

## تنظیم درمان گرانه سبک زندگی: یک مداخله کوتاه مدت برای پیشگیری و درمان اضطراب بر اساس درمان چندبعدی معنوی خداسو

امین جان بزرگی \*

مسعود جان بزرگی \*\*

### چکیده

سبک زندگی به عنوان عاملی زمینه ساز برای سلامت یا اختلال روانی اهمیت زیادی دارد. عدم تنظیم سبک زندگی از یک سو زمینه را برای اختلال روانی فراهم می کند و از سوی دیگر باعث تداوم و تشدید اختلال روان شناختی می شود. هدف پژوهش حاضر، معرفی روش مداخله برای تنظیم سبک زندگی است که بر اساس تجربه بالینی حاصل شده است.

داده های جمع آوری شده بر اساس پرسشنامه سبک زندگی (که به همین منظور تهیه شده است)، مشاهده بالینی، تست اضطراب کنترل و بررسی متون دینی به دست آمده است و از نظر کمی و کیفی، تجزیه و تحلیل شده است. این مطالعه در یک پروتکل ده جلسه ای صورت گرفته است که در آن از یک سو افراد روش تدریجی تنش زدایی بدنی - ذهنی را تمرین می کنند و از سوی دیگر سبک زندگی خود را متعادل می کنند. این برنامه، مداخله سبک زندگی را در چند بخش کنش های کلی (خواب، خوراک، ورزش، بهداشت و رابطه جنسی)، مدیریت ذهن و مدیریت روابط مورد توجه قرار داده است و بر اساس برنامه بالینی جان بزرگی و نوری تنظیم شده است که سال ها برای مراجعان مختلف استفاده شده است. برنامه گفته شده برای ۴۲ نفر از مراجعان مضطرب که داوطلب شرکت در برنامه گروهی بودند، اجرا و نتایج آن گزارش شده است.

نتایج نشان داد که پروتکل تنظیم سبک زندگی در قالب یک روش درمان گروهی برای اضطراب، هم از نظر کارشناسان و هم از نظر بالینی، اعتبار لازم را دارد و می تواند در سطح بالایی، بُعد معنوی سبک زندگی را در افراد فعال کند. تنظیم سبک زندگی با فعال سازی بعد معنوی، می تواند اضطراب افراد را در سطح شخصیت به طور معناداری کاهش دهد و از عود اختلال روان شناختی پیشگیری کند؛ آرامش ناشی از این تنظیم نیز به رفع مشکلات روان شناختی کمک می کند. همچنین در این برنامه، اضطراب آشکار و پنهان، اضطراب اجتماعی (عامل L) و خودسرزنشگری (عامل O)، به طور معناداری کاهش یافته و قدرت «من» (عامل C)، هشیاری نسبت به خود (عامل Q3) و آرامش روانی (عامل Q4) به طور معنادار افزایش داشته است. در نتیجه تنظیم درمان گرانه سبک زندگی بر اساس درمان معنوی خداسو، می تواند هم جنبه تعادل بخش و هم تعالی بخش داشته باشد.

**واژگان کلیدی:** سبک زندگی، درمان معنوی خداسو، اضطراب، سلامت روانی.

\* کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

amin.janbozorgi2000@gmail.com

\*\* استاد گروه روان شناسی پژوهشگاه علوم رفتاری حوزه و دانشگاه، قم، ایران.

mjanbozorgi@rihu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۸

## مقدمه

سبک زندگی را باید به نقشه شناختی یا ذهنی درباره کارکرد دنیا (مانیاک و موسک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴، ۳) برای تنظیم امکانات (منابع)، برنامه‌ها، انگیزه‌ها، هیجان‌ها و رفتار خود به منظور رسیدن به اهداف تعریف کرد. برخی سبک زندگی را کل به هم پیوسته صورت‌هایی می‌دانند که افراد یک جامعه، مطابق انگیزه‌های درونی و سد خودشان و به واسطه تلاشی که برای ایجاد توازن میان شخصیت ذهنی و زیست محیط عینی و انسانی‌شان انجام می‌دهند، برای زندگی خود برمی‌گزینند. سبک‌های زندگی مجموعه‌ای از طرز تلقی‌ها، الگوها، ارزش‌ها، شیوه‌های رفتار، سلیقه‌ها، نوع مصرف و وسایل زندگی است که غالباً اقدامی جمعی است و شماری از افراد در یک نوع سبک زندگی، اشتراک‌هایی پیدا می‌کنند و این اشتراک‌ها به صورت نمادین در جامعه مطرح و موجب هویت بخشی به شخص و گروه‌های اجتماعی می‌شود. امروزه سبک زندگی عاملی تأثیرگذار در تمامی جنبه‌های زندگی دانسته می‌شود (مهدوی‌کنی ۱۳۸۷).

سبک زندگی الگوی منحصربه‌فردی از ویژگی‌ها، رفتارها و عادت‌هایی است که هر فرد از خود نشان می‌دهد و در صورت معیوب بودن، او را در معرض آسیب‌های روانی قرار می‌دهد (استاکوس و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). سبک زندگی، طرح و دریافتی اجمالی است از جهان؛ فرآیند در حال گذار و راهی یکتا و فردی برای دستیابی به هدف. به بیان دیگر خلاقیتی است که حاصل کنار آمدن با محیط و محدودیت‌های آن است (دادستان ۱۳۷۶؛ محفوظی و دیگران ۱۳۷۸).

آدلر<sup>۳</sup>، سبک زندگی را کلیت بی‌همتا و فردی تعریف می‌کند که همه فرآیندهای عمومی زندگی ذیل آن قرار دارند (آدلر ۱۹۵۶، ۱۹۱). به نظر آدلر و پیروانش شکل‌گیری سبک زندگی در دوران کودکی است. نگرش‌های اصلی سبک زندگی، وظایف اصلی زندگی و تعامل آنها با یکدیگر است که آن را در قالب درخت سبک زندگی نشان داده‌اند. آنها مفاهیم ارزشی و انسان‌شناختی و فلسفی را مطرح کرده‌اند و تمام زندگی را به صورت یکپارچه به تصویر کشیده‌اند (اسپری<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). سه مؤلفه اساسی سبک زندگی از نظر او، فعالیت (کار)، صمیمیت و هدفمندی است (جان بزرگی و نوری ۱۳۹۴). وقتی انسان فعالیت‌های خود را با صمیمت در راستای هدف خود تنظیم کند، زندگی مطلوبی را تجربه می‌کند. او به اچار به دنبال طرح سبک زندگی به عنوان کلیدی‌ترین عامل شخصیت، از تکالیف زندگی سخن به میان آورد. سه تکلیف اساسی زندگی عبارت بود از عشق، صمیمت (علاقه اجتماعی) و کار (فعالیت)؛

1. Maniac and Mosak  
2. Stathaakos D et al  
3. Adler  
4. Sperry

اما بعدها شاگردان او سه تکلیف دیگر را اضافه کردند که شامل تکالیف مربوط به خود، معنویت و فرزندپروری بود. بدین ترتیب فهرست به نسبت کاملی از تکالیف زندگی تنظیم شد (مانیاک و موسک ۲۰۱۴). در تحلیل سبک زندگی به مجموعه‌ای از باورهای قطعی و یقینی برمی‌وریم که در چهار دسته اصلی قابل طبقه‌بندی اند: (۱) باورهای یقینی درباره خودپنداشت (خود واقعی)، مانند اینکه من کیستم؟ (۲) باورهای یقینی درباره خودآرمانی، مانند اینکه من چه باید باشم؟ (۳) باورهای یقینی درباره دنیا، مانند اینکه دنیا چه ماهیتی دارد و چگونه باید باشد؟ (۴) باور یقینی درباره مسائل اخلاقی؛ باید‌ها و نباید‌ها. ناهماهنگی بین این باورهای یقینی باعث تجربه احساس حقارت می‌شود (جان بزرگی و نوری ۱۳۹۴).

آنچه در ایجاد زندگی سالم نقش دارد مراقبت از سلامت و ارتقای آن است. منظور از ارتقای سلامت، فرایندی است که افراد را قادر می‌سازد توانایی و فعالیت خود را بهبود و وضعیت سلامت خود را افزایش دهند. به دنبال پیروی از قواعد و هنجارهای اجتماعی، پیشرفت، موفقیت، فعالیت‌های سالم و برخورداری از سبک زندگی سالم به دست می‌آید. یکی از مهم‌ترین راه‌هایی که به انسان کمک می‌کند تا از سلامت روانی بیشتری برخوردار باشد، داشتن سبک زندگی سالم است. سبک زندگی روشی است که افراد با توجه به شرایط جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خود، مسائل زندگی روزانه خود را مانند کار، تفریح و نگرش‌ها تنظیم می‌کنند. در داشتن سبک زندگی سالم عوامل متعددی نقش دارد که می‌تواند موجب ارتقای سلامت روانی فرد شود و کیفیت زندگی انسان را بهبود ببخشد (سلمانی و کاشف نیا ۱۳۹۹).

معادل واژه سبک زندگی در آموزه‌های دینی، سیره است. رسیدن به سبک زندگی اسلامی با نگاهی توحیدمحور و رعایت سمت و سوی الهی در کارها؛ توأم با رعایت اخلاق اجتماعی، در گرو شناخت دقیق از آموزه‌های دینی، سیره و سلوک الگوهای اسلامی است. ره‌آورد سبک زندگی اسلامی با استفاده از منابع اسلامی، رعایت اخلاق اجتماعی مانند رعایت عدالت اجتماعی، انضباط اجتماعی، تعاون و همکاری، نظارت همگانی و... است که رعایت اخلاق اجتماعی، نتیجه سلوک زندگی به سبک دینی خواهد بود (سبحانی ۱۳۹۹).

تأثیر بعد روانی و جسمی برهم در منابع دینی تصریح شده است. رسول الله ﷺ فرموده است: «غم و اندوه جسم را بیمار می‌کند»<sup>۱</sup> یا «غم و اندوه، نیمی از پیری است»<sup>۲</sup> (محمدی ری شهری ۱۳۸۹، ۱۳، ۴۰۸)؛ بنابراین به نظر می‌رسد سبک زندگی ابعاد گسترده‌تری دارد و تنها در اخلاقیات خلاصه نمی‌شود.

1. Self-concept

۲. مَنْ كَثُرَ هَمُّهُ، سَقِمَ بَدَنُهُ (الأمالی للطوسی، ۵۱۲ ح ۱۱۱۹: عن عبد الله بن محمد بن عمر بن علی بن أبی طالب، عن الإمام الباقر عن آبائه عليهم السلام؛ بحار الأنوار، ۷۲، ۳۲۶ ح ۴: تاریخ دمشق، ۴۷، ۴۴۰: عن عبد العزيز بن حصین عن عیسی).

۳. الهم نصف الهزم (مسند الشهاب، ۱، ۵۴ ح ۳۲: عن عبد الله بن الزبير: نهج البلاغة، الحكمة ۱۴۳، بحار الأنوار، ۸۲، ۱۸۰ ح ۲۵).

تنظیم سبک زندگی یکی از مهم ترین مکانیزم های درمان روان شناختی - که تعادل جویبی است - را فعال می کند. سلامت جسمی از مهم ترین اهداف تعادل اولیه برای کنش وری سالم است. سلامت جسمی را توانایی بدن برای کنش وری مؤثر و برآوردن نیازهای روزمره تعریف کرده اند که علاوه بر سلامت ارگان های بدن به مراقبت و تأمین ایمنی آن اشاره می شود (سیدمن و همکاران<sup>۱</sup> ۲۰۱۳)؛ بنابراین در بازگشت به دیدگاه آدلر، به نظر می رسد یافتن مؤلفه های سبک زندگی، برای درک بهتری از آن ضروری است.

در اینجا بررسی عناصر و مؤلفه هایی که اندیشمندان، برای سبک زندگی بر شمرده یا در تحقیقات خود از آنها به عنوان شاخص بهره برده اند مهم تلقی می شود. عناصری که زیمل<sup>۲</sup> (۱۹۹۰)، ویبلن<sup>۳</sup> (۱۸۹۹) و وبر<sup>۴</sup> (۱۹۶۸) در آثار خود از آنها یاد کرده اند، عبارت است از: شیوه تغذیه، خودآرایی (نوع پوشاک و پیروی از مد)، نوع مسکن (دکوراسیون، معماری و اثاثیه)، نوع وسیله حمل و نقل، شیوه های گذران اوقات فراغت و تفریح، اطوار (رفتارهای حاکی از نجیب زادگی یا دست و دل بازی، کشیدن سیگار در محافل عمومی، تعداد مستخدمان و آرایش آنها). از دیدگاه آدلر (۱۹۳۵) هم سبک زندگی شامل همه رفتار و افکار و احساسات فرد در حرکت به سوی هدف است.

سبک زندگی علاوه بر مؤلفه های مربوط به مصرف، ارزش ها، نگرش ها، مسائل جمعیت شناختی، تفاوت های جنسی، موقعیت اقتصادی، شغل، طبقه بندی اجتماعی، مشارکت در فعالیت های اوقات فراغت را نیز در بر می گیرد (ویل ۱۹۸۹، ۲۱۵). برخی از جمله عوامل سبک زندگی را سلیقه (مثل سلیقه در انتخاب شراب، تجهیزخانه، مواد خواندنی و گذران وقت) و آداب معاشرت و در یک بیان کلی، «الگوهای مصرف» (لسلی و همکاران<sup>۵</sup> ۱۹۹۴، ۳۷) و فعالیت ها (کار، سرگرمی و تفریحات)، علاقه مندی ها (خانواده و رسانه) و عقاید (موضوعات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی) (فرن<sup>۶</sup> ۲۰۰۱، ۱۷۵) می دانند.

در جدیدترین منابع در زمینه فراتحلیل سبک زندگی، فریث و دیگران<sup>۷</sup> (۲۰۲۰)، نقش مؤلفه های سبک زندگی را در پیشگیری و درمان مشکلات روان شناختی بررسی کرده اند. آنها دریافتند که تنظیم سبک زندگی بر بسیاری از جنبه های سلامتی اثر دارند. در اینجا علاقه علمی و بالینی درباره چگونگی ارتباط «عوامل سبک زندگی» که به طور سنتی با سلامت جسمی ممکن است به

1. Sidman & et al.

2. Simmel.

3. Veblen.

4. Weber.

5. Leslie, G et al

6. Fern.

7. Joseph Firth et al

سلامت روان و بهزیستی روان شناختی مربوط باشد افزایش می یابد. با این حال شواهد فعلی درباره نقش علیت عوامل سبک زندگی در شروع و پیش آگهی اختلالات روانی مشخص نیست. در این فراتحلیل معلوم شد که چگونه فعالیت بدنی، خواب، الگوی غذایی و استعمال دخانیات بر خطر و نتایج درمان در طیف وسیعی از اختلالات روانی تأثیر می گذارد؛ همچنین برای پیشگیری و درمان افسردگی، اضطراب و اختلالات مربوط به استرس، اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی و اختلال کاهش توجه و بیش فعالی مؤثر است. به طور کلی در تحقیقات مختلف، فعالیت بدنی (ورزش)، تنظیم رژیم غذایی سالم، اجتناب از دخانیات و تنظیم خواب به عنوان مهم ترین مؤلفه های سبک زندگی سالم شناخته شده اند.

انبوهی از شواهد مقطعی نشان می دهد که طیف وسیعی از بیماری های روانی شامل اسکیزوفرنی، دو قطبی، اختلال افسردگی، اضطراب و اختلالات مربوط به استرس، با رفتارهای نامطلوب سلامت مانند الگوی کمبود در خواب و خوراک، سطح پایین فعالیت بدنی و مصرف زیاد سیگار ارتباط دارد (همان). بر همین اساس سیاست های بهداشتی ملی مانند توصیه به حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی در هفته، ۶۰ دقیقه ورزش روزانه برای جوانان، فعالیت های اوقات فراغت، میانگین ۸ ساعت خواب، محدودیت برای استفاده از سیگار، الکل و خوراکی های مضر و توصیه هایی برای درمان اختلالات خلقی از طریق تنظیم سبک زندگی به جای استفاده از داروهای روان پزشکی در دستور کار قرار گرفته است.

پیش تر اشاره شد که امروزه توجه به معنویت به عنوان یک مؤلفه سبک زندگی در کانون توجه برخی از حوزه های درمان روان شناختی (از جمله آدلری نگرها) قرار گرفته است. هولدر و دیگران (۲۰۱۰) دریافتند که معنویت با شادکامی رابطه معناداری دارد. کلارک و لکلز (۲۰۰۹) با هدف بررسی تأثیر مذهب بر رضایت از زندگی، پژوهشی انجام داده و نشان دادند که به هر میزان فضای حاکم مذهبی باشد، رضایت از زندگی بیشتر خواهد بود (کجباف و دیگران ۱۳۹۰). حجازی و دیگران (۱۳۹۳) که به بررسی نقش واسطه ای انگیزش درونی در رابطه بین نیازهای بنیادین روان شناختی و رضایت از زندگی پرداختند، به این نتیجه رسیدند که نیاز به خودپیروی، شایستگی و تعلق به طور مستقیم با انگیزش درونی رابطه دارد. نیاز به خودپیروی و شایستگی با واسطه انگیزش درونی، بر رضایت از زندگی اثر غیرمستقیم و مثبت دارد. یکی از مؤلفه های فردی و اجتماعی که متأثر از نگرش ها و سبک زندگی انسان ها و تأثیرگذار بر رضایت زندگی افراد است، هوش معنوی است. ایمنز تلاش کرد معنویت را بر اساس تعریف گاردنراز هوش، در چارچوب هوش معنوی مطرح کند. وی معتقد است معنویت می تواند شکلی از هوش تلقی شود؛ زیرا عملکرد و سازگاری فرد، مانند سلامتی بیشتر را پیش بینی می کند و قابلیت هایی را مطرح می کند که افراد را قادر می سازد به حل مسائل بپردازند و به اهدافشان دسترسی داشته باشند (غباری بناب و دیگران،

۱۳۸۶). گاردنر، از ایمونزانتقاد می‌کند و معتقد است که باید جنبه‌هایی از معنویت را که مربوط به تجربه‌های پدیدارشناختی هستند (تجربه تقدس یا حالت متعالی) از جنبه‌های عقلانی، حل مسئله و پردازش اطلاعات جدا کرد (غباری بناب و همکاران ۱۳۸۶).

پژوهش‌ها و بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند که میان معنویت و هدف زندگی (کاس و همکاران ۲۰۰۶)، نیز رضایت از زندگی و سلامت، همبستگی وجود دارد (جورج ۲۰۰۶). در تحقیقات المر و همکاران دربارهٔ اثرات معنویت بر سلامت فرد (۱۹۹۱) دریافتند که معنویت با بیماری کمتر و طول عمر بیشتر همراه است (شفیعی ۱۳۹۳). افرادی که دارای جهت‌گیری معنوی هستند، هنگام مواجهه با جراحی، بهتر به درمان پاسخ می‌دهند و به شکل مناسب‌تری با آسیب دیدگی و بیماری کنار می‌آیند (شفیعی ۱۳۹۳). بنابراین هر چند امروزه تنظیم سبک زندگی در کانون توجه قرار گرفته است، اما منابع دینی نیز به این موضوع توجه اساسی داشته‌اند و اغلب کسانی که سبک زندگی خود را بر اساس منابع و سیرهٔ اولیای الهی قرار می‌دهند، مراعات‌های اخیر را در برنامه زندگی خود دارند. به‌طور مثال تقسیم اوقات به بخش‌های مختلف مناجات، محاسبهٔ نفس، خوردن و آشامیدن<sup>۱</sup>، معاشرت با نیکان و گفتگوی مؤثر<sup>۲</sup>، لذایذ حلال<sup>۳</sup>، بیانگر توجه دین به مسئله سبک زندگی است. این‌گونه توجهات در منابع دینی فراوان است که بسیار هم‌سو با یافته‌های جدید تحقیقات بشری است. رویکرد آدلر به روان‌شناسی، با آن‌چه ما آن را سبک زندگی اسلامی می‌نامیم، چند شباهت دارد. بعضی از مشابهت‌ها عبارت‌اند از: توجه به ارزش‌ها، کل‌نگری، غایت‌گرایی، جهت‌یابی فردی، خود خالق، جبرگرایی ملایم، نظریهٔ میدان اجتماعی، تلاش برای برتری، اولویت دادن به هشیاری، معیارهای آسیب‌شناسی و درمان، تأکید بر پیشگیری، کارکردهای سبک زندگی (کجباف و دیگران ۱۳۹۰). پژوهش‌های مربوط به سبک زندگی اسلامی نیز بیانگر ارتباط آن با سلامت روانی است. طبق نتایج برخی پژوهش‌ها (از جمله بشارت و همکاران ۱۳۹۴)، مداخلهٔ مبتنی بر سبک زندگی اسلامی می‌تواند سبک زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی معنوی و رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی را به صورت معنادار ارتقا دهد. نتیجهٔ پژوهش، اثربخشی مدل مداخله سبک زندگی اسلامی در پیشگیری از بیماری‌های قلبی را تأیید می‌کند.

۱. پیامبر اسلام ﷺ: «زندگی شخص عاقل باید سه‌بخش داشته باشد که در یک‌بخش آن، مشغول مناجات با خدا باشد و یک‌بخش را نیز به محاسبه نفس بپردازد و بخش باقی‌مانده را به خوردن و آشامیدن یا امور روزمره زندگی اختصاص دهد که این بخش اخیر، کمک‌کار آن دویخش اول خواهد بود» (ابن‌ابی‌جمهور ۱۴۰۵ق، ۳، ۲۹۶).

۲. امام صادق علیه‌السلام: «در حکمت آل داود آمده است: ... برای مسلمان خردمند شایسته است زمانی را معین کند که در آن میان خود و خدا به اعمالش رسیدگی کند و ساعتی را برای دیدار با برادرانی قرار دهد که با یکدیگر درباره آخرت گفتگو کنند و مدتی را برای لذت‌های حلالش تعیین کند؛ زیرا این مدت، نیروی لازم برای فعالیت در دو زمان دیگر را برای وی مهیا می‌کند.» (کلینی ۱۴۰۷ق، ۵، ۸۷).

۳. امام رضا علیه‌السلام فرمود: «سعی کنید که شبانه‌روزتان را به چهاربخش تقسیم کنید: بخشی را برای مناجات و عبادت، بخشی را برای معاش و به‌دست آوردن روزی، بخشی را برای معاشرت با برادران دینی مورد اعتماد و کسانی که عیب‌هایتان را به شما بشناسانند و باطن شما را خالص کنند و بخشی را برای پرداختن به لذت‌های [حلال] اختصاص دهید که این بخش اخیر، شما را برای پرداختن به بخش‌های دیگر زندگی‌تان آماده‌تر می‌کند.» (علی بن موسی علیه‌السلام ۱۴۰۶ق، ۳۲۷).

امروزه سبک زندگی اسلامی توسط بسیاری از صاحب نظران و پژوهشگران علوم انسانی مورد توجه قرار گرفته است و به شیوه‌هایی از زندگی اشاره دارد که منبع اصلی آن کتاب الهی است. سبک زندگی اسلامی، یعنی برخورداری از حیات طیبه و تجلی حیات طیبه، مشروط به متخلق شدن به ادب و آداب توحیدی (سلم‌آبادی و دیگران ۱۳۹۴ ب). در واقع جوهره تعریف سبک زندگی اسلامی در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارها مبتنی بر اسلام و آموزه‌های اسلامی است. خدامحوری و حاکمیت ارزش‌های اسلامی در زندگی از مهم‌ترین معیارهای سبک زندگی مورد تأیید اسلام است (افشانی و دیگران ۱۳۹۳)؛ در شیوه زندگی اسلامی، زندگی فردی و اجتماعی افراد مبتنی بر اسلام و رهنمودهای قرآنی است؛ بنابراین می‌توان گفت که عامل دین بعنوان متغیری اساسی، از طریق جهت‌دهی و شکل‌دهی به جهان بینی، نگرش‌ها، باورها و به‌طور کلی اهداف ارزشی و قواعد هنجاری افراد، بر سبک زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (مصباح یزدی ۱۳۹۳). تحقیقات مختلف نشان می‌دهند افراد دارای سبک زندگی اسلامی احتمالاً سطح بالایی از معنویت (غباری بناب و دیگران ۱۳۸۶)، سلامت روانی (سلم‌آبادی و دیگران ۱۳۹۴ الف؛ همتی‌راد و دیگران ۱۳۹۴؛ صمیمی و دیگران ۱۳۸۷)، سلامت اجتماعی (افشانی و دیگران ۱۳۹۳)، شادکامی و رضایت از زندگی (کجباف و دیگران ۱۳۹۰) و کیفیت زندگی (نقیبی و دیگران ۱۳۹۳) را تجربه می‌کنند.

از آنجا که نگاه این مقاله به سبک زندگی، رویکرد مداخله‌ای برای کمک به افرادی است که در معرض مشکلات روان‌شناختی هستند یا از مشکلات روان‌شناختی در رنج‌اند، برنامه ۱۰ جلسه‌ای درباره تنظیم سبک زندگی را معرفی می‌کند که سال‌ها در کلینیک برای کمک به مراجعان استفاده شده است (جان‌بزرگی و دیگران ۱۳۸۸). فرض اساسی در اینجا این است که سبک زندگی هم‌زمینه‌ساز زندگی سالم و در صورت منفی زمینه‌ساز اختلال روانی است. مؤلفه‌هایی مانند خواب، تغذیه، بهداشت و توجه به سلامتی، ورزش و فعالیت بدنی، مدیریت زمان، مدیریت ذهن، مدیریت روابط و معنویت (عبادات) از جمله مهم‌ترین عوامل مربوط به سبک زندگی هستند. فرض اساسی این است که سلامت روان‌شناختی فرد و مؤلفه‌های سبک زندگی رابطه متقابل دارد. از سوی دیگر فرض بر این است که سبک زندگی یک عامل زمینه‌ای است. به عبارت دیگر، سبک زندگی هر فرد هم باعث بهبودی سریع‌تر و هم پیشگیری از عود می‌شود. پژوهش‌های مختلف رابطه بین سبک زندگی و سلامت روانی را مورد تأیید قرار داده‌اند (برمن<sup>۱</sup> ۲۰۰۸؛ ولتن و همکاران<sup>۲</sup> ۲۰۱۴؛ فتحی آشتیانی و جعفری کندوان ۱۳۹۰).

برنامه‌ریزی سبک زندگی در منابع دینی بسیار مورد توجه قرار گرفته است. پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله

1. Berman

2. Velten et al.



فرمود: «من برامت خود بیم فقر ندارم، اما از سوء تدبیر و برنامه ریزی نادرست آنها بیمناکم.»<sup>۱</sup> از حضرت امیرالمؤمنین علیه السلام نیز در مورد برنامه ریزی نادرست و ثمره ناخوشایند آن که تباهی است، سخنی هم سوبا کلام پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله و سلم روایت شده است.<sup>۲</sup> یافته های پژوهشی هم دریافته اند که رابطه بین مدیریت زمان و استرس رابطه معکوسی است (نعمتی و پاسایی ۱۳۸۸، ۸۴). در اینجا استفاده از فنون روان شناختی مانند تنش زدایی منظم و مؤلفه های اساسی سبک زندگی در چند محور؛ از جمله کنش های بزرگ (خواب، خوراک، فعالیت بدنی، بهداشت و تنظیم رابطه جنسی)، مدیریت ذهن، مدیریت خود و مدیریت رابطه در چارچوب درمان چند بعدی معنوی خداسو (جان بزرگی ۱۳۹۸) مد نظر است. درمان چند بعدی معنوی خداسو، روشی برای درمان اختلالات روانی و نیک زیستی معنوی، بر اساس منابع اسلامی است که در محافل زیادی در حوزه روان شناسی و مشاوره در ایران مورد استفاده قرار می گیرد. سؤال اساسی این است که با توجه به زمینه ای که بیان شد، این برنامه چقدر معتبر و واجد چه مؤلفه های اصلی است و از سوی دیگر آیا این برنامه می تواند اضطراب فرد را در سطح عمیق (رگه های شخصیت) تغییر دهد؟

## ۱) روش

روش این پژوهش را باید از جمله روش های ترکیبی کمی-کیفی بدانیم. در روش کیفی، پس از بازنگری متون دینی و بررسی منابع روایی شیعی و اهل سنت، آن چه درباره سبک زندگی است، استخراج می شود. پس از آن کدگذاری، استخراج مقوله های مورد نظر، دریافت مقوله ها، تشکیل شبکه معنایی و استخراج گزاره ها و اصول لازم برای تنظیم سبک زندگی، انجام می شود و سپس با تبیین های روان شناختی وارد پروتکل درمان می شوند. از روش پدیدارشناختی بالینی معنوی نیز برای غنی سازی مقوله ها استفاده شده است. روش پدیدارشناختی بالینی معنوی (جان بزرگی ۱۳۹۸)، روشی است که هم از داده های تجربی و بالینی و هم از داده های غیرتجربی و معنوی استفاده می کند. این روش دارای دو بخش اساسی است؛ در بخش اول داده های تجربی و بالینی و در بخش دوم که شامل ۱۰ گام کیفی و کمی است، داده ها جمع بندی و مورد استفاده قرار می گیرند.

در مرحله کمی برای سنجش سبک زندگی بر اساس این الگوبازاری ساخته شده است که به افراد اجازه می دهد میزان سبک زندگی خود را بررسی کنند. از سوی دیگر اجرای این پروتکل و میزان تغییرات افراد از نظر سبک زندگی مورد آزمون قرار می گیرد.

مشارکت کنندگان در این پژوهش ۴۲ نفر بودند که از میان بیش از ۲۰۰ نفر داوطلب شرکت در

۱. اِنِّی مَا اَخَافُ عَلٰی اُمَّتِی الْفَقْرَ وَلٰكِنْ اَخَافُ عَلَیْهِمْ سُوءَ التَّدْبِیْرِ (عوالی النالی، ۴، ۳۹).

۲. مَنْ سَاءَ تَدْبِیْرُهُ كَانَ هَلَاكُهُ فِی تَدْبِیْرِهِ؛ هرکس تدبیرش بد باشد هلاکتش در همان تدبیر بد او خواهد بود (غرر الحکم، ۲، ۶۸۱).



برنامه مداخله مبتنی برتنظیم سبک زندگی انتخاب شدند که براساس روش جورشدن از نظر میزان اضطراب، به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و به طور تصادفی در گروه‌ها جایگزین شدند. گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه آموزش سبک زندگی و تنش‌زدایی تدریجی، دریافت کردند و سپس هر دو گروه مورد آزمون قرار گرفتند. سپس برای رعایت حقوق و اخلاق پژوهش، گروه گواه که پیش‌تر در جریان برنامه پژوهش قرار گرفته بودند، درمان شدند.

آزمون اضطراب کتل: این تست دارای ۴۰ سؤال است که ۸ نمره به ترتیب اضطراب کلی، اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و پنج عامل اضطرابی شخصیت، عامل C (ثبات هیجانی، نیرومندی من یا نوروژگرای)، عامل L (اضطراب اجتماعی، ناایمنی پارانویایی)، عامل O (گرایش به احساس گناهکاری)، عامل Q3 (فقدان توحید یافتگی یا انسجام هشیاری نسبت به خود)، عامل Q4 (تنش عصبی یا آرامش) به دست می‌دهد. این آزمون توسط دادستان و منصور (۱۳۸۱) ترجمه، اعتبارسنجی و هنجارگزینی شده است. از این آزمون برای جورکردن آزمونی‌ها (نمره بالای ۵ در اضطراب کلی) و موقعیت پیش و پس آزمون استفاده شده است.

## ۲) یافته‌ها

در وهله اول حاصل یافته‌های تحقیق، با توجه به نیاز مراجعان، مشاهده و تحلیل بالینی زندگی آنها مشخص شد. کنش‌های کلی شامل خواب، خوراک، فعالیت بدنی (ورزش)، بهداشت و مدیریت نیاز جنسی را باید فعالیت‌هایی تلقی کرد که در چهارراه بدن و روان، درگیر هستند؛ یعنی فرد چه مشکلات روان‌شناختی داشته باشد، چه مشکل جسمی، این کنش‌های اساسی با مشکل مواجه می‌شوند. بنابراین به نظر می‌رسد این ۵ مقوله در سبک زندگی حالت بنیادین دارند. بررسی کلی نظر مراجعانی که این دوره را گذرانده‌اند، نشان می‌دهد که ضریب تأثیر بالینی این مرحله از ۵، معادل ۴٫۱۲ است. اعتبار این مداخله از نظر کارشناسان در ضریب روایی (CVR) برابر ۱ است که هر ۱۰ کارشناس مشارکت‌کننده، برای سنجش، ضریب روایی به این مداخلات را لازم دانسته‌اند و نمره ضریب ضرورت نیز ۴/۲۱ است که نمره قابل قبولی است. این بخش از مداخله به دلیل استفاده از پشته‌های معنوی از نظر مراجعان ضریب بالایی در فعال‌سازی بُعد معنوی آنها داشته است (نمره ۳/۷ از ۴).

اقدام بالینی بعدی مدیریت ذهن است. در مدیریت ذهن تلاش بر فعال‌سازی عقل طبیعی و نگهداشتن ذهن در فعالیت جاری است. این فعالیت‌ها از نظر بالینی و اعتبار در حد مطلوبی است. بخش مدیریت رابطه نیز که به رابطه با خود، رابطه با دیگری، رابطه با طبیعت و رابطه با خدا معطوف است، از اعتبار و ضریب تأثیر بالینی بالایی براساس جدول ۱ برخوردار است.

حاصل یافته های کمی و کیفی و بالینی و تنظیم پروتکل سبک زندگی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱) پروتکل مداخله برای آرام سازی (متعادل سازی) سبک زندگی بر اساس درمان چند بعدی معنوی

اقدام بالینی	تعداد فنون و جلسه	منطق	ضریب	فعال سازی	ضرورت	ضریب
			تأثیر بالینی	بعد معنوی	از نظر	کارشناسان (CVT)
تنظیم کنش های کلی روانی بدنی	جلسه اول: خواب	• تنظیم خواب به تنظیم سایر فعالیت های زندگی منجر می شود. • در قرآن کریم شب محل استراحت (یونس، ۶) و خواب آیه الهی است (روم، ۲۳).	۴,۱۲۰	۳,۷	۴,۲۱	۱
	جلسه دوم: خوراک و ورزش	خوراک سالم با سلامت روانی رابطه دارد. معنوی: اهمیت تغذیه حلال و طیب (بقره، ۱۶۸)				
	جلسه سوم بهداشت و رابطه جنسی					
	ارزیابی میان دوره					
مدیریت ذهن و تصمیم گیری	جلسه چهارم: فعال سازی عقل طبیعی (تمرکز بر فعالیت کنونی)	هشیار سازی به رابطه تصمیم گیری و مغز	۴,۲۵	۴,۳	۴,۵	۰,۸۹
	جلسه پنجم: مدیریت ناکاملی ها					
	جلسه ششم: حل تعارض					
مدیریت روابط	جلسه هفتم: رابطه با خود		۳,۹	۴,۱	۴,۸	۰,۸۸
	جلسه هشتم: رابطه با دیگران					
	جلسه نهم: رابطه با طبیعت					
	جلسه دهم: رابطه با خدا					
پی گیری						

نتایج دو گروه اولیه اجرای این روش بر روی افرادی که دارای اضطراب هستند در جدول زیر منعکس شده است:

جدول ۲) میانگین (انحراف معیار مقیاس اضطراب کتل) مقایسه نفاضل میانگین های گروه آزمایشی و گواه در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون

موقعیت گروه	گروه ها	اضطراب کلی	اضطراب پنهان	اضطراب آشکار	C	O	L	Q4	Q3
پیش تست	گ. آزمایشی	(۵/۹)	(۴/۵)	(۴/۵)	(۲/۷)	(۳)	(۱/۵)	(۳/۲)	(۲/۳)
	گ. گواه	۴۵/۲	۲۲/۱	۲۳	۶/۷	۱۳/۵	۵/۱	۱۲/۷	۶/۹
تفاضل میانگین	t وابسته	-۰/۲۰	۱/۰۱	-۱/۴۴	-۰/۵۷	-۱/۴۳	۱/۰۳	۰/۰۷	۰/۸۹
	س. معناداری	۰/۸۴	۰/۲۹	۰/۱۷	۰/۵۸	۰/۱۷	۰/۳۲	۰/۹۵	۰/۳۹
پس تست	گ. آزمایشی	(۱۰/۸)	(۶/۳)	(۶/۷)	(۲/۵)	(۴/۲)	(۱/۶)	(۴/۶)	(۲/۶)
	گ. گواه	۳۳/۱	۱۶/۵	۱۶/۵	۵/۴	۱۰/۱	۴/۳	۸/۶	۴/۷
تفاضل میانگین	t وابسته	-۵/۷۲	-۳/۷۵	-۵/۶۰	-۲/۸۳	-۳/۵۹	-۲/۱۵	-۳/۶۸	-۲/۳۸
	س. معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۰۱۰	۰/۰۰۲	۰/۰۴۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۵

جدول شماره ۲ نشان می دهد که اثر تنش زدایی تدریجی و آرامش سبک زندگی، توانسته است به طور معناداری اضطراب افراد را در سطح شخصیتی کاهش دهد. میانگین اضطراب کلی مشارکت کنندگان تا ۱۲ نمره کاهش یافته است؛ آزمون معناداری t برای گروه های وابسته (۵/۷۲-) بوده است که در سطح بالای ۹۹ درصد معنادار است. کاهش اضطراب پنهان و آشکار نیز به همین ترتیب در سطح بالای ۹۵ درصد معنادار است. تفاوت معنادار در عوامل اضطرابی شخصیت، نشان می دهد که پس از اجرای پروتکل تنش زدایی و آموزش آرام سازی، سبک زندگی توانسته است عوامل اضطرابی شخصیت را تغییر دهد؛ یعنی نیرومندی من را به طور معناداری افزایش داده است، احساس گنجهکاری را کاهش و بدین ترتیب حرمت شخص را بالا برده است؛ همچنین اضطراب در موقعیت های اجتماعی را که حاصل بدبینی و سوء برداشت است کاهش داده است، به طور معناداری از تنش عصبی کاسته است و در حد متعادل، هشیاری نسبت به خود را که تا حدودی نشانه هویت یافتگی فرد است، افزایش داده است. این برنامه بارها توسط متخصصان مختلف در کلینیک های روان شناختی تکرار شد و هر بار همین نتایج به دست آمد.

## بحث و نتیجه‌گیری

سبک زندگی اثر دو سویه‌ای در پیشگیری و درمان مشکلات روان‌شناختی دارد. از یک سو عامل زمینه‌ساز سلامت روانی است و از سوی دیگر به هم‌ریختگی آن می‌تواند زمینه اختلالات روان‌شناختی را فراهم کند. یکی از موضوعات مهم برای درمان اختلالات روانی مهار عوامل زمینه‌ساز آن است و گاه عامل زمینه‌ساز عامل تشدیدکننده و نگهدارنده اختلال نیز به شمار می‌رود. سبک زندگی در همه این موضوعات نقش کلیدی ایفا می‌کند.

این پژوهش نشان داد یکی از برنامه‌های منسجم برای تنظیم سبک زندگی، برنامه‌ای است که علاوه بر مدیریت، مؤلفه‌های اصلی سبک زندگی، مدیریت ذهن و روابط را هم در بر بگیرد و از سوی دیگر، هم بعد طبیعی و هم بعد معنوی را نیز در برنامه بگنجانند. در اغلب برنامه‌ها، توجه به سبک زندگی در کنش‌های بزرگی مانند خواب و خوراک و ورزش وجود دارد و مطالعات اخیر نیز رابطه تنظیم این ابعاد با سلامت روانی را نشان دادند (فریث و همکاران ۲۰۲۰).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سبک زندگی و تنش‌زدایی تدریجی می‌تواند اضطراب را در سطح رگه‌های شخصیتی تغییر دهد و سلامتی را به فرد برگرداند. از سوی دیگر پیوند سبک زندگی به موضوعات معنوی یا به عبارت دیگر سبک زندگی خداسو که در آن همه عوامل سبک زندگی، رنگ و بوی الهی پیدا کند، سبب ماندگاری نتایج و انگیزه بالای مراجعان برای باقی ماندن بر خودمراقبت‌گری می‌شود. این یافته‌ها با اغلب یافته‌هایی که در بخش‌های قبل به آن اشاره شد، هماهنگ است.

تبیین یافته‌ها بیانگر این است که تنظیم سبک زندگی به عنوان یک عامل اساسی و زمینه‌ساز برای حفظ و ایجاد سلامت روانی از یک سو و بازگشت از اختلال روانی به سلامت از سوی دیگر، مهم‌ترین نقش را ایفا می‌کند.

بنابراین چه گفته شد، روان‌شناسان تنظیم سبک زندگی به عنوان یک اقدام بالینی را بر هرگونه مداخله دیگری ترجیح می‌دهند و به درستی می‌توان نتیجه گرفت که اگر سبک زندگی سالم، زمینه‌ساز سلامت روانی است، نپرداختن به این مداخله به عنوان اساس مداخلات روان‌شناختی باعث عود مشکلات درمان شده می‌شود. به عبارت دیگر اگر سبک زندگی فرد در جهت سلامتی تغییر نکند، ممکن است هرگونه مداخله‌ای بی‌ثمر باشد یا دچار عود شود. چه بسا که رمز عود نکردن اختلالات روانی در افراد، به تنظیم سبک زندگی آنها مربوط باشد؛ چراکه بدن قوی‌تر تحمل درد و رنج بیشتر و توان ترمیم بیشتری دارد. والش<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) تغییر درمان‌گرانه سبک زندگی<sup>۲</sup>

1. Walsh.

2. therapeutic lifestyle change

را بسیار مهم تلقی کرده و آن را برای درمان هرگونه اختلال روانی، نیک‌زیستی اجتماعی و برای حفظ و بهینه‌سازی کنش‌های شناختی ضروری می‌داند و عدم استفاده از آن را به‌رغم پشتوانه‌های تجربی زیاد مایه شگفتی می‌شمرد. واقعیت این است که تغییر درمان‌گرانه سبک زندگی، می‌تواند بر سلامت جسمی و حتی درمان بسیاری از بیماران صعب‌العلاج نیز مؤثر باشد (پیشکه و همکاران<sup>۱</sup> ۲۰۰۸؛ استرانهان و همکاران<sup>۲</sup> ۲۰۰۶). در نتیجه می‌توان گفت که تغییر درمان‌گرانه سبک زندگی به‌ویژه وقتی با جهت‌گیری مذهبی و معنوی انجام می‌شود، می‌تواند ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. در نهایت می‌توان گفت تغییر انسان در جهت سلامتی، مستلزم تغییر سبک زندگی است و به نظر نمی‌رسد بدون تغییر در سبک زندگی، تغییر دیگری کارآمد باشد.

نتایج این پژوهش واجد محدودیت‌هایی مانند سایر پژوهش‌ها است؛ از این جهت که این مداخله اغلب برای مراجعان به کلینیک‌های روان‌درمانگری و مشاوره استفاده شده است و ممکن است برای جمعیت‌های دیگر مستلزم تغییراتی باشد. پیشنهاد استفاده از این بسته در پژوهش با سایر جمعیت‌ها اعم از بالینی و غیر بالینی، می‌تواند دایره برد این مداخله‌ها را مشخص کند و با توجه به کم‌هزینه بودن آن، می‌تواند در جاهای مختلف به عنوان یک سبک اساسی برای پیشگیری از بیماری و احیای نیروی انسانی توصیه شود.

از مرکز مشاوره طلیعه سلامت به دلیل همکاری در اجرای این پژوهش، صمیمانه سپاس‌گزاریم.

---

1. Pischke et al.  
2. Stranhan et al.

## منابع

۱. ابن ابی جمهور، محمد بن زین الدین. ۱۴۰۵ق. عوالی اللغالی العزیزیه فی الأحادیث الدینیة. قم: دار سید الشهداء للنشر.
۲. افشانی، سیدعلیرضا، سیدپویا رسولی نژاد، محمد کاویانی، و حمیدرضا سمعی. ۱۳۹۳. بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی مردم شهر یزد. مجله مطالعات اسلام و روان شناسی ۸ (۱۴): ۸۳-۱۰۳.
۳. بشارت، محمدعلی، سیده اسماء حسینی، هادی بهرامی احسان، حسینعلی جاهد، و اکبر نیک پژوه. ۱۳۹۴. مدل مداخل، مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و سلامت قلبی. مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی ۴ (۱۷): ۴۶۷-۴۹۲.
۴. جان بزرگی، مسعود، و ناهید نوری. ۱۳۹۴. شیوه های درمان گری، اضطراب و تنیدگی (استرس). تهران: سمت.
۵. جمال زاده، راضیه، و محمود گلزاری. ۱۳۹۳. اثربخشی امید درمانی در افزایش شادکامی و رضایت از زندگی در زنان سالمند مستقر در مرکز سالمندان شهرستان بروجن. مجله زن و جامعه ۵ (۲): ۳۱-۴۸.
۶. حجازی، الهه، مهسا صالح نجفی، و جواد امانی. ۱۳۹۳. نقش واسطه ای انگیزش درونی در رابطه بین نیازهای بنیادین روان شناختی و رضایت از زندگی. مجله روان شناسی معاصر ۹ (۲): ۷۷-۸۸.
۷. سبحانی، اسرافیل. ۱۳۹۹. اخلاق اجتماعی و سبک زندگی. هفتمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم انسانی. مدیریت و کارآفرینی ایران، تهران.
۸. سلطانی زاده، محمد، مختار ملک پور، و حمید طاهر نشاط دوست. ۱۳۹۱. رابطه بین عاطفه مثبت و منفی با رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. مجله روان شناسی بالینی و شخصیت ۲ (۷): ۵۳-۶۴.
۹. سلم آبادی، مجتبی، کیومرث فرح بخش، شادی ذوالفقاری، و میثم صادقی. ۱۳۹۴ الف. بررسی ارتباط سبک زندگی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه بیرجند. مجله دین و سلامت ۳ (۱): ۱-۱۰.
۱۰. سلم آبادی، مجتبی، معصومه اسماعیلی، ایرج مهدی زاده، و احمد یوسفی نژاد. ۱۳۹۴ ب. نقش سبک زندگی اسلامی و منبع کنترل در پیش بینی بهزیستی روان شناختی کارکنان بیمارستان بوعلی قزوین. مجله اسلام و سلامت ۱ (۴): ۴۹-۵۶.
۱۱. سلمانی، محمدرضا، و فاطمه کاشف نیا، فاطمه. ۱۳۹۹. سبک زندگی سالم و سلامت روانی. پنجمین همایش بین المللی افق های نوین در علوم تربیتی، روان شناسی و آسیب های اجتماعی، تهران.
۱۲. شفیعی، عباس. ۱۳۹۳. هوش معنوی و تأثیر آن بر سلامت روانی منابع انسانی سازمان. مطالعات اسلام و روان شناسی ۸ (۱۴): ۱۵۳-۱۷۹.
۱۳. صمیمی، رقیه، دریادخت مسرور رودسری، فاطمه حسینی، و مهرآسا تمدن فر. ۱۳۸۷. ارتباط سبک زندگی با سلامت روانی دانشجویان. مجله پرستاری ایران ۱۹ (۴۸): ۹۳-۸۳.
۱۴. علی بن موسی علیه السلام. ۱۴۰۶ق. الفقه المنسوب للإمام الرضا علیه السلام. مشهد: مؤسسه آل البيت علیهم السلام.
۱۵. غباری بناب، باقر، محمد سلیمی، لید سلیمانی، و ثنا نوری مقدم. ۱۳۸۶. هوش معنوی. مجله

- اندیشه نوین دینی ۳ (۱۰): ۱۲۵-۱۴۷.
۱۶. فتحی آشتیانی، علی، و غلامرضا جعفری کندوان. ۱۳۹۰. مقایسه سبک زندگی، کیفیت زندگی و سلامت روان کارکنان دو دانشگاه با وابستگی نظامی و غیرنظامی. مجله طب نظامی ۱۳ (۱): ۱۷-۲۴.
۱۷. کجباف، محمدباقر، پریناز سجادیان، محمد کاویانی، و حسن انوری. ۱۳۹۰. رابطه سبک زندگی اسلامی با شادکامی در رضایت از زندگی دانشجویان شهر اصفهان. مجله روان شناسی و دین ۴ (۴): ۶۱-۷۴.
۱۸. کلینی، محمد بن یعقوب. ۱۴۰۷ق. الکافی. تهران: دارالکتب الإسلامية.
۱۹. محمدی ری شهری، محمد. ۱۳۸۹. میزان الحکمه. قم: دارالحدیث.
۲۰. مهدوی کنی، محمد سعید. ۱۳۸۷. مفهوم «سبک زندگی» و گستره آن در علوم اجتماعی. مجله تحقیقات فرهنگی ایران ۱ (۱): ۱۹۹-۲۳۰.
۲۱. نقیعی، ابوالحسن، حمزه حسینی، جمشید یزدانی، رقیه شفیعی، و فاطمه خراسانی. ۱۳۹۲. رابطه منبع کنترل و مذهبی بودن با سلامت روان در دانشجویان. مجله دین و سلامت ۱ (۱): ۱-۸.
۲۲. نعمتی، مریم و محمدصادق پارسایی. ۱۳۸۸. همبستگی بین استرس و مدیریت زمان، مجله علوم پزشکی مازندران ۱۹ (۷۱): ۸۴-۸۵.
۲۳. همتی راد، گیتی، محمدصادق جمشیدی راد، و فاطمه برزگرچالی، ۱۳۹۴. اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر میزان سلامت روانی جوانان. مجله الهیات و علوم اسلامی ۱ (۱): ۷۷-۸۵.

24. Adler, A. (1956) , The Individual Psychology of Alfred Adler The Individual Psychology of Alfred Adler, NewYork: Basic Books Inc. , NewYork: Basic Books Inc. American Heritage Dic., (2000).
25. Brown, R. (1965) , Psychology & Social Structure Psychology & Social Structure, NewYork:The free press. , NewYork:The free press.
26. Fern, E. F. (2001) , Advanced Focus Group Research Advanced Focus Group Research, London: Sage. , London: Sage.
27. Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. Health Psychology Review, 1, 83,136.
28. Joseph Firth, Marco Solmi, Robyn E. Wootton, Davy Vancampfort. Felipe B. Schuc , Erin Hoare, Simon Gilbody, John Torous, Scott B. Teasdale, Sarah E. Jackson, Lee Smith, Melissa Eaton, Felice N. Jacka, Nicola Veronese, Wolfgang.
29. Leslie, G. R.& Larson, R. F. & Gorman, B. L. (1994), Introductory Sociology Introductory Sociology, Oxford Un. Press. , Oxford Un. Press.
30. Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent



- positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803,855.
31. Marx, Garcia Ashdown-Franks, Dan Siskind, Jerome Sarris, Simon Rosenbaum, Andr, F. Carvalho, Brendon Stubbs. (2020). A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry* 19:3.pp 360-380.
  32. Maniacci, M. P., maniacci, L.S., & Mosak,H. H. (2014). Adlerian psychotherapy. In Wedding , D . & Corsini, R. J.. *current Psychotherapy*. pp54-94.
  33. Nasel, D. D. (2004) .*Spiritual Orientation in Relation to Spiritual Intelligence: A consideration of traditional Christianity and New Age/ individualistic spirituality*; Unpublished thesis. Australia: The university of south Australia.
  34. Pischke, C. R., Scherwitz, L.,Weidner, G., & Ornish, D. (2008). Longterm effects of lifestyle changes on well-being and cardiac variables among coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 27, 584-592. doi:10.1037/0278-6133.27.5.584.
  35. Simmel, G. (1990), *The Philosophy of Money* The Philosophy of Money, Tom Bohomer & Pavid Frisby (Trans.), Second , Tom Bohomer & Pavid Frisby (Trans.), Second. London, Boston: Routledge and Kegan, enlarged Ed., NewYork: Routledge.
  36. Stathaakos D, Pratsinis H,Zachos I, Vlahaki I, et al.Greek centenarians. (2005). *Assessment of Functional Health Status and Lifestyle Characteristics*. *Exp Gerontol*, 40 (6) :512-8.
  37. Stranahan, A. M., Khalil, D., & Gould, E. (2006). Social isolation delays the positive effects of running on adult neurogenesis. *Nature Neuroscience*, 9, 526 ,533. doi:10.1038/nn1668.
  38. Sperry L. (1997). Adlerian psychotherapy and cognitive therapy, *journal of*
  39. *cognitive psychotherapy*, 11 (3) :157 - 146.
  40. Van Houten D.R. Thmpspn, J.D. (1970) , *The Behaviorial Sciences* The Behaviorial Sciences, Addison-Wesley Pub. , Addison-Wesley Pub.
  41. Vanfossen, B. (1979) , *The Structure of Social Inequality* The Structure of Social Inequality, Little Brown & Co.

42. Veblen, T. (1899) , Theory of the Leisure Class, Oxford: Oxford University Press.
43. Walsh, R. (2011). Lifestyle and Mental Health. American Psychologist. American Psychological Association Vol. 66, No. 7, 579 ,592 DOI: 10.1037/a0021769.
44. Weber, M. (1968) , Economy and Society; an Outline of Interpretive Sociology, New York:Bedminster Press.