (Ten Kate, de Koster, & van der Waal, 2017).

(۳) خودتنظیم‌گری (Aldwin, Park, Jeong, & Nath, 2014; James & Wells, 2003)؛ مکانیزم خودتنظیم‌گری باعث می‌شود تا باورها و اعمال مذهبی، جریان فکر، توجه و رفتار را هدایت کنند. این موضوع می‌تواند تأثیر منفی تجارب استرس‌زا را کاهش دهد (James & Wells, 2003). این‌طور عنوان می‌شود که مذهبی بودن به شکل عملی آن، از طریق خودتنظیم‌گری رفتاری بر سلامت، اثرگذار است. معنوی بودن نیز تأثیر خود را از طریق خودتنظیم‌گری هیجانی بر سلامت می‌گذارد. آلدوین و همکاران (Aldwin et al., 2014) به صورت خاص، این‌طور فرض می‌کنند که مشارکت در امور رسمی مذهبی - مثل نماز خواندن - منجر به افزایش خودتنظیم‌گری رفتاری می‌شود که به طور کلی به عادات مثبت مرتبط با سلامتی منجر می‌شود (برای مثال، مصرف کمتر دخانیات، الکل و انجام رفتارهای جنسی پرخطر) که به نوبه خود بیماری و در نتیجه مرگ‌ومیر را کاهش می‌دهد. خودتنظیم‌گری هیجانی نیز در مواجهه با رویدادهای

استرس‌زای زندگی می‌تواند برانگیختگی منفی را کاهش دهد و از این طریق به ارتقاء سلامت افراد کمک کند (Aldwin et al., 2014).

البته در این میان، توجه به تفاوت میان راهبردهای مقابله‌ای منفی مذهبی (برای مثال، داشتن این احساس که خداوند، دائماً به دنبال مجازات افراد است) و راهبردهای مقابله‌ای مثبت مذهبی (برای مثال، استفاده از سیستم باورهای مذهبی و معنوی که موجب افزایش امید و انعطاف‌پذیری در مواجهه با مشکلات می‌شوند) نیز مهم است (Pargament, Tarakeshwar, Ellison, & Wulff, 2001). به گونه‌ای که اولی، موجب افزایش افسردگی می‌شود، درحالی که دومی، به شکل بالقوه می‌تواند نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد (Braum & Koenig, 2019; Harold G Koenig et al., 2012).

پژوهش‌های اندکی نیز در داخل کشور برای بررسی رابطه میان افسردگی و سبک‌زندگی اسلامی انجام شده است (Ahmadi, HoseiniMotlagh, & Haratian, 2015; Biderafsh & Nasrollahi, 2020) که یافته‌های آنها حاکی از آن است که همبستگی منفی بین اضطراب و افسردگی با سبک‌زندگی اسلامی وجود دارد. پژوهش حاضر، از دو جهت با پژوهش‌های مذکور تفاوت دارد. اول اینکه در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شده که نسبت به روش تحلیل رگرسیون، اطلاعات دقیق‌تری از رابطه میان متغیرها در اختیار پژوهش‌گر قرار می‌دهد. دوم اینکه در پژوهش حاضر، از پرسش‌نامه جدیدی برای سنجش سبک‌زندگی اسلامی استفاده شده است که برخلاف پرسش‌نامه سبک‌زندگی اسلامی کاویانی (Kaviani, 2012)، تأکید بیشتری بر سنجش مؤلفه‌های رفتاری قابل‌اصلاح سبک‌زندگی دارد. بنابراین هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی بر مبنای سبک‌زندگی اسلامی از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری است.

روش

پژوهش حاضر، از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه بزرگسالان ۱۸ تا ۷۰ سال ساکن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ بود که تعداد آنها حدوداً دو میلیون نفر برآورد شده بود. هرچند توافق لازم در مورد تخمین حجم نمونه برای پژوهش‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری وجود ندارد، اما براساس جدول مورگان،

حدوداً ۵۴۰ آزمودنی، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های سبک‌زندگی اسلامی (Toghyani, 2017) و نسخه فارسی ویرایش دوم افسردگی بک (Ghassemzadeh, Mojtabai, Karamghadiri, & Ebrahimkhani, 2005) را تکمیل کردند. بعد از حذف مواردی که سوالات پرسش‌نامه را به صورت کامل پاسخ نداده بودند یا اطلاعات آنها به شکل کامل تکمیل نشده بود، نهایتاً داده‌های به دست آمده از ۴۷۳ آزمودنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شیوه نمونه‌گیری به این شکل بود که از میان دانشگاه‌های شهر اصفهان، دو دانشگاه که در مجموع، نزدیک به ۲۰ هزار دانشجو داشتند و محقق، دسترسی راحت‌تری به آنها داشت، انتخاب شدند. حدوداً ۱۷۰ دانشجو، پرسش‌نامه‌ها را دریافت کردند و از آنها درخواست شد، علاوه بر خودشان حداقل دو نفر از اعضای خانواده‌شان نیز به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند. هدف از انجام این کار، این بود که داده‌ها از جامعه آماری وسیع‌تر و نه صرفاً دانشجویان جمع‌آوری شود. رضایت آگاهانه آزمودنی‌ها برای پاسخ‌گویی به سؤالات، تنها ملاک ورود به پژوهش و ناقص بودن پرسش‌نامه‌ها، تنها ملاک خروج آزمودنی‌ها از پژوهش بود. شرکت آزادانه و دواطلبانه آزمودنی‌ها در پژوهش و محرمانه ماندن پاسخ‌ها و استفاده از کد عددی به جای اسامی آزمودنی‌ها، از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت؛ در سطح توصیفی، جهت سنجش متغیرهای پژوهش از شاخص‌های میانگین و انحراف‌معیار استفاده شد. در سطح استنباطی، جهت بررسی روابط میان متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۰ نرم‌افزارهای SPSS و AMOS تجزیه و تحلیل شد.

ابزار پژوهش

نسخه فارسی ویرایش دوم پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) (Ghassemzadeh et al., 2005). این آزمون، نسخه تجدید نظر شده نسخه اصلی آزمون خود-گزارش‌گر بک است که توسط بک و همکاران (Beck, Steer, & Brown, 1996) طراحی شده است. این پرسش‌نامه، ۲۱ ماده دارد و هر ماده دارای ۴ جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از ۰ تا ۳ درجه‌بندی می‌کند. بالاترین نمره در این پرسش‌نامه، ۶۳ است. این پرسش‌نامه دارای دو خرده‌مقیاس مؤلفه شناختی - عاطفی و مؤلفه جسمانی است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه، مکرراً مورد بررسی

قرار گرفته است. قاسم‌زاده و همکاران (Ghassemzadeh et al., 2005) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۷، ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۴ و همبستگی آن را با ویرایش اول این پرسش‌نامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند.

پرسش‌نامه سبک‌زندگی اسلامی (Toghyani, 2017). این پرسش‌نامه توسط طغیانی و همکاران (Toghyani, 2017) ساخته شده است. این پرسش‌نامه ۵۰ سؤالی در ۶ بُعد تنظیم شده که شامل روابط بین فردی، تغذیه، تفریح و اوقات فراغت، خواب - بیداری، فعالیت مذهبی و فعالیت جسمانی می‌شود. آن‌چه پرسش‌نامه حاضر را از آزمون سبک‌زندگی اسلامی کاویانی (Kaviani, 2012) متمایز می‌کند، تأکید بر بُعد رفتاری مؤلفه‌های سبک‌زندگی اسلامی است. کم‌ترین نمره در این پرسش‌نامه، ۰ و بیش‌ترین نمره، ۲۰۰ خواهد بود؛ نمره بالاتر به معنای نزدیکی بیشتر سبک‌زندگی فرد به سبک‌زندگی اسلامی است. پایایی کل پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ می‌باشد که میزان مناسبی برای تأیید پایایی پرسش‌نامه است. همچنین همه عوامل پرسش‌نامه با نمره کل پرسش‌نامه همبستگی مثبت و معناداری دارند. ضمناً روایی همزمان آن با آزمون سبک‌زندگی اسلامی (Kaviani, 2012) به‌دست آمده است (Toghyani et al., 2018a).

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگانی که به پرسش‌نامه‌ها پاسخ داده بودند، به این شرح است. میانگین سنی شرکت‌کنندگان، ۲۸/۵۴ سال (با انحراف معیار ۹/۵۶) بود. ۷۸/۳ درصد از پاسخ‌دهندگان، مؤنث و بقیه مذکر بودند. یافته‌های مربوط به تحصیلات شرکت‌کنندگان به این قرار بود: ابتدایی، ۲/۳ درصد، سیکل، ۶/۱ درصد، دیپلم، ۳۰ درصد، فوق‌دیپلم، ۱۰/۲ درصد، کارشناسی، ۴۵/۹ درصد، کارشناسی ارشد، ۳/۸ درصد و دکتری، ۱/۱ درصد. ۶۰/۵ درصد از شرکت‌کنندگان مجرد و بقیه، متأهل بودند. ۲۲/۸ درصد از شرکت‌کنندگان شاغل و بقیه غیرشاغل بودند.

میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان در مورد پرسش‌نامه سبک‌زندگی اسلامی و ویراست دوم پرسش‌نامه افسردگی یک همراه با زیرمقیاس‌های آنها در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سبک‌زندگی اسلامی	۴۷۳	۱۰۷/۸۹	۲۴/۲۶
روابط بین فردی	۴۷۳	۲۲/۸۲	۵/۳۱
فعالیت جسمی	۴۷۳	۳/۵۶	۱/۲۱
تفریح و اوقات فراغت	۴۷۳	۱۳/۵۷	۴/۱۳
خواب - بیداری	۴۷۳	۱۷/۶۶	۴/۵۵
فعالیت مذهبی	۴۷۳	۲۲/۶۹	۸/۹۵
تغذیه	۴۷۳	۲۹/۵۸	۷/۸۵
افسردگی	۴۷۳	۱۴/۷۲	۱۰/۷۴
شناختی - عاطفی	۴۷۳	۹/۳۸	۷/۶۸
جسمانی	۴۷۳	۵/۳۵	۳/۸۰

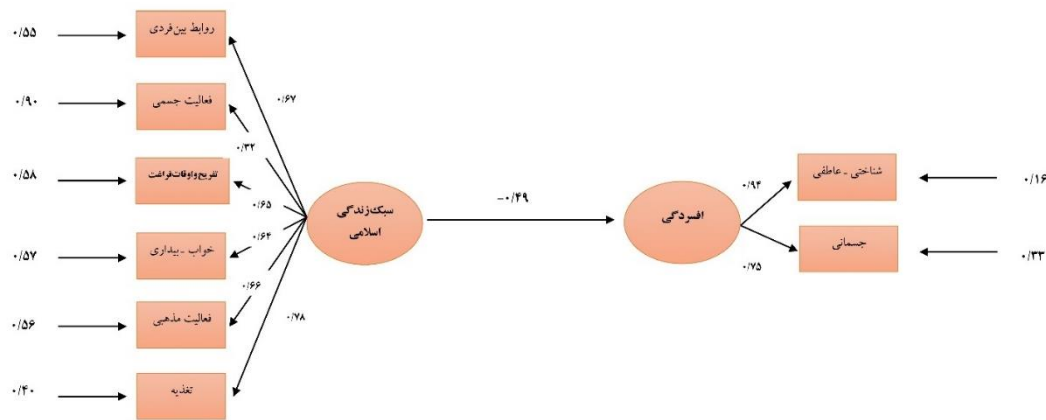
از آنجا که یکی از مفروضات مهم در مدل‌سازی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر)، وجود همبستگی معنادار بین متغیرها است، ماتریس همبستگی متغیرها در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱) سبک زندگی اسلامی	۱									
۲) روابط بین فردی	۰/۷۰۴**	۱								
۳) فعالیت جسمی	۰/۳۱۷**	۰/۱۷**	۱							
۴) تفریح و اوقات فراغت	۰/۶۸۱**	۰/۴۸۴**	۰/۳۲۸**	۱						
۵) خواب - بیداری	۰/۷۴۱**	۰/۳۷۹**	۰/۱۸۴**	۰/۳۷۴**	۱					
۶) فعالیت مذهبی	۰/۸۲۰**	۰/۴۱۷**	۰/۱۶۷**	۰/۴۱۲**	۰/۵۸۱**	۱				
۷) تغذیه	۰/۸۴۱**	۰/۵۲۴**	۰/۲۴۱**	۰/۵۱۱**	۰/۵۶۷**	۰/۵۳۳**	۱			
۸) افسردگی	-۰/۳۷۷**	-۰/۳۹۹**	-۰/۲۲۱**	-۰/۴۰۲**	-۰/۲۴۱**	-۰/۱۹۱**	-۰/۲۹۵**	۱		
۹) شناختی - عاطفی	-۰/۳۴۶**	-۰/۳۶۸**	-۰/۱۹۹**	-۰/۳۶۰**	-۰/۲۲۴**	-۰/۱۶۹**	-۰/۲۷۷**	۰/۹۶۹**	۱	
۱۰) جسمانی	-۰/۲۶۷**	-۰/۲۴۲**	-۰/۱۸۴**	-۰/۳۰۹**	-۰/۲۰۶**	-۰/۱۴۸**	-۰/۱۸۲**	۰/۸۶۶**	۰/۷۱۶**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱

باتوجه به اینکه همه همبستگی‌های به دست آمده میان سبک زندگی اسلامی و افسردگی و زیرمقیاس‌های آنها منفی و معنادار است، از این رو امکان بررسی مدل وجود دارد. مدل به دست آمده همراه با شاخص‌های برازش مربوط به آن در ادامه آورده شده است.



شکل ۱. الگوی پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی براساس مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی براساس مدل‌سازی معادلات ساختاری

همان‌طور که نتایج مربوط به الگوی تدوین شده نشان می‌دهد، حدوداً ۵۰ درصد از واریانس نشانه‌های افسردگی توسط مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی تبیین می‌شود. برازش کلی مدل‌های معادلات ساختاری با سه شاخص کلی برازش مطلق، نسبی و تعدیل‌شده نشان داده می‌شود.

(Walsh, 2011) نتایج پژوهش حاضر، همچنین همسو با یافته‌های گارسیا -تورو و همکاران (García-Toro et al., 2012)، گوراسی و همکاران (Goracci et al., 2016)، طغیانی و همکاران (Toghyani et al., 2018a) است که همگی حاکی از آن هستند که اصلاح سبک زندگی می‌تواند موجب کاهش معنادار نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی شود. یافته‌های این پژوهش، با نتایج تحقیقات احمدی و همکاران (Ahmadi et al., 2015) و بیدرفشت و همکاران (Biderafsh & Nasrollahi, 2020) نیز همسو است؛ در هر دو تحقیق، همبستگی منفی معناداری بین اضطراب و افسردگی با سبک زندگی اسلامی گزارش شده است.

سازوکارهایی که می‌توانند توضیح دهند چرا بین سبک زندگی اسلامی و نشانه‌های افسردگی، همبستگی منفی معناداری وجود دارند، پیچیده هستند اما به صورت مختصر می‌توان به این موارد اشاره کرد. اصلاح سبک زندگی، تغییراتی را در سطوح مختلف زیستی روانی اجتماعی به همراه دارد که می‌تواند در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر باشد. داشتن فعالیت جسمانی منظم می‌تواند تعادل سیستم‌های سرتونریک، دوپامتریک و نورآدرنژیک را به نحوی تنظیم کند که در مسیری خلاف مسیر استرس قرار گیرند (Pareja-Galeano et al., 2016). این عامل همچنین می‌تواند خودکارآمدی و عزت نفس را افزایش و افکار منفی و نشخوار فکری را کاهش دهد (Cooper et al., 2020).

مطالعات نشان داده است که التزام به رژیم غذایی مدیترانه‌ای (مصرف زیاد سبزیجات تازه، میوه‌های متنوع، روغن زیتون و ماهی) می‌تواند سطوح مونوآمین مغز را و نیز عامل نورونزایی مشتق شده از مغز (-brain derived neurotrophic factor) را به شکل مثبتی تغییر دهد؛ اینها مولفه‌هایی هستند که در افراد مبتلا به افسردگی، کاهش پیدا می‌کنند (Sánchez-Villegas et al., 2016). رعایت توصیه‌های مربوط به بهداشت خواب هم می‌توان نوروشیمی مغز (ترشح کورتیزول، هورمون تحریک کننده تیروئید، ملاتونین و مونوآمین‌ها) را بهبود بخشد و به مدیریت بهتر افسردگی کمک کند (Kronfeld-Schor & Einat, 2012).

مشارکت در انجام امور مذهبی، یکی از مؤلفه‌های مهم در مقابله با افسردگی است (Harold G Koenig et al., 2014). انجام فعالیت‌های مذهبی و معنوی به افراد مبتلا به افسردگی، کمک می‌کند معنا و هدف در زندگی

متخصصان آماری معتقدند مقادیر ۱ تا ۵ برای شاخص کای اسکوئر/درجه آزادی به صورت نسبی مناسب است و مقادیر نزدیک به ۲ تا ۳ بسیار خوب تفسیر می‌شوند. بنابراین مقدار گزارش شده در جدول، حاکی از وضعیت بسیار خوب برای این مدل است. همچنین مقادیر بالاتر از ۰/۹ برای شاخص‌های نسبی، به عنوان مقادیر قابل قبول تفسیر می‌شوند. به این ترتیب، شاخص برازش توکر لویس (TLI) و شاخص برازش نسبی CFI ۰/۹ بوده که حاکی از تأیید شاخص نسبی مدل است. برای شاخص‌های برازش تعدیل شده PNFI مقادیر ۰/۵ و بالاتر، مقادیر قابل قبولی، تلقی می‌شوند. شاخص‌های برازش تعدیل شده در این مدل نیز مناسب گزارش شده است. در نهایت، مقدار شاخص ریشه دوم میانگین مربعات باقی مانده (RMSEA) باید برای برازش مدل بررسی شود که میزان مناسب برای آن مقادیر بین ۰/۰۵ تا ۰/۱ اعلام شده است (Hooper, 2008). در این مدل، این میزان قابل قبول می‌باشد. بنابراین الگوی فوق از لحاظ آماری، تأیید می‌شود. نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل، در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های کلی برازش							
تعدیل شده		نسبی			مطلق		
RMSEA	PNFI	CFI	TLI	χ^2/df	P	df	η^2
۰/۰۹	۰/۸۰	۰/۹۰	۰/۹۰	۱۸۵	۱۰۰	۸۴	۳۲۶/۴۳
		۰	۰	۳	۰	۵	۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که همبستگی منفی معناداری بین سبک زندگی اسلامی و نشانه‌های افسردگی وجود دارد؛ به نحوی که حدود نیمی از واریانس مربوط به نشانه‌های افسردگی، توسط سبک زندگی اسلامی، قابل تبیین است (شکل ۱). همچنین نتایج حاکی از آن بود که همبستگی منفی معناداری بین سبک زندگی اسلامی و تمام زیرمقیاس‌های آن با نشانه‌های افسردگی وجود دارد (جدول ۲). یافته‌های پژوهش حاضر، همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهند اصلاح سبک زندگی می‌تواند موجب کاهش استرس و اضطراب شود، خواب و خلق را بهبود بخشد و موجب افزایش عزت نفس شود (Sarris et al., 2014;)

را حفظ کنند، بنابراین برای یک فرد مذهبی، فرایند بهبودی از افسردگی، سریع تر اتفاق می افتد (Nelson, Rosenfeld, Breitbart, & Galietta, 2002).

یافته‌های پژوهشی همچنین نشان داده‌اند که افزایش حمایت اجتماعی، عاملی محافظ علیه افسردگی است و سطوح پایین حمایت اجتماعی یا عاطفی با ایجاد و تداوم افسردگی ارتباط دارد (Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason, & Haro, 2015). چندین مکانیزم احتمالی وجود دارد که می‌تواند ارتباط میان انزوای اجتماعی و افسردگی را تبیین کند. داشتن روابط اجتماعی مطلوب، میزان استرس ادراک شده توسط افراد را کاهش می‌دهد، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، نشخوار فکری را نیز کاهش می‌دهد، همچنین روابط اجتماعی می‌تواند حمایت اجتماعی را به دنبال داشته باشد، روابط صمیمانه میان زوجین و رضایت زناشویی را افزایش دهد و همه این عوامل می‌توانند در کاهش نشانه‌های افسردگی، مؤثر باشند (Teo, Choi, & Valenstein, 2013).

تفریح کردن نیز به عنوان یکی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر برای مواجهه با رویدادها یا هیجانات منفی زندگی در نظر گرفته شود (Sarris et al., 2014). انجام فعالیت‌های مفرح می‌تواند توجه فرد مبتلا به افسردگی را از نگرانی‌های پیرامونش بر جنبه‌های مثبت یا خنثی محیط متمرکز کند و امکان تجربه عواطف مثبت را نیز برای او فراهم می‌کند (Nimrod, Kleiber, & Berdychevsky, 2012). یافته‌های پژوهشی بیانگر آن است که مشارکت منظم در انجام فعالیت‌های مفرح، موجب افزایش سلامت روان و کاهش خلق افسرده می‌شود (Street, James, & Cutt, 2007).

به‌طور کلی، این‌طور به نظر می‌رسد که توصیه‌های دین مبین اسلام در مورد همه مولفه‌های سبک زندگی که در بالا به آنها اشاره شد، می‌تواند در مدیریت افسردگی مؤثر باشد (Toghyani, Kajbaf, & Ghamarani, 2018b). اسلام همواره پیروان خود را به داشتن یک زندگی متعادل دعوت می‌کند. بنابراین بر مبنای آموزه‌های دینی (برگرفته از آیات قرآن و روایات) باید از نظر جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و مذهبی - معنوی، سالم و قوی باشند (Harold George Koenig & AlShohaib, 2014). سلامت جسمانی، یکی از مهم‌ترین جنبه‌های مورد تأکید در سبک زندگی اسلامی است. از دیدگاه نبی مکرم اسلام صلی‌الله‌علیه‌وآله مؤمنی که از نظر جسمی، قوی تر است نزد خداوند متعال از مؤمنی که تلاشی

برای تقویت بنیان جسمی خودش نمی‌کند، محبوب تر و بهتر است (Sabry & Vohra, 2013). اسلام پیروانش را به انجام فعالیت‌های جسمانی‌ای مانند شنا کردن، پیاده‌روی، دویدن، اسب‌سواری و کشتی گرفتن دعوت می‌کند (Marwat, Zia-ul-Islam, Waseem, & Khattak, 2014). و همان‌طور که قبلاً اشاره شد، نقش سلامت جسمانی در رهایی از نشانه‌های افسردگی نباید مورد غفلت واقع شود.

آموزه‌های اسلامی، بر داشتن یک رژیم غذایی سالم و متعادل، تأکید می‌کنند. رژیمی که شامل گوشت قرمز، ماهی، شیر تازه، غلات، میوه و سبزیجات باشد (Hossain, 2014). در اسلام، مصرف هر چیزی که به سلامت جسمی و روانی فرد آسیب وارد کند (استعمال دخانیات، مصرف نوشیدنی‌های الکلی و ...) ممنوع است (Harold George Koenig & AlShohaib, 2014). توصیه‌های دین اسلام در مورد یک رژیم غذایی سالم و متعادل، بسیار شبیه به توصیه‌های رژیم غذایی مدیترانه‌ای است، و همان‌طور که قبلاً بیان شد، تحقیقات نشان داده‌اند که التزام به چنین رژیم غذایی می‌تواند در کاهش نشانه‌های افسردگی، مؤثر باشد. علاوه بر این یافته‌های پژوهش پلتزر و پنگپید (Peltzer & Pengpid, 2015) نشان داد که کنار گذاشتن استعمال دخانیات و کاهش مصرف الکل، افسردگی و اضطراب افراد را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد.

آموزه‌های دینی، بر داشتن یک خواب کافی و باکیفیت در شب تأکید دارند؛ به‌نحوی که زود خوابیدن در اوایل شب و بیدار شدن قبل از نماز صبح، به‌شدت در اسلام مورد تأکید واقع شده است (Javadi Amoli, 2012). همان‌طور که اشاره شد، تنظیم چرخه خواب - بیداری، یکی از مداخلات رایج در برنامه‌های درمانی مبتنی بر تغییر سبک زندگی برای افراد مبتلا به افسردگی است.

در حوزه انجام فعالیت‌های مذهبی، دین مبین اسلام از پیروانش می‌خواهد ۵ مرتبه در طول شبانه‌روز به نماز بایستند. در طول شبانه‌روز، آیاتی از قرآن را تلاوت و در آنها تدبیر کنند و در ماه مبارک رمضان، روزه بگیرند. کمک کردن به دیگران در قالب‌های مختلف آن از جمله مالی، جسمی، عقلی و ... همه از جمله رفتارهای مذهبی مورد تأکید در دین اسلام هستند. این‌طور به نظر می‌رسد که التزام صحیح به انجام این امور می‌تواند در مدیریت افسردگی مؤثر باشد (Toghyani et al., 2018b). یافته‌های پژوهشی

on healthy living improves psychopathological severity and lifestyle quality in psychiatric patients: preliminary findings from a controlled study. *Journal of Mental Health*, 26(3), 271-275 .

- Biderafsh, A., & Nasrollahi, Z. (2020). Relationship of Islamic Lifestyle with Depression and Anxiety among the Students of Qom University of Medical Sciences in 2018. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 7(3), 51-55 .
- Blow, A. J., Swiecicki, P., Haan, P., Osuch, J. R., Symonds, L. L., Smith, S. S., . . . Boivin, M. J. (2011). The emotional journey of women experiencing a breast abnormality. *Qualitative Health Research*, 21(10), 1316-1334 .
- Braam, A. W., & Koenig, H. G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 257, 428-438 .
- Conn, V. S. (۲۰۱۰). Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: meta-analysis findings. *Annals of behavioral Medicine*, 39(2), 128-138 .
- Cooper, A. D., Warner, S. G., Rivera, A. C., Rull, R. P., Adler, A. B., Faix, D. J., . . . LeardMann, C. A. (2020). Mental health, physical health, and health-related behaviors of US Army Special Forces. *Plos one*, 15(6), e0233560 .
- Da Silva, M. A., Singh-Manoux, A., Brunner, E. J., Kaffashian, S., Shipley, M. J., Kivimäki, M., & Nabi, H. (2012). Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: the Whitehall II study. *European journal of epidemiology*, 27(7), 537-546 .
- García-Toro, M., Ibarra, O., Gili, M., Serrano, M. J., Oliván, B., Vicens, E., & Roca, M. (2012). Four hygienic-dietary recommendations as add-on treatment in depression: a randomized-controlled trial. *Journal of affective disorders*, 140(2), 200-203 .
- Gerwood, J. (2005). *A case of overcoming substance abuse by finding meaning anchored in a religious experience*. Paper presented at the INTERNATIONAL FORUM FOR LOGOTHERAPY.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabei, 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 .
- Goracci, A., Rucci, P., Forgiione, R., Campinoti, G., Valdagno, M., Casolaro, I., . . . Fagiolini, A. (2016). Development, acceptability and efficacy of a standardized healthy lifestyle intervention in recurrent depression. *Journal of affective disorders*, 196, 20-31 .
- Hayley, A. C., Williams, L. J., Venugopal, K., Kennedy, G. A., Berk, M., & Pasco, J. A. (2015). The relationships between insomnia, sleep apnoea and depression: findings from the American National Health and

niz حاکی از آن است که کمک کردن داوطلبانه به دیگران با داشتن کمتر نشانه‌های افسردگی مرتبط است (Wilson, 2012).

حفظ و گسترش روابط اجتماعی در میان اعضای خانواده، بستگان، دوستان و همسایه‌ها توصیه‌های مؤکد در دین اسلام هستند (Muhammadi Rayshahri, 2008) و همان‌طور که قبلاً اشاره شد، حمایت اجتماعی، یکی از عناصر مهم برای کمک به افراد مبتلا به افسردگی، جهت مقابله با این اختلال است. تعامل با طبیعت و سفر کردن نیز یکی از عوامل مؤثر بر افزایش شادکامی از منظر اسلام است (Muhammadi Rayshahri, 2008). بنابراین بر مبنای یافته‌های پژوهشی در مورد نقش انجام امور مفرح در مدیریت مؤثر افسردگی، به نظر می‌رسد توصیه‌های اسلام در این حوزه نیز می‌تواند در کاهش نشانه‌های افسردگی، مؤثر باشد.

بنابراین به‌طور کلی می‌توان این‌طور جمع‌بندی کرد که به‌نظر می‌رسد التزام به سبک زندگی اسلامی به‌عنوان یک راهکار ساده و مقرون‌به‌صرفه می‌تواند هم در موارد خفیف افسردگی به‌صورت مستقل به افراد مبتلا به این اختلال توصیه شود و هم در موارد شدید، به‌عنوان یک مداخله مکمل در کنار دارودرمانی و روان‌درمانی‌های رایج مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود محققان، مداخلاتی را بر مبنای سبک زندگی اسلامی برای درمان افسردگی طراحی کنند و از طریق انجام کارآزمایی‌های بالینی متعدد، اثربخشی آن را بررسی کنند. همچنین به‌نظر می‌رسد محققان می‌توانند در پژوهش‌های آتی خود، نقش متغیرهای میانجی در ارتباط بین سبک زندگی اسلامی و افسردگی را بررسی کنند.

منابع

- Ahmadi, M., HoseiniMotlagh, M., & Haratian, A. (2015). Relationship between adherence to Islamic lifestyle with depression and anxiety. *Two quarterly periodical Scholarly Specialized*, 1(1), 31-45 .
- Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y. -J., & Nath, R. (2011). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of religion and spirituality*, 6(1), 9-21 .
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., . . . Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of affective disorders*, 135(1), 10-19 .
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498 .
- Bersani, F. S., Biondi, M., Coviello, M., Fagiolini, A., Majorana, M., Minichino, A., . . . Coccanari de'Fornari, M. A. (2017). Psychoeducational intervention focused

- Muhammadi Rayshahri, M. (2008). *Scale of Wisdom: A Compendium of Shi'a Hadith: Bilingual Edition*. London: ICAS Press.
- Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galletta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), 213-220 .
- Nimrod, G., Kleiber, D. A., & Berdychevsky, L. (2012). Leisure in coping with depression. *Journal of Leisure Research*, 44(4), 419 .
- Pareja-Galeano, H., Mayero, S., Perales, M., Garatachea, N., Santos-Lozano, A., Fiuza-Luces, C., . . . Lucia, A. (2016). Biological rationale for regular physical exercise as an effective intervention for the prevention and treatment of depressive disorders. *Current pharmaceutical design*, 22(24), 3764-3775 .
- Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G., & Wulff, K. M. (2001). Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *Journal for the scientific study of religion*, 40(3), 497-513 .
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2015). Anxiety and depression symptoms following smoking cessation and/or brief alcohol treatment among moderate risk smokers and drinkers. *Journal of Psychology in Africa*, 25(4), 361-363 .
- Quirk, S. E., Williams, L. J., O'Neil, A., Pasco, J. A., Jacka, F. N., Housden, S., . . . Brennan, S. L. (2013). The association between diet quality, dietary patterns and depression in adults: a systematic review. *BMC psychiatry*, 13(1), 175 .
- Ripoll, M. S., Oliván-Blázquez, B., Vicens-Pons, E., Roca, M., Gili, M., Leiva, A., . . . García-Toro, M. (2015). Lifestyle change recommendations in major depression: Do they work? *Journal of affective disorders*-٢٢١, ١٨٢, ٢٢٨
- Sabry, W. M., & Vohra, A. (2013). Role of Islam in the management of psychiatric disorders. *Indian journal of psychiatry*, 55(Suppl 2), S205 .
- Sánchez-Villegas, A., Ruíz-Canela, M., Gea, A., Lahortiga, F., & Martínez-González, M. A. (٢٠١٦). The association between the Mediterranean lifestyle and depression. *Clinical Psychological Science*, 4(6), 1085-1093 .
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 175, 53-65 .
- Sarris, J., O'Neil, A., Coulson, C. E., Schweitzer, I., & Berk, M. (2014). Lifestyle medicine for depression. *BMC psychiatry*, 14(1), 107 .
- Song, M. R., Lee, Y. S., Baek, J. D., & Miller, M. (2012). Physical activity status in adults with depression in the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005–2006. *Public Health Nursing*, 29(3), 208-217 .
- Street, G., James, R., & Cutt, H. (2007). The relationship between organised physical recreation and mental Nutrition Examination Survey, 2005–2008. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(2), 156-170 .
- Hodge, D. R., Zidan, T., & Husain, A. (2015). Depression among Muslims in the United States: Examining the role of discrimination and spirituality as risk and protective factors. *Social work*, 61(1), 45-52 .
- Hook, J. N., Worthington, E. L., Davis, D. E., Jennings, D. J., Gartner, A. L., & Hook, J. P. (2010). Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of clinical psychology*, 6٠, ١٢٠-١٢٦
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, 53-60 .
- Hossain, M. Z. (2014). What does Islam say about dieting? *Journal of religion and health*, 53(4), 1003-1012 .
- James, A., & Wells, A. (2003). Religion and mental health: Towards a cognitive-behavioural framework. *British journal of health psychology*, 8(3), 359-376 .
- Javadi Amoli, A. (2012). *Mafatih al-hayat [The Keys of Life] (In Arabic)*. Qom: Esra.
- Kaviani, M. (2012). *Islamic lifestyle and its testing instrument*. Qom: Research Institute of Hawzeh and University.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Jaremka, L. M., & Hughes, S. (2014). Psychiatry and social nutritional neuroscience. *World Psychiatry*, 13(2), 151-152 .
- Koenig, H. G., & AlShohaib, S. (2014). *Health and Well-Being in Islamic Societies*. London: Springer.
- Koenig, H. G., Berk, L. S., Daher, N. S., Pearce, M. J., Bellinger, D. L., Robins, C. J., . . . King, M. B. (٢٠١٤). Religious involvement is associated with greater purpose, optimism, generosity and gratitude in persons with major depression and chronic medical illness. *Journal of psychosomatic research*, 77(2), 135-143 .
- Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (٢٠١٢). *Handbook of religion and health*. London: Oxford University Press.
- Kronfeld-Schor, N., & Einat, H. (2012). Circadian rhythms and depression: human psychopathology and animal models. *Neuropharmacology*, 62(1), 101-114 .
- Lopresti, A. L., Hood, S. D., & Drummond, P. D. (2013). A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. *Journal of affective disorders*, 148(1), 12-27 .
- Marwat, M. K., Zia-ul-Islam, S., Waseem, M., & Khattak, H. (٢٠١٤). Islamic Perspectives with Reference to Health and Participation in Sports. *Asian Journal of Social Sciences & Humanities Vol*, 3, 3 .
- Mir, G., Meer, S., Cottrell, D., McMillan, D., House, A., & Kanter, J. W. (2015). Adapted behavioural activation for the treatment of depression in Muslims. *Journal of affective disorders*, 180, 190-199 .

- health. *Health Promotion Journal of Australia*, 18(3), 236-239 .
- Ten Kate, J., de Koster, W., & van der Waal, J. (2017). The effect of religiosity on life satisfaction in a secularized context: Assessing the relevance of believing and belonging. *Review of religious research*, 59(2), 135-155 .
- Teo, A. R., Choi, H., & Valenstein, M. (2013). Social relationships and depression: ten-year follow-up from a nationally representative study. *Plos one*, 8(4), e62396 .
- Toghyani, M. (2017). *Psychometric properties of a Short-form of Islamic Lifestyle Questionnaire*: Unpublished Manuscript.
- Toghyani, M., Kajbaf, M. B., & Ghamarani, A. (2018a). Adherence to Islamic lifestyle as a cost-effective treatment for depression. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(8), 797-809 .
- Toghyani, M., Kajbaf, M. B., & Ghamarani, A. (2018b). What Does Islamic Lifestyle Say about Depression Management? *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 20(7), 1-8 .
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, 66(7), 579 .
- Wilson, J. (2012). Volunteerism research: A review essay. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 41(2), 176-212 .

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the relationship between the Islamic lifestyle and depression. The research method is descriptive and correlational. The statistical population was all adult citizens of Isfahan city during 2015. 473 students were selected using the convenience sampling method. They completed the Islamic lifestyle questionnaire and the second version of the Beck depression inventory. Data were analyzed through structural equation modelling using SPSS and AMOS. Results showed that the direct effect of the Islamic lifestyle on depression symptoms was high and significant ($\beta = -0.49$, $P < 0.001$). It can be said that about fifty percent of depression symptoms could be explained by the Islamic lifestyle. According to the goodness of model fitness indexes, it appears that adherence to the Islamic lifestyle can be effective in depression management, so this should be considered in depression-related interventions.

Keywords: Depression, Islam, Lifestyle