

مدلیابی روابط ساختاری سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بر اساس حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی و تکانشگری با میانجیگری نارضایتی از بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۰/۲۵

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مدلیابی روابط ساختاری سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بر اساس حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی و تکانشگری با میانجیگری نارضایتی از بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی انجام شد.

روش کار: روش تحقیق همبستگی با استفاده از مدل سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند، که از میان آنها، تعداد ۲۲۰ نفر با روش نمونه گیری خوشه ای مرحله ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و الکر و همکاران (۱۹۸۷)، حس انسجام کیمیایی و همکاران (۱۳۹۲)، انعطاف پذیری روانشناختی بوند و همکاران (۲۰۱۱)، تکانشگری بارت (۱۹۹۵) و نارضایتی از بدن لیتلتون (۲۰۰۵) که همگی از اعتبار و پایایی قابل قبولی برخوردار بودند. ارزیابی الگوی پیشنهادی با استفاده از روش تحلیل مسیر مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که حس انسجام، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تکانشگری بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با میانجی‌گری نارضایتی از بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی تاثیر دارد ($P < 0/05$). در بخش مدل ساختاری نیز نتایج نشان داد تاثیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با نقش میانجی نارضایتی بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی به میزان ۱،۱۴ است. تاثیر تکانشگری بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با نقش میانجی نارضایتی بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی به میزان ۰،۹۱ است.

بحث و نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان با استفاده از تشکیل کارگاه‌های آموزشی و تغییر در سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در افراد در معرض بیماری قلبی عروقی مبتلا به چاقی موجبات افزایش حس انسجام و انعطاف‌پذیری روانشناختی را فراهم کرد. لذا توجه به متغیرهای مذکور در پیشگیری و طراحی درمان‌های مناسب‌تر به پژوهشگران و درمانگران یاری می‌رساند.

واژگان کلیدی: سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، حس انسجام، انعطاف‌پذیری روانشناختی، تکانشگری، نارضایتی بدن، بیماران قلبی عروقی، چاقی

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سپیده رئیس‌ی ناصحی^۱

دکتر اکرم دهقانی^۲

دکتر فردین مرادی منش^۳

دکتر سیدعباس حقایق^۴

^۱گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

^۲گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (نویسنده مسئول)

^۳گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران

^۴گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

Email: dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

مقدمه

شیوع بیماری‌های قلبی عروقی در کشورهای در حال توسعه، از جمله در کشور ما در حال افزایش است و بار ناشی از این بیماری‌ها و عواقب ناشی از آن قابل توجه است (۱). از میان بیماری‌های مزمن، بیماری قلبی عروقی شایع‌ترین بیماری مزمن و تهدیدکننده حیات می‌باشد (۲). در ایران شیوع بیماری‌های قلبی عروقی و مرگ‌ومیر حاصل از آن رو به افزایش می‌باشد، به گونه‌ای که این بیماری ۴۶٪ از علل مرگ‌ومیر را به خود اختصاص می‌دهد و میزان بروز آن در ۱۰۰ هزار نفر، و سالیانه ۱۱۶ هزار نفر به علت این بیماری جان می‌سپارند (۳). از میان عوامل خطرپذیر بیماری قلبی عروقی، اضافه‌وزن و چاقی اهمیت زیادی دارند. گسترده‌ترین روش تعریف چاقی، نمایه توده بدن^۱ (BMI) است که از تقسیم وزن بر مجذور قد به دست می‌آید (۴). بر پایه تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۶)، BMI برابر ۲۵/۹-۲۹ و بالاتر از ۳۰ به ترتیب نشانگر اضافه‌وزن و چاقی است. چاقی یکی از مؤلفه‌های اصلی نشانگان سوخت‌وساز است. چاقی، از راه افزایش حجم کلی خون و برون داد قلبی، اثر بدی بر جریان خون و هم‌چنین ساختار و عملکرد عروق قلب می‌گذارد. بار کاری قلب در افراد مبتلا به چاقی بیشتر است (۵). چاقی باعث رشد نوارهای چربی در شریان‌های راست قلب می‌شود که از مراحل اولیه آترواسکلروز به شمار می‌رود (۶). پژوهش‌ها رابطه میان BMI و افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی را نشان داده‌اند. در سنین میان‌سال، میزان BMI تا ۲۲ برای مردان قابل قبول است، ولی به ازاء هر واحد افزایش BMI بیشتر از ۲۲، خطر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری قلبی عروقی چهار تا پنج درصد افزایش می‌یابد (۷).

سبک زندگی عامل تعیین‌کننده‌ای در ایجاد و پیشرفت بیماری‌های قلبی عروقی محسوب می‌شود. در واقع، سبک زندگی نامناسب و بی‌توجهی به رفتارهای بهداشتی، عواملی هستند که می‌توانند زمینه بروز بیماری قلبی عروقی نظیر سندرم کرونر حاد را فراهم کنند (۸). ۸۰ درصد بیماری‌های قلبی

عروقی مستقیماً به عوامل خطرسازی نظیر دیابت، پرفشاری خون، چاقی و سیگاری کشیدن مرتبط و ۷۰ درصد از حملات قلبی با تغییر سبک زندگی قابل پیشگیری است (۹، ۱۰). از این رو اصلاح سبک زندگی هدف اصلی برنامه‌های پیشگیری ثانویه از این بیماری‌ها است. در برنامه‌های اصلاح سبک زندگی، بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و اصلاح رفتارهایی نظیر تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در زمینه سلامت، مدیریت استرس، حمایت و رشد معنوی در مبتلایان به سندرم کرونری حاد تأکید ویژه‌ای می‌شود (۱۱). بنابراین سبک زندگی مختل و رفتارهای سلامت نقش مهمی در ایجاد عوامل خطر متابولیکی دارد (۱). برای مثال، نتایج یک مطالعه مقطعی عرضی با ۹۷۵۰ مرد و زن ایرانی نشان می‌دهد در زنان بین کیفیت زندگی مختل (به‌ویژه حوزه سلامت فیزیکی) و عوامل متابولیکی قلبی حتی بعد از تعدیل دیگر ریسک فاکتورها ارتباط وجود دارد (۱۲). همچنین نتایج مطالعات نشان می‌دهد با اصلاح سبک زندگی و تقویت رفتارهای ارتقادهنده سلامتی، وقوع مجدد بیماری قلبی عروقی مثل فشارخون بالا، کلسترول بالا و عملکرد قلبی بهبود می‌یابد (۱۳).

بنابراین به دنبال بیماری قلبی عروقی و چاقی به‌طور معمول مشکلات متعددی مانند درد، تغییر در جریان خون بافتی، تحمل نکردن فعالیت، سازگاری غیرموثر با بیماری، اضطراب و تظاهرات روانی شدید را تجربه می‌کنند (۱۴). این بیماران در زمان بستری در بیمارستان در مدتی که تحت مراقبت‌های ویژه هستند، کم و بیش دچار استرس می‌شوند. استرس‌های روانی تنها بیمار را از نظر جسمی تحت تأثیر قرار نمی‌دهند، بلکه از نظر روحی نیز تأثیر می‌گذارند. این عوامل تنها می‌توانند موجب ایجاد رفتارهایی از قبیل اضطراب، انکار و پریشانی شوند. این بیماری با ایجاد عوامل تنش‌زای جسمی و روانی مختلف چون درد، فقدان سلامتی، از دست دادن شغل، محرومیت حسی، احساس مرگ قریب‌الوقوع و درجات متفاوتی از واکنش‌های روانی نظیر ناامیدی و خستگی، موجب احساس بی‌ارزشی و کاهش اعتمادبه‌نفس در بیماری می‌شود (۱۵). به علت طول

^۱ - Body Mass Index

مدت و شدت این بیماری، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت روان این بیماران، دست خوش تغییرات فراوانی می‌گردد (۱۶). این تغییرات بیمار را در معرض خطر تکانشگری و آشفتگی پریشانی قرار می‌دهد (۱۷). نتایج پژوهش دیویس^۱ (۲۰۱۳) نشان داد همبستگی بالایی بین بیماری قلبی عروقی با تکانشگری وجود دارد. تکانشگری شامل عمل کردن بدون فکر، هیجان‌طلبی و ناتوانی در اتمام کارها است (۱۸). تکانشگری را همچنین می‌توان به صورت گرایش به واکنش‌های سریع و نسنجیده نسبت به محرک‌های درونی و بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش‌ها برای فرد تکانشگر و یا دیگران تعریف کرد. در واقع تکانشگری یک سازه یک بعدی نیست بلکه یک سازه چندبعدی است (۱۹).

از دیگر عوامل تأثیرگذار بر بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی، تصویر بدنی است، که عبارت است از بازنمایی درونی از ظاهر بیرونی فرد که این بازنمایی ابعاد جسمانی، ادراکی و نگرشی نسبت به آن‌ها را در بر می‌گیرد (۲۰). تصویر بدنی را می‌توان به عنوان تصویری از بدن، که فرد در ذهن خود شکل می‌دهد در نظر گرفت و در واقع چگونگی درک و تصور کردن خویشتن است. تصویر بدنی تحت تأثیر ایده‌آل‌های فرهنگی و اجتماعی قرار دارد و چگونگی مقایسه خود با این ایده‌آل‌ها، احساس فرد را در مورد بدنش و هم چنین رضایت از آن را شکل می‌دهد (۲۱). نارضایتی از تصویر بدنی، نقش مهمی را به عنوان یک عامل خطر برای چندین نوع از مشکلات سازگاری و اختلالات برای آغاز جوانی ایفا می‌کند، همچنین پیش بینی کننده ای برای افسردگی، میل به لاغری، عزت نفس پایین و رفتارهای افراطی سلامتی مثل رژیم گرفتن و استفاده از استروئیدها است (۲۰). بر اساس نتایج پژوهش ویلسون، لاتنر و هایاشی^۲ (۲۱) هم در مردان هم در زنان ها نمایه توده بدنی بالاتر با نارضایتی از تصویر بدنی رابطه معنی داری دارد و همچنین نتایج پژوهش کنتراس-والدز، هراندز-گوزمن و

فریر^۳ (۱۷) نشان داد هر چه نمایه توده بدنی بالاتر باشد، تصویر بدنی نامطلوب تر خواهد بود. بنابراین می‌توان گفت که بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی نارضایتی از تصویر بدنی بالاتری دارند (۲۲). احساس انسجام نیز یکی از عواملی که می‌تواند در سلامت روان بیماران قلبی عروقی نقش داشته باشد. آنتونوسکی در حالی مفهوم احساس انسجام روانی را تعریف کرد که به جای کار بر روی عواملی که باعث بیماری می‌شوند، به مدلی روی آورد که از عواملی حمایت می‌کنند که منجر به سلامت و بهزیستی انسان می‌شود (۲۳). احساس انسجام روانی از نظر آنتونوسکی (۱۹۸۷) شامل سه مولفه می‌باشد، ۱. درک پذیری: توسعه درک فرد از این که جهان قابل پیش بینی و قابل فهم است. ۲. توانایی مدیریت: توسعه درک فرد از دسترسی به منابع مقابله ای و توانایی برای دستکاری واقعیت‌ها، ۳. معناداری: توسعه این که فرد معانی هیجانی، چالش‌ها و علائقی در زندگی خود بیابد (۲۴). اگر چه این مفهوم دارای سه بعد است، اما به طور عملیاتی، آنها در یک مقیاس واحد مشخص می‌شوند که به طور نظری منعکس کننده جهت گیری کلی زندگی است (۲۵). احساس انسجام روانی قوی، با ظرفیت بالا برای مقابله روانی و جسمانی سالم با استرس‌ها و چالش‌هایی که در طول زندگی فرد رخ می‌دهند، ارتباط دارد (۲۶). در این راستا پژوهش‌ها نشان داده است افراد با احساس انسجام قوی با موفقیت بیشتری در برابر استرس مقابله می‌کنند (۲۷). همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که حس انسجام نقش موثری در وضعیت سلامت جسمی و روانی دارد (۲۸).

به طور سنتی احساسات و افکار مثبت و ارضای نیازهای اساسی روانی همانند احساس تعلق و شایستگی و استقلال به عنوان سنگ بنای سلامت روان دیده شده است اما در کنار این عوامل انعطاف پذیری روان شناختی نیز مهم است (۲۹). انعطاف پذیری روان شناختی طیف گسترده ای از توانایی‌های انسان را در بر می‌گیرد از تشخیص و سازگاری با خواسته‌های مختلف محیطی گرفته تا تغییر راهبردهای رفتاری، زمانی که این راهبردها کارکرد فردی و اجتماعی شخص را به خطر می

1 - Davis

2 - Wilson, Latner & Hayashi

3 - Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán & Freyre

است بخشی از مسائل و مشکلات این بیماران ناشی از تداوم تنش ها و فشارهای روانی است بدون شک این مسائل و مشکلات روانی زمینه ساز مشکلات جسمانی نیز خواهند شد. در ایران پژوهشی در زمینه ساز مشکلات جسمانی نیز خواهند شد. در سلامت بر اساس حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی و تکانشگری با میانجی گری نارضایتی بدنی در خصوص بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی انجام نشده است. بنابراین هدف در این پژوهش بررسی نقش حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی و تکانشگری در سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با میانجی گری نارضایتی بدنی در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی بود.

روش کار

روش پژوهش حاضر، به لحاظ روش گردآوری داده‌ها مقطعی از نوع همبستگی است. همچنین پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا الگویابی از طریق معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی شهر تهران در سال ۱۳۹۷، تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای انجام شد. به این صورت که ابتدا از بین ۱۸ بیمارستان آموزشی علوم پزشکی شهر تهران ۵ بیمارستان به صورت خوشه‌ای انتخاب گردید و سپس از میان مراکز قلبی عروقی این بیمارستان‌ها نمونه‌ها بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند (معیارهای ورود به پژوهش شامل: ابتلا به بیماری قلبی عروقی از نوع نارسایی احتقانی، آریتمی‌های قلبی که شامل: تکیکاردی، برادیکاردی، فیبریلاسیون و کاردیومیوپاتی طبق نظر پزشک متخصص قلب، حداقل تحصیلات دیپلم، تمایل به شرکت در مطالعه، سن بین ۳۰ تا ۷۰ سال، آگاهی از بیماری خود، هوشیاری کامل و آگاهی نسبت به زمان و مکان، آشنا بودن به زبان فارسی، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی و نداشتن اختلال حرکتی، نابینایی، ناشنوایی، بیماری تیروئید و اختلالات گوارشی بود. معیار خروج از مطالعه وجود بیماری‌هایی مانند سکنه مغزی و سرطان حین مطالعه، یا وجود هر گونه مشکلی به نحوی که بیمار قادر به پاسخگویی به سؤالات نباشد، بود). در

اندازند. انعطاف پذیری روان شناختی موجب حفظ تعادل میان حوزه‌های مختلف زندگی می‌شود و شخص را آگاه از محیط و متعهد به رفتارهایی می‌کند که با ارزش‌های فردی اش همسو است. نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده است که انعطاف پذیری روان شناختی با سلامت روان ارتباط دارد و نداشتن انعطاف پذیری باعث ایجاد آسیب‌های روانشناختی در بیماران می‌شود (۲۷، ۲۸). افسردگی اختلال شایعی است که ویژگی آن انعطاف ناپذیری در شیوه‌های مختلف عمل است. علائم افسردگی قویا به فقدان انعطاف پذیری اشاره دارند. شخص افسرده توانایی لذت بردن از محیط را ندارد و مدام خلق پایین گزارش می‌دهد دنیا برای چنین فردی مکانی خالی و سطحی است. اختلالات اضطرابی نیز با وجود علائم و ویژگی‌های متمایزی که دارند در مولفه اجتناب تجربه‌ای مشترک هستند. اجتناب تجربی یعنی عدم اشتیاق برای برقراری ارتباط با جنبه‌های خاصی از تجربه، درست همانند افسردگی فرد مضطرب به درستی با محیط تعامل نمی‌کند و انعطاف ناپذیری رفتاری نشان می‌دهد (۳۰). نتایج پژوهش ماسودا و تالی (۳۱) نشان می‌دهد انعطاف پذیری روان شناختی با سلامت عمومی و آسیب پذیری در طیف گسترده‌ای از ناراحتی‌ها که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد.

با توجه به مطالعات انجام شده در این زمینه شاید بتوان بخشی از افزایش شیوع بیماری‌های قلبی عروقی در کشور را به چاقی نسبت داد. اغلب گزارش‌های منتشر شده در زمینه ارتباط چاقی با بیماری‌های قلبی عروقی مربوط به کشورهای پیشرفته است و اطلاعات کمی در این زمینه در کشورهای جهان سوم وجود دارد. از سوی دیگر مرور ادبیات و پیشینه پژوهش حاکی از آن است که متغیرهای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی، تکانشگری و نارضایتی بدنی می‌توانند بر ابعاد زیستی، هیجانی، شناختی و رفتاری بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی تاثیرگذار باشد؛ اما از آنجایی که بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی ضمن برخورداری از مشکلات زیستی که موجب نارسایی‌های قلبی عروقی شده

¹ - Masuda & Tully

مدل‌یابی معادلات ساختاری تعیین حجم نمونه می‌تواند بین ۵ تا ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده تعیین شود: $5q \leq n \leq 15q$ ؛ که در آن q تعداد متغیرهای مشاهده شده یا تعداد گویه‌ها (سؤالات) پرسشنامه و n حجم نمونه است (هومن، ۱۳۸۴). در این پژوهش حجم نمونه برای هر سؤال ۵ آزمودنی و به‌طور کلی ۲۲۰ نفر در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است توضیحات لازم در مورد آگاهی از اهداف مطالعه، مشارکت داوطلبانه، رعایت حریم خصوصی، حفظ اسرار، عدم ثبت مشخصات شناسایی، حق انصراف از ادامه در همه مراحل جمع‌آوری داده‌ها در مطالعه ارائه و رضایت آن‌ها برای شرکت در مطالعه و تایید کمیته اخلاق نیز اخذ شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر و همکاران (۱۹۸۲): پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت از سطح قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی برخوردار است و در بسیاری از کشورهای جهان آزمون شده است. نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران هنجاریابی شده و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه محمدی زیدی و همکاران (۲۰۱۲) ضریب آلفای کرونباخ حدود ۰/۸۲ گزارش شده است. این مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در شش بعد مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی (۸ سؤال)، فعالیت جسمی (پیروی از یک الگوی ورزشی منظم با ۱۳ سؤال)، تغذیه (داشتن الگوی غذایی و انتخاب غذا با ۱۱ سؤال)، رشد معنوی (برخورداری از احساس هدفمندی و رضایتمندی با ۶ سؤال)، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس‌زا و اقدامات مدیریت استرس با ۶ سؤال)، و رفتار بین فردی (۸ سؤال) اندازه‌گیری می‌کند. مجموع سؤالات پرسشنامه ۵۲ سؤال است که به‌صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، معمولاً (۳)، و همیشه (۴) نمره دهی شد. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت بین ۵۲ تا ۲۰۸ است که برای هر بعد نمره جداگانه‌ای محاسبه گردید. بنابراین محدوده نمره ابعاد مسئولیت‌پذیری، وضعیت تغذیه‌ای، رشد معنوی، روابط بین فردی (۰-۳۶) و هر یک از ابعاد مدیریت استرس و فعالیت

جسمی (۰-۳۲) در نظر گرفته شد. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده اتخاذ رفتارها و شیوه زندگی سالم‌تر می‌باشد. در پژوهش والکر و همکاران (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی این پرسشنامه، ۰/۹۴ گزارش شد. همچنین والکر و همکاران (۱۹۹۷) در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه محاسبه کردند. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ را برای ۶ خرده مقیاس این آزمون محاسبه نمودند. چو و همکاران (۲۰۱۳) نیز در این پژوهش آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۹۱ گزارش نمودند. در ایران خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلفی بررسی شده است. در پژوهش محمدی زیدی و همکاران (۱۳۹۰)، تعداد گویه‌های این مقیاس از ۵۲ به ۴۹ تقلیل پیدا نمود و تعداد ۳ سؤال به دلیل بار عاملی پایین حذف شد و آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شد.

حس انسجام کیمیایی و همکاران (۱۳۹۲):

پرسش‌نامه‌ی ۵۰ سؤالی است که توسط سید علی کیمیایی و محمد ارقبایی و پیام جوزی ساخته شده است (کیمیایی و همکاران، ۱۳۹۲). این پرسش‌نامه دارای سه خرده مقیاس برای سنجش میزان قابل‌درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنادار بودن وقایع از نظر فرد می‌باشد. مقیاس معناداری شامل ۲۳ سؤال و مقیاس قابل مدیریت بودن ۶ سؤال و مقیاس قابل‌درک بودن ۲۱ را دارا می‌باشد و در یک طیف ۵ درجه‌ای از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) به روش لیکرت درجه‌بندی می‌شود. سؤالات ۴۸، ۴۷، ۴۶، ۴۱، ۳۹، ۲۷، ۲۲، ۲۱، ۱۶، ۹، ۸ به‌صورت معکوس درجه‌بندی می‌شود به‌طوری‌که در طیف ۵ نمره‌ای خیلی زیاد (۱) تا خیلی کم (۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشانگر انسجام درونی بیشتر و نمرات پایین‌تر بیانگر انسجام درونی کمتر است. در هنجاریابی این پرسش‌نامه از ۴۱۰ آزمودنی که به شیوه خوشه‌ای چندمرحله‌ای نمونه‌گیری شده بودند تعداد ۴۰۴ پرسشنامه به دست آمد که دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال و میانگین ۲۲٫۵ سال داشتند. پرسشنامه انسجام درونی همسانی درونی خوبی دارد و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۳۵، برای خرده مقیاس معناداری ۰/۹۲۷، برای خرده مقیاس قابل مدیریت

گزارش شد. همچنین در پژوهش جاوید و همکاران (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش شد.

پرسشنامه نارضایتی از بدن لیتتون (۲۰۰۵): پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی حاوی ۱۹ آیت است که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره ظاهرش می‌پردازد. جهت نمره‌گذاری پرسشنامه، صفر در مقابل پاسخ خیر و یک نمره به پاسخ بلی داده می‌شود. این ابزار دو عامل دارد که عامل اول، نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، واریس کردن و مخفی کردن نقایص ادراک شده را در برمی‌گیرد. عامل دوم میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد نشان می‌دهد (۳۱). لیتتون و همکاران (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای کل سؤال‌ها، عامل اول و عامل دوم به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۷۶ گزارش کردند. خصوصیات روان‌سنجی این ابزار در جامعه ایران نیز رضایت‌بخش گزارش شده است (۳۲). محمدی و همکاران (۱۳۸۶) از روش تحلیل مؤلفه و با استفاده از چرخش واریمکس برای تأیید اعتبار عاملی سؤال‌ها استفاده نمود. تحلیل عوامل تأیید کننده اعتبار عاملی سؤال‌ها بود و نظر سازنده پرسشنامه را مبنی بر این که این ابزار متغیر مورد نظر را موردسنجش قرار می‌دهد، تأیید نمود.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و Lisrel استفاده گردید. همچنین ارزیابی الگوی پیشنهادی با استفاده از روش تحلیل مسیر مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

از بین ۲۲۰ نفر نمونه، ۷۳ نفر مرد و ۱۷۴ نفر زن بودند. به عبارتی ۳۳٪ از آزمودنی‌ها مرد و ۶۷٪ زن بودند. ۲۳٪ از آزمودنی‌ها دارای سن بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۴۳٪ بین ۴۱ تا ۵۵ سال و ۳۴٪ بین ۵۶ تا ۷۰ سال داشتند. ۴۸٪ از آزمودنی‌ها دارای تحصیلات دیپلم، ۳۰٪ لیسانس، ۱۵٪ فوق‌لیسانس و ۷٪ تحصیلات دکتری دارند.

قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش، می‌خواهیم رابطه (همبستگی) بین متغیرها را مورد ارزیابی قرار دهیم. بنابراین، از آزمون همبستگی استفاده کرده و نتایج آن را در ماتریس زیر آورده‌ایم.

بودن ۰/۶۵۰، برای خرده‌مقیاس قابل درک بودن ۰/۸۸۶ می‌باشد. اعتبار همزمان پرسشنامه انسجام درونی از طریق همبستگی معنی‌دار ۰/۵۵۶- با پرسشنامه GHQ^۱ بدست آمد. همچنین تمام خرده‌مقیاس همبستگی معنی‌داری با سایر مقیاس‌های سلامت عمومی دارد (کیمیایی و همکاران، ۱۳۹۲).

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بوند و همکاران

(۲۰۱۱): این پرسشنامه توسط بوند و همکاران (۲۰۱۱) برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های این پرسشنامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز = ۱، خیلی بندرت = ۲، بندرت = ۳، گاهی اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۵، تقریباً همیشه = ۶ و همیشه = ۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه توسط بوند و همکاران (۲۰۱۱) ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده است. در ایران نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمون ۰/۷۱ بدست آمده است (عباسی و همکاران، ۲۰۱۳).

پرسشنامه تکانشگری بارت (۱۹۹۵):

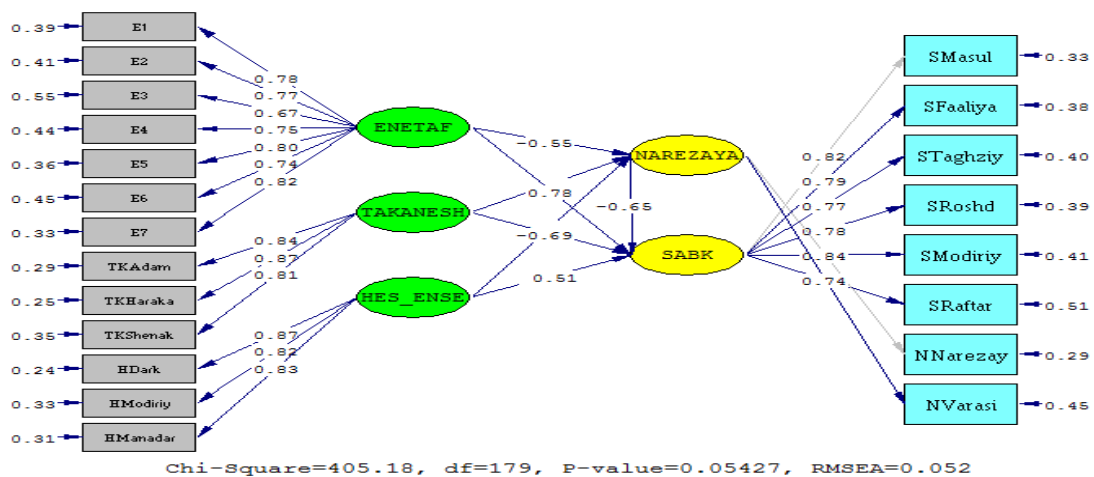
این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش دهی شامل ۳۰ سؤال مدرج چهار نمره‌ای لیکرت بود که از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای سه خرده‌مقیاس عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی است. این پرسشنامه توسط پاتون، استانفورد و بارت (۱۹۹۵)؛ به نقل از جاوید، محمدی و رحیمی، (۱۳۹۱) ساخته شد. در این پژوهش از نسخه فارسی این پژوهش که توسط جاوید و همکاران (۱۳۹۱) ترجمه و اعتباریابی شده، استفاده خواهد شد. پایایی به روش آلفای کرونباخ و آزمون بازآزمایی، به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش شد. روایی نیز با روش همبستگی هر عامل با نمره کل مطلوب

¹- General Health Questionnaire

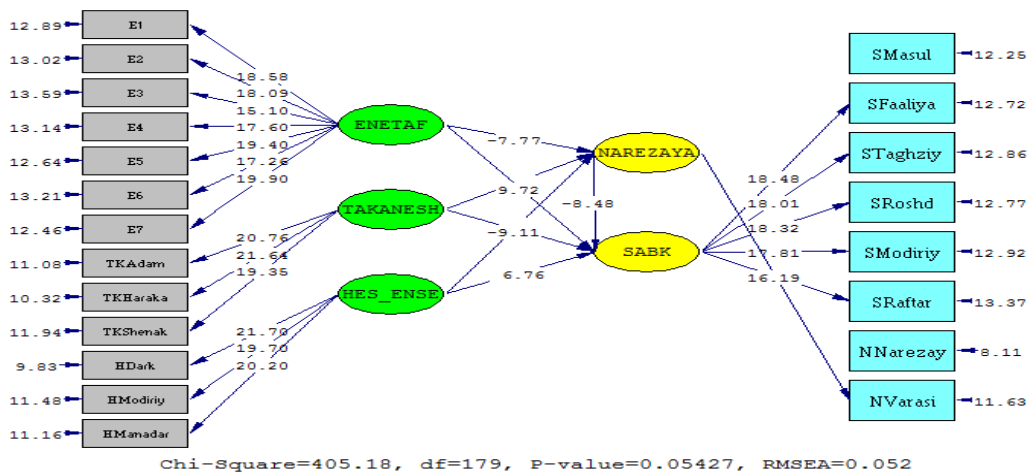
همان‌طور که از ماتریس فوق مشخص است، علامت ** نشان‌دهنده وجود همبستگی بین متغیرهای پژوهش در سطح ۰,۰۱ را نشان می‌دهد. در ادامه، به منظور بررسی تاثیرگذاری حس انسجام، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تکانشگری بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با میانجی‌گری نارضایتی از بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی در یک مدل، از مدل معادلات ساختاری تأییدی استفاده می‌شود. بدین منظور، پس از رسم ساختار، اضافه نمودن قیود مدل و انتخاب روش ماکسیمم درستمایی، مدل اجرا شده و نمودار مسیر برازش شکل‌های زیر به دست آمد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	نارضایتی از بدن	سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت
حس انسجام	همبستگی Sig. ۰,۳۰۰**	۰,۳۴۶**
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	همبستگی Sig. ۰,۷۰۹**	۰,۷۴۷**
تکانشگری	همبستگی Sig. ۰,۷۹۲**	۰,۸۳۷**



شکل ۱. ضریب مسیر و بارهای عاملی مدل



شکل ۲. ضرایب معناداری مدل

که در جدول زیر دیده می‌شود، همه‌ی شاخص‌ها کفایت آماری دارند. بنابراین، با اطمینان می‌توان دریافت محقق در مورد این شاخص‌ها به برازش نسبتاً کاملی دست یافته است.

با توجه به معیارهای خی-دو و RMSEA این مدل برازش مناسبی به داده‌ها ارائه می‌کند. در جدول زیر، مهم‌ترین و متداول‌ترین شاخص‌های برازش آورده شده است. همان‌گونه

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	نام شاخص	اختصار	مقدار	برازش قابل قبول
شاخص‌های برازش مطلق	سطح تحت پوشش (کای اسکوتر)	-	۴۰۵/۱۸	
	کای اسکوتر بر درجه آزادی	X^2/df	۲/۲۶	کمتر از ۳
	شاخص نیکویی برازش	GFI	۰,۹۴	بزرگتر از ۰,۹
شاخص‌های برازش تطبیقی	شاخص نیکویی برازش اصلاح شده	AGFI	۰,۹۱	بزرگتر از ۰,۹
	شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰,۹۸	بزرگتر از ۰,۹
شاخص‌های برازش مقصد	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰,۰۵۲	کمتر از ۰,۱

روان‌شناختی و تکانشگری بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با میانجی‌گری نارضایتی از بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی پذیرفته می‌شود. در جدول زیر، ضرایب مسیر به همراه مقادیر t برای فرضیه‌های پژوهش آورده شده است. همان‌طور که مشخص است، مسیرهای مورد آزمون، پذیرفته می‌شوند.

بنابراین، با توجه به شکل‌های بالا چنین استنباط می‌شود که حس انسجام، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تکانشگری بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با میانجی‌گری نارضایتی از بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی تاثیر دارد. آنگاه، می‌توان چنین نتیجه گرفت که فرضیه تاثیر حس انسجام، انعطاف‌پذیری

جدول ۳. ضرایب مسیر و مقادیر t متغیرهای پژوهش

مسیر	ضریب مسیر	مقدار t	وضعیت
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی --> نارضایتی بدن	-۰,۵۵	-۷,۷۷	پذیرفته شد
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی --> سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	۰,۷۸	۹,۷۲	پذیرفته شد
تکانشگری --> نارضایتی بدن	۰,۵۹	۸,۰۱	پذیرفته شد
تکانشگری --> سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	-۰,۶۹	-۹,۱۱	پذیرفته شد
حس انسجام --> نارضایتی بدن	-۰,۶۱	-۸,۲۲	پذیرفته شد
حس انسجام --> سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	۰,۵۱	۶,۷۶	پذیرفته شد
نارضایتی بدن --> سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	-۰,۶۵	-۴,۴۸	پذیرفته شد

برای بررسی میزان تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته لازم است تا اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم برای متغیر درون‌زای مدل ارائه شود که این اثرات در جدول ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴. تفکیک اثرات، مستقیم، غیر مستقیم در مدل پژوهش

اثر			متغیر وابسته	متغیر مستقل
کل	غیر مستقیم	مستقیم		
-۰,۵۵	----	-۰,۵۵	نارضایتی بدن	انعطاف پذیری روان شناختی
-۰,۶۵	-----	-۰,۶۵	سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	نارضایتی بدن
۱,۱۴	-۰,۵۵ * -۰,۶۵ = ۰,۳۶	۰,۷۸	سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	انعطاف پذیری روان شناختی
۰,۵۹	----	۰,۵۹	نارضایتی بدن	تکانشگری
-۰,۶۵	-----	-۰,۶۵	سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	نارضایتی بدن
-۱,۰۷	۰,۵۹ * -۰,۶۵ = -۰,۳۸	-۰,۶۹	سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	تکانشگری
-۰,۶۱	----	-۰,۶۱	نارضایتی بدن	حس انسجام
-۰,۶۵	-----	-۰,۶۵	سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	نارضایتی بدن
۰,۹۱	-۰,۶۱ * -۰,۶۵ = ۰,۴۰	۰,۵۱	سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	حس انسجام

همان طور که در جدول ۴ قابل مشاهده است:

(۲۷)، سیلوریا و همکاران (۱۷) همخوانی دارد. کلید توسعه جوامع سالم با مردم سالم گسترش شیوه زندگی صحیح است. درک عمیق روابط بین فردی افراد در بستر اجتماعی آنها، موجبات توسعه رویکردهای موثر ارتقای سلامت را فراهم می آورد. سیاست گذاری های کلان کشوری، تأثیری بنیادین بر شیوه زندگی افراد، روابط آنها و ظرفیت سازی جوامع در راستای توسعه پایداری ایفا می نماید. ارتقای شیوه زندگی سالم، امتدادی از یک حرکت مداوم در راستای توانمندسازی فردی و اجتماعی در زمینه تامین، حفظ و ارتقای سلامت است.

نتایج برخی از پژوهش ها نشان داد با توجه به این که داشتن عنصر انگیزشی حس انسجام در بیماران اهمیت ویژه ای دارد به نظر می رسد که حتی افرادی با توانایی درک و توانایی مدیریت بالا در بیماری خود چنانچه در این عنصر انگیزشی، قوی نباشند، یعنی مشکلات زندگی را به جای این که به صورت موضوعات چالش انگیز ببینند، به شکل موضوعات ناگواری در نظر بگیرند، از سبک زندگی مطلوبی برخوردار نخواهند بود و این امر باعث افزایش نارضایتی در آنها خواهد شد (۳۳). در همین رابطه نتایج پژوهش انجای و انجیو (۲۸) نشان داد که احساس انسجام، تاثیر

- تاثیر انعطاف پذیری روان شناختی بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با نقش میانجی نارضایتی بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی به میزان ۱,۱۴ است.
- تاثیر تکانشگری بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با نقش میانجی نارضایتی بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی به میزان ۱,۰۷- است.
- تاثیر حس انسجام بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با نقش میانجی نارضایتی بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی به میزان ۰,۹۱ است.

بحث

نتایج نشان داد که حس انسجام، انعطاف پذیری روان شناختی و تکانشگری بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با میانجی گری نارضایتی از بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی تاثیر دارد. آنگاه، می توان چنین نتیجه گرفت که فرضیه تاثیر حس انسجام، انعطاف پذیری روان شناختی و تکانشگری بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با میانجی گری نارضایتی از بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی پذیرفته می شود. نتایج پژوهش با یافته های انجای و انجیو (۲۸)، سارنالم و همکاران

مستقیمی بر مولفه سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران دارد. سارنمال و همکاران (۲۷) نیز پژوهشی با هدف بررسی نقش حس انسجام در پیش بینی رویدادهای استرس زا، راهبردهای مقابله ای، وضعیت سلامتی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان به این نتیجه رسیدند زنانی که احساس انسجام بیشتری داشتند، وضعیت سلامتی بهتر و سبک زندگی بهتری را گزارش دادند. سیلوریا و همکاران (۱۷)، پژوهشی تحت عنوان نقش میانجی حس انسجام در ارتباط بین خصومت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران قلبی عروقی انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که خصومت منجر به کاهش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران قلبی عروقی می شود. همچنین حس انسجام با سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بیماران قلبی رابطه مثبت و معناداری دارد و حس انسجام بالا می تواند به عنوان یک متغیر انگیزشی باعث افزایش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران قلبی عروقی شود. نتایج پژوهش موسوی و همکاران (۱۱) نیز نشان داد که حس انسجام چگونگی مقابله با عوامل تنش زا، تطابق و سازگاری در بیماران را ارائه می دهد. حس انسجام پیش بینی کننده مهم سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و عاملی مهم جهت تعیین عوامل خطر در بازماندگان انفارکتوس میوکارد می باشد. از طرف دیگر ارتقا حس انسجام منجر به افزایش فعالیت های فیزیکی و پایداری به رژیم غذایی در بیماران قلبی می شود. احساس انسجام بیان کننده اعتماد شخص به توانایی خویش برای مقابله با شرایط مختلف است و حس استقلال و خودپروی را افزایش می دهد و باعث ارتقای رفتارهای مربوط به سبک زندگی سلامتی می شود. کاهش کنترل پذیری و تسلط فرد بر موقعیت های مختلف زندگی و احساس غیرقابل پیش بینی بودن رویدادها، توانایی های فرد را در مقابله موثر با استرس و مشکلات، تضعیف و استفاده از راهبردهای مقابله ای اجتنابی را میسر می کند و با

احتمال افزایش درماندگی روانشناختی، سبک زندگی را در معرض خطر قرار می دهد. برعکس، این باور که تجربه های زندگی پیش بینی پذیر و قابل کنترل هستند، به حس انسجام بیشتر در بیماران منجر می شود و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت آنان اثرات مثبتی خواهد گذاشت. همچنین می توان گفت مقاومت افراد در برابر تغییرات زندگی و واقعیت ها موجب می شود فرد نتواند به شکل مناسب با مشکلات و موانع زندگی رو به رو شود و فرصت های پیشرفت و رشد را از دست بدهد، بنابراین نسبت به آنچه انجام می دهد یا خواهد داد احساس تعهد کمتری می کند و تلاش و زمان کمتری وقف اهداف خود می کند و در نتیجه، باور فرد نسبت به اهمیت، ارزش و معنی داری فعالیت های زندگی کمتری می شود و سلامتی و سبک زندگی او در معرض خطر قرار می گیرد (۳۴).

نتایج همچنین نشان داد انعطاف پذیری روانشناختی بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با میانجی گری نارضایتی از بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی تاثیر دارد. یافته ها با نتایج پژوهش صادقی و همکاران (۳۳)، همسو می باشد. صادقی و همکاران (۳۳)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که انعطاف پذیری روانشناختی به عنوان متغیرهای مهم تاثیرگذار در ایجاد یا جلوگیری از بیماری های قلبی عمل می کند که در زمان درمان بیماران می تواند مورد توجه قرار گیرند. در تبیین نتایج بدست آمده از پژوهش می توان چنین بیان داشت که بیماران منعطف از وجود استرس در زندگی شان اجتناب نمی کنند در عوض شرایط استرس آمیز را به عنوان فرصتی برای رشد و بالندگی شان در نظر می گیرند. مفهوم انعطاف از فعل انعطاف داشتن مشتق شده است و به حالت اولیه برگشتن است به این صورت که موقعی که یک شی ارتجاع پیدا می کند یا خم می شود این قابلیت را دارد که به حالت اولیه برگردد؛ به این صورت اصطلاح انعطاف پذیری جایگزین آسیب ناپذیری شده.

هر چه انعطاف پذیری فرد بیشتر باشد می تواند موقعیت های سخت را به عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت های سخت بتواند به راه حل های جایگزین فکر کند، و در نتیجه ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواری های زندگی بالاتر است (۳۵). بیمارانی که توانایی تفکر انعطاف پذیر دارند، از توجیحات جایگزین استفاده می کنند، چارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می کنند و موقعیت های چالش انگیز یا رویدادهای استرس زای بیماری خود را می پذیرند و نسبت به بیمارانی که انعطاف پذیر نیستند، از نظر روانشناختی سبک زندگی ارتقا دهنده بهتری دارند. ویژگی افراد منعطف به گونه ای است که واقعیت را می پذیرند، باور دارند که زندگی با معنی است و توانایی بهبود و سازگاری معنی دار با تغییرات زندگی را دارند می توانند در راه خودشکوفایی مسیر خود را ادامه بدهند و این خصایص می تواند به سبک زندگی سلامتی آنها کمک کند و همین امر در رضایت از بدن منجر می شود.

همچنین نتایج نشان داد تکانشگری بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با میانجی گری نارضایتی از بدن در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی تاثیر دارد. آناگور و همکاران (۳۴)، در پژوهشی که تحت عنوان تاثیر افسردگی و تکانشگری بر چاقی انجام دادند، نتایج پژوهش نشان داد که افسردگی و تکانشگری در رفتارهای خوردن افراد چاق تاثیرگذار است و ارتباط معناداری بین آنها وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که افرادی که مبتلا به چاقی هستند تکانشگری بیشتری در رفتارهای خوردن نشان می دهند. وردیجو-گارسیا (۳۱)، در پژوهشی که تحت عنوان پاداش، تقویت و تکانشگری در چاقی انجام داد. نتایج پژوهشی نشان داد که پاداش، تقویت و تکانشگری در میزان مصرف مواد غذایی افراد چاق تاثیرگذار بود و ارتباط معناداری بین آنها

وجود داشت. آفهلز و هارلو (۲۹)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که عوامل قاندرساز و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت کلی قوی ترین عوامل پیشگویی کننده برای کیفیت زندگی افراد به شمار می رود. بنابراین می توان با شناسایی عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد به تدوین برنامه آموزشی مناسب و موثر دست زد. اسپچیل و همکاران (۳۶) نیز پژوهشی تحت عنوان نقش تحمل پریشانی در رابطه با دانش بیماری و نتایج گزارش شده از سوی بیماران قلبی عروقی انجام دادند. نتایج نشان داد هنگامی که افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی نسبت به دوره بیماری و نتایج آنها بی اطمینان بودند، دانش در مورد خطرات قلبی عروقی در آینده ممکن است منجر به پریشانی بالاتر این بیماران شود. بنابراین باید توجه داشت تکانشگری، تمایل به عملی بدون تفکر مناسب و بدون توجه به نتایج آن می باشد، این رفتارها سریع، ناخواسته، بدون فکر و مستعد اشتباه می باشند و تحقیقات رابطه تکانشگری را با نشانه های بیماری قلبی عروقی مورد بررسی قرار داده و نشان دادند بیماران با تکانشگری گرایش به افسردگی بالاتری را نسبت به افراد دیگر دارند (۳۶).

نتیجه گیری

گرچه مطالعات پیشین به عوامل موثر بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی پرداخته اند، اما طبق دانش ما مطالعه حاضر، اولین پژوهشی است که نقش مجموعه ای از متغیرهای روانشناختی، بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بین بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی را بررسی قرار داده است و هیچ مطالعه ای در ادبیات موجود این زمینه مدل پیشنهادی گسترده ای به این شکل ارائه نکرده است و بنابراین، نمی توان یافته های مربوط به مدل پیشنهادی و نهایی را با آن مقایسه نمود و پژوهش های آتی به یافتن مدلی کامل تر در این زمینه کمک خواهند کرد. این مطالعه محدودیت هایی نیز

این متغیرها و آموزش متخصصان سلامت روانی به بیماران قلبی عروقی، که با آنها سروکار دارند، موجب بهبود و افزایش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران خواهد شد. پیشنهاد می گردد که درمانگران و مشاوران با یافتن روش هایی برای افزایش انعطاف پذیری روانی و حس انسجام بیماران و آموزش آن به بیماران قلبی عروقی بتوانند افق های تازه ای در برابر درمان و پیشگیری از آسیب های روانی بگشایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پایان نامه دکتری در رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد اصفهان با کد اخلاق (IR.IAU.FALA.REC.1398.039) می باشد. از کلیه افرادی که در این پژوهش ما را یاری رساندند بی نهایت سپاسگزاریم.

Reference

1. Kim E, Hwang S. Effects of aerobic exercise on antioxidants in rat models with cardiomyopathy. *Physical Therapy Rehabilitation Science*. 2015; 4(1): 17-21.
2. Albackr H. B, AlHabib K. F, Ullah , Alfaleh H, Hersi A, Alshaer F, Kashour T. Prevalence and prognosis of congestive heart failure in Saudi patients admitted with acute coronary syndrome (from SPACE registry), *Coronary artery disease*. 2013; 24(7): 596-601.
3. Hoseyni H, Safavi M, Fesharaki. The relationship between hypertension and restless legs syndrome in cardiovascular patients, *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2018; 10(15): 47-53.
4. Farzaneh R, Hoseyni K, Vahedi S, Hamze N. Obesity and cardiovascular disease *Iranian Journal of Diabetes and Lipid*. 2013; 12(15): 451-460.
5. Sadeghzadeh V, Jahangiri K, Mahmudi najmabadi M, Mahmonir. Coronary heart disease epidemic status in Iran and countries Selected: A comparative study. *Journal of Health Promotion Management*. 2017; 29(12): 17-26.
6. Piché M. E, Poirier P, Lemieux I, & Després J. P. Overview of epidemiology and contribution of obesity and body fat distribution to cardiovascular disease: an update. *Progress in cardiovascular diseases*. 2019; 61(2): 103-113.
7. Xia JY, Lloyd-Jones DM, Khan SS. Association of body mass index with mortality in cardiovascular disease: New insights into the obesity paradox from multiple perspectives. *Trends in cardiovascular medicine*. 2019 May 1; 29(4): 220-5.
8. Kapelio C. J, Kyriazis I, Ioannidis I, Dimosthenopoulos C, Hatziagelaki E, & Liatis S. Diet, life-style and cardiovascular morbidity in the rural, free living population of Elafonisos island. *BMC public health*. 2017; 17(1): 147.
9. Hellstrand M, Simonsson B, Engström S, Nilsson KW, Molarius A. A health dialogue intervention reduces cardiovascular risk factor levels: a population based randomised controlled trial in Swedish primary care setting with 1-year follow-up. *BMC public health*. 2017 Dec; 17(1): 669.
10. Dehghani A. The Role and Lifestyle of Predicting Depression in Type 2 Diabetic Patients *Zabol Diabetes Nursing Journal*. 2017; 5(4): 293-304.
11. Sanchez-Aguadero N, Alonso-Dominguez R, Garcia-Ortiz L, Agudo-Conde C, Rodriguez-Martin C, de Cabo-Laso A, Sanchez-Salgado B, Ramos R, Maderuelo-Fernandez JA, Gomez-Marcos MA, Recio-Rodriguez JI. Diet and physical activity in people with intermediate cardiovascular risk and their

داشت که موجب می شود تعمیم نتایج همراه با ملاحظه باشد. یکی از محدودیت ها این بود که سنجش متغیرهای پژوهش تنها با استفاده از آزمون های خود گزارشی صورت گرفت. در همین راستا، پیشنهاد می شود در مطالعات آتی از روش های دیگری نظری مصاحبه نیز استفاده شود. همچنین مطالعه تنها بر روی بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی انجام گرفت. پیشنهاد می شود پژوهش روی نمونه های گوناگون تکرار شود و همچنین ماهیت مقطعی طرح مطالعه امکان هرگونه تفسیر علی از نتایج را با محدودیت روبرو می سازد. بنابراین با توجه به این که نتایج نشان داد هر یک از مولفه های حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی نقش مهمی در سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی دارند، تقویت و توجه بیشتر به

- relationship with the health-related quality of life: results from the MARK study. *Health and quality of life outcomes*. 2016 Dec;14(1):169.
12. Sarafzadegan S. C, Stanton A. L, & Shortidge B. E. A multidimensional structure for repetitive thought: what's on , your mind, and how, and how much? *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011; 85: 909-92.
 13. Chen Y. C, Wu H. P, Hwang S. J, & Li I. C. Exploring the components of metabolic syndrome with respect to gender difference and its relationship to health-promoting lifestyle behaviour: a study in Taiwanese urban communities. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19(21-22): 3031-3041.
 14. van Puijvelde G. H, & Kuiper J. NKT cells in cardiovascular diseases. *European journal of pharmacology*. 2017; 816: 47-57.
 15. Güder G, & Rutten F. H. Comorbidity of heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: more than coincidence. *Current heart failure reports*. 2014; 11(3): 337-346.
 16. Kordestani D, GHomri A. Comparison of resiliency, lifestyle and quality of life between cardiovascular patients and healthy individuals. *Quarterly Journal*. 2017;15(75):71-80.
 17. Gouveia M, Xia K, Colon W, Vieira S. I, & Ribeiro F. Protein aggregation, cardiovascular diseases, and exercise training: Where do we stand? *Ageing research reviews*. 2017; 40: 1-10.
 18. MacKillop J, Weafer J, Gray J. C, Oshri A, Palmer A & de Wit H. The latent structure of impulsivity: impulsive choice, impulsive action, and impulsive personality traits. *Psychopharmacology*. 2016; 233(18): 3361-3370.
 19. Thamotharan S, Lange K, Zale E. L, Huffhines L, & Fields S. The role of impulsivity in pediatric obesity and weight status: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2013;33(2): 253-262.
 20. Barbosa D. P, & Zhang J. Health-Related Life Choices. In *Life-Oriented Behavioral Research for Urban Policy*. 2017; (pp. 175-204). Springer, Tokyo.
 21. Zaree A, Poorsharifi H, Babappor J. The role of body image dissatisfaction and mental health in predicting adolescent girls' obesity. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2016;18(3):197-204.
 22. Simona F. P, Elisabeta R. L, & Cristian R. M. Relation between body shape and body mass index. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015; 197: 1458-1463.
 23. Boeckxstaens P, Vaes B, De Sutter A, Aujoulat I, Van Pottelbergh G, Mathei C, & Degryse J. M. A high sense of coherence as protection against adverse health outcomes in patients aged 80 years and older. *The Annals of Family Medicine*. 2016;14(4): 337-343.
 24. Ngai F. W, & Ngu S. F. Family sense of coherence and quality of life. *Quality of Life Research*. 2013; 22(8): 2031-2039.
 25. Ferguson S, Browne J, Taylor J, & Davis D. Sense of coherence and women' s birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery*. 2016; 34:158-165
 26. Elfassi Y, Braun-Lewensohn O, Krumer-Nevo M, & Sagy S. Community sense of coherence among adolescents as related to their involvement in risk behaviors. *Journal of Community Psychology*. 2016; 44(1): 22-37.
 27. Goldberg A. Sense of coherence and resolution with diagnosis among parents of adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*. 2015; 30(6): 862-867.
 28. Chaddha A, Robinson E. A, Kline-Rogers E, Alexandris-Souphis T, & Rubenfire M. Mental health and cardiovascular disease. *The American journal of medicine*. 2016; 129(11): 1145-1148.
 29. Almarzooqi S, Chilcot J, & McCracken L. M. The role of psychological flexibility in migraine headache impact and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2017; 6(2): 239-243.
 30. Johnco C, Wuthrich V. M, & Rapee R. M. Reliability and validity of two self-report measures of cognitive flexibility. *Psychological assessment*. 2014;26(4): 1381.
 31. Littleton H.L, Axsom D.S. & Pury C.L. Development of the body image concern inventory, *Behavior Research and Therapy*. 2005; 43: 229 -241.
 32. Mohhamadi N, Sajadi M. Evaluation of Psychometric Indicators for Body Image Concerns Questionnaire and Relationship Model of Body Mass Index, Body Image Satisfaction and Self-Esteem in Adolescent Girls. *Psychological Studies*. 2007;3(1): 83-99.

33. Okosun I. S, Annor F, Esuneh F, & Okoegwale E. E. (2013). Metabolic syndrome and impaired health-related quality of life and in non-Hispanic White, non-Hispanic Blacks and Mexican-American Adults. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2013; 7(3): 154-160.
34. Abolghasemi A, Zahed F, Narimani F. Evaluation of the relationship between attachment feeling and personality type D with health in people with coronary artery disease. *Journal of Mental Health Principles*. 2009;11(3):213-222.
36. Sairanen E, Tolvanen A, Karhunen L, Kolehmainen M, Järvelä E, Rantala S, ... & Lappalainen, R. Psychological flexibility and mindfulness explain intuitive eating in overweight adults. *Behavior modification*. 2015; 39(4): 557-579.
37. Mohseni pooya H, Hajimiri KH, Esmaeeli shahmirzadi S, Golshani S, Hashemi H, Seyfi A. The relationship between health promoting behaviors and severity of coronary artery stenosis in patients with angiography in Mazandaran Cardiology Center. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 25(13): 19-29.

Original Article

Modeling Structural Relations of Health Promoting Lifestyle Based on Sense of Coherence, Psychological Flexibility and Impulsivity with the Mediating Role of Body Dissatisfaction in Cardiovascular Disease patients with Obesity

Received: 11/12/2019 - Accepted: 15/01/2020

Sepideh Raisi Nasehi¹
Akram Dehghani²
Fardin moradi manesh³
Seyyed Abbas Haghayegh⁴

¹Department of Psychology,
Najafabad Branch, Islamic
Azad University, Najafabad,
Iran

²Corresponding author:
Department of Psychology,
Najafabad Branch, Islamic
Azad University, Najafabad,
Iran

³Department of psychology,
Dezful Branch, Islamic Azad
University, Dezful, Iran.

⁴Department of Psychology,
Najafabad Branch, Islamic
Azad University, Najafabad,
Iran

Email:
dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

Abstract

Introduction: Modeling Structural Relations of Health Promoting Lifestyle Based on Sense of Coherence, Psychological Flexibility and Impulsivity with the Mediating Role of Body Dissatisfaction in Cardiovascular Disease patients with Obesity

Methods: The research method is correlation using structural equation modeling. The statistical population of this study consisted of all cardiovascular patients with obesity in Tehran in 2018, out of whom, 220 were selected through stratified cluster sampling and available as the sample. Research tools were: Health Promoting Lifestyle Walker et al. (1987), Sense of Coherence Kimiai et al. (2013), Psychological Flexibility Bund et al. (2011), Impulsiveness Bart (1995), and Body Dissatisfaction Littleton (2005) all of them had acceptable validity and reliability. The evaluation of the proposed model was analyzed using the path analysis method.

findings: The results showed that Sense of Coherence, psychological flexibility and impulsivity influence health promoting lifestyle by mediating body dissatisfaction in cardiovascular patients with obesity ($P < 0.05$). In the structural model section, the results showed that the effect of psychological flexibility on health promoting lifestyle with mediator role of body dissatisfaction in cardiovascular patients with obesity is 1.14. Impact of impulsivity on health-promoting lifestyle with mediating role of body dissatisfaction in cardiovascular patients with obesity is -1.07. The effect of sense of cohesion on health promoting lifestyle with mediator role of body dissatisfaction in cardiovascular patients with obesity is 0.91.

Conclusion: Therefore, it is possible to increase the Sense of Coherence and psychological flexibility through the establishment of workshops and changes in the health-promoting lifestyle of people at risk for obesity-related cardiovascular disease. Therefore, considering these variables helps prevent researchers and therapists designing more appropriate treatments.

Key words: Health Promoting Lifestyle, Sense of Coherence, Psychological Flexibility, Impulsivity, Body Dissatisfaction, Cardiovascular Disease patients, Obesity

Acknowledgement: There is no conflict of interest.