

## پیش بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بر اساس ناگویی خلقی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به چاقی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۷

### خلاصه

#### مقدمه

چاقی یکی از مشکلات شایع سلامت عمومی است که روند رو به افزایش آن به یکی از نگرانی‌های عمده سلامت جهانی تبدیل شده است، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بر اساس ناگویی خلقی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به چاقی انجام شد.

#### روش کار

روش پژوهش همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به چاقی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. از این میان، به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۵۰ نفر انتخاب شدند. شرکت کنندگان با پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و بر (۱۹۹۲)، ناگویی خلقی تورنتو (۱۹۹۲) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### نتایج

یافته‌ها نشان داد که متغیرهای ناگویی خلقی و تحمل پریشانی می‌توانند ۱۶/۴ درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تبیین کنند و تمامی متغیرهای مذکور تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارند ( $P < 0/01$ ).

#### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج بدست آمده می‌توان گفت بر اساس ناگویی خلقی و تحمل پریشانی می‌توان کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را در افراد مبتلا به چاقی پیش‌بینی کرد.

#### کلمات کلیدی

ناگویی خلقی، تحمل پریشانی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، چاقی  
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مریم دهقانی بنادکی<sup>۱\*</sup>

مریم ولایتی<sup>۲</sup>

فرزاد رعیت دوست<sup>۳</sup>

معصومه کلانتری<sup>۴</sup>

غزاله ترناس<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> گروه روانشناسی بالینی، واحد روده‌ن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> گروه روان‌شناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران.

<sup>۴</sup> گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

\*گروه روانشناسی بالینی، واحد روده‌ن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: mdehghan762@gmail.com

## مقدمه

اضافه وزن و چاقی یکی از مسایل مزمن سلامتی است که عوارض ناشی از آن، باعث کاهش طول عمر فرد می‌گردد و به عنوان دومین عامل قابل پیشگیری از مرگ (بعد از سیگار) معرفی شده است (۱). چاقی از جمله مشکلات اصلی بهداشت و سلامت در دنیای صنعتی امروز محسوب می‌گردد که متأسفانه به دلایلی از جمله تغییر در فرهنگ تغذیه افراد و نیز کاهش تحرک آنها سیر رو به رشدی داشته است (۲). بررسی‌ها نشان می‌دهد که شیوع و بروز چاقی با سبک زندگی ناسالم و به خصوص رژیم غذایی نامناسب و بی‌تحرکی افزایش می‌یابد. چاقی، دارای عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت است. کاهش اعتماد به نفس از جمله عوارض کوتاه‌مدت و بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت برخی سرطان‌ها از عوارض بلندمدت آن می‌باشد (۳). همچنین مطالعات نشان می‌دهد که حتی مقدار کمی کاهش وزن می‌تواند مزایای بهداشتی زیادی به همراه داشته باشد. بنابراین چاقی یکی از بیماری‌های شایع در دنیای امروز است. تخمین زده می‌شود که در حدود ۱/۲ میلیارد نفر از جمعیت جهان دارای چاقی یا اضافه وزن هستند. کاهش وزن حتی به میزان اندک می‌تواند تأثیر به‌سزایی در کاهش مشکلات مربوط به سلامت داشته باشد (۴).

همچنین سالانه بیش از ۴ میلیون نفر در نتیجه اضافه وزن و چاقی، جان خود را از دست می‌دهند (۵). ایران نیز متأسفانه با روند رو به رشد چاقی مواجه است (۶). در یک مطالعه سیستماتیک میزان شیوع چاقی در میان بزرگسالان ایرانی ۷/۵ درصد گزارش شده است (۷). حال آنکه درک پیامدهای جسمی و روانی افزایش وزن و چاقی برای سلامت جامعه امری مهم و حیاتی است، امروزه کیفیت زندگی به عنوان یکی از مهمترین زمینه‌های تحقیقات بالینی مورد توجه متخصصان است (۸). براساس پژوهش‌های پیشین (۹-۱۱) چاقی تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد. و بر اساس نتایج پژوهش سولتوفت، هارمر و کراگ، (۱۲) کیفیت زندگی در افراد مبتلا به چاقی نسبت به افراد با وزن طبیعی، پایین‌تر است.

کیفیت زندگی ارتقا دهنده سلامت الگویی چند بعدی از ادراکات و اعمال آغاز شده با انگیزه خود شخص می‌باشد که به تداوم و تقویت سطح سلامت و خودشکوفایی شخص کمک می‌کند و بیان‌کننده تمایل انسان به تعالی است که منجر به بهزیستی مطلوب، تکامل فردی و زندگی خلاق می‌گردد و دارای ابعاد مختلف شامل عملکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی می‌باشد (۱۳).

مطالعات پیش‌تر نشان داده‌اند چاقی با افزایش نمایه توده بدنی، کیفیت زندگی پایینی دارند (۱۴-۱۵). قربانی و همکاران نشان دادند (۱۶) افراد دارای اضافه وزن/چاق اختلال‌هایی در کیفیت زندگی خود تجربه می‌کنند و باقی با سطوح پایینی از سلامت جسمانی و روانشناختی در این افراد، از جمله فقدان احساس رضایتمندی جسمانی و اجتماعی همراه است. نتایج مطالعه یو‌آی‌هق و همکاران (۱۷) بر روی بزرگسال چاق، افراد دارای تجربه کاهش وزن و افراد با وزن طبیعی حاکی از وجود الگوهای مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بود. همچنین نتایج پژوهش نوتاش و همکاران (۱۱) نیز نشان داد کیفیت زندگی در جمعیت اضافه وزن نسبت به جمعیت نرمال، پایین‌تر است.

توجه به عوامل هیجانی و عاطفی موثر بر کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی یکی از مقوله‌های بسیار کهک روانشناسی سلامت است، در این میان ناگویی خلقی با توجه به نقش موثر آن در ناسازگاری با مشکلات، از متغیرهای موثر در کیفیت زندگی محسوب می‌شود. ناگویی خلقی را می‌توان به صورت ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات مبتنی بر هیجان و تنظیم آنها تعریف می‌شود (۱۸).

ناگویی خلقی سازه‌ای است چندوجهی متشکل از: (۱) دشواری در شناسایی احساسات و تمایز بین احساسات و تهیج‌های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی، (۲) دشواری

توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می‌شود. همچنین از بعد جسمانی رفتاری، تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود (۳۱).

پریشانی روانشناختی، با نشانه‌هایی مانند خلق پایین، اضطراب، افسردگی و حالت‌های روان‌پزشکی دیگر مشخص می‌شود (۳۲). افزایش سطح پریشانی روان‌شناختی با افزایش شدت نشانه‌ها و احتمال ابتلای بیشتر به بیماری‌های روانی در ارتباط است (۳۳). پریشانی روان‌شناختی، عامل خطر شناخته شده‌ای برای دوره‌های نامطلوب بیماری‌های پزشکی است و با کیفیت زندگی پایین، هزینه‌های بالاتر و مراقبت‌های بهداشتی همبسته است (۳۴). در مطالعه‌ای نشان داده شد افرادی که خود را چاق یا اضافه وزن تلقی می‌کردند میزان تحمل پریشانی روان‌شناختی پایین بود (۳۵). استرس و پریشانی ناشی از آن، ممکن است به شکل رفتاری از طریق افزایش خوردن مرتبط با استرس، مصرف غذاهای پرچرب و با قند بالا به‌عنوان وسیله‌ای برای مقابله با تجارب استرس‌زا، بر چاقی اثر گذارد (۳۶). در واقع می‌توان بین استرس و چاقی یک رابطه دوجانبه را مورد نظر قرار داد. در بعد شناختی، استرس می‌تواند با تضعیف راهبردهای خودتنظیم‌گری که برای مهار رفتار از قبیل پیشگیری از خوردن و فعالیت فیزیکی، ضروری است، همراه باشد، که منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۳۷).

در سال‌های اخیر، تحولات صورت گرفته در زمینه اختلالات روان‌شناختی و چاقی، توجه به اهمیت سلامت جسمی و روانی در افراد مبتلا به چاقی و همچنین آسیب‌پذیری آنها و تاثیر غیرقابل انکار سلامت آنان در سلامت جامعه، انجام این پژوهش به منظور پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بر اساس ناگویی خلقی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به چاقی انجام شد.

در توصیف احساسات، (۳) قدرت تجسم محدود که بر حسب فقر و خیال‌پردازی‌ها مشخص می‌شود، (۴) سبک شناختی عینی یا تفکر برون‌مدار و عینی (۱۹). ویژگی مشخصه این افراد، فقدان ظرفیت عاطفی که منجر به شکست در تشخیص، توصیف و شناسایی هیجان‌ها و به کلام در آوردن آنها است، این افراد در خود تنظیم‌گری، بازشناسی، آشکارسازی، پردازش هیجان‌ها خود دچار مشکل هستند. همچنین در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی خود مشکلاتی را دارا می‌باشند (۲۰). این افراد با مشکلاتی در تشخیص، ابراز کلامی، تحلیل احساسات، کاهش سطوح تجارب و تصویرسازی ذهنی از هیجان‌ها رو به رو می‌شوند (۲۱).

افراد با ناگویی خلقی ظرفیت محدودی در مقابله سازگارانه با شرایط استرس‌زا دارند، به همین دلیل گرایش به رفتارهای ناسالمی همچون تغذیه ناکافی، مصرف الکل و سبک زندگی کم تحرک دارند (۲۲). در همین راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی خلقی با بیماری‌های جسمانی از قبیل التهاب مثانه، ابعاد مرتبط با درد، انواع دیابت و چاقی، فشار خون و ناراحتی قلبی رابطه دارد (۲۳-۲۶).

همچنین تحمل پریشانی از سازه‌های مرتبط برای پژوهش در زمینه کیفیت زندگی است (۲۷). تحمل پریشانی به چگونگی پاسخدهی افراد به عاطفه منفی گفته می‌شود که اطلاعات اضافی دیگری فراتر از آگاهی فرد از میزان عواطف منفی تجربه شده را شامل می‌شود. این رفتار پاسخ عاطفی سودمندی است که به‌عنوان توانایی شخص برای تحمل حالات درونی ناخوشایند تعریف شده است (۲۸). در حقیقت تحمل پریشانی، یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (۲۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هم میزان عواطف منفی تجربه شده و هم روش‌های متفاوت پاسخ‌دهی به آن با مشکلات اضافه وزن ارتباط دارند (۳۰)

تحمل پریشانی اغلب به‌عنوان توانایی ادراک شده خود‌گزارشی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی، یا

## روش کار

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بر اساس ناگویی خلقی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به چاقی انجام شد. طرح پژوهش به لحاظ هدف کاربردی از نظر ماهیت توصیفی (غیرآزمایشی) و طرح پژوهش، همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به چاقی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. از این میان، به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۵۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود (زنان و مردان ۲۴ تا ۴۵ ساله ساکن منطقه ۲ تهران، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی، مصرف داروهای خاص و داروهای روانپزشکی، و استفاده از روان‌درمانی‌ها) انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان با پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت وبر (۱۹۹۲)، ناگویی خلقی تورنتو (۱۹۹۲) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## ابزار پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت: توسط

وبر (۱۹۹۲) تهیه شده بود. این آزمون به منظور ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و بطور کلی ارزیابی حالت سلامت از نظر وضعیت جسمانی و روانی طراحی شده است. دارای ۳۶ سوال است و از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است و هر زیرمقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. هشت زیرمقیاس این پرسشنامه عبارتند از: عملکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی. همچنین از ادغام زیرمقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. نمره‌گذاری لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً درست تا کاملاً نادرست) است. نمره پایین‌تر نشان دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. ابعاد هشتگانه پرسشنامه شامل: عملکرد جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت

سلامت جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی (۳۸).

پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می‌شود. کلید امتیاز هر عبارت در بهترین وضعیت سلامتی (نمره ۱۰۰) است. در پژوهش تسنگ، لو، تیسای (۲۰۰۳) پایایی این آزمون ۰/۸۹ گزارش شد (۳۹)، و منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا (۱۳۸۴) ضرایب استاندارد پایایی را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بیان کردند (۴۰).

**پرسشنامه ناگویی خلقی:** توسط بگی، پارکر و تایلر (۱۹۹۴) با هدف ارزیابی توانایی‌های شخص در بروز احساسات ساخته شد. یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می‌شود (۴۱). ریف، استرورد، تروگت (۲۰۰۶) همسانی درونی ۰/۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ کل را ۰/۷۶ گزارش کردند (۴۲). در پژوهش بشارت و گنجی (۱۳۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل ۰/۸۵ و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب می‌باشد (۴۳).

**پرسشنامه تحمل پریشانی:** توسط سیمونز و گاهر در سال (۲۰۰۵) با هدف ارزیابی میزان تحمل پریشانی هیجانی از ابعاد مختلف (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) ساخته شد. این مقیاس ۱۵ سوال و ۴ خرده مقیاس: تحمل، جذب، ارزیابی، و تنظیم دارد. عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (۱- کاملاً موافق ۲- اندکی موافق ۳- نه موافق و نه مخالف ۴- اندکی مخالف ۵- کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند و که هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ امتیاز دارند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری

متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ تنظیم ۰/۵۸) هستند (۴۴).

### نتایج

پژوهش حاضر در یک نمونه ۲۵۰ نفری از افراد مبتلا به چاقی شهر تهران در سنین ۲۰ تا ۵۰ سال (میانگین ۳۹/۲۴ و انحراف معیار ۱۱/۴۲) انجام شد. میانگین شاخص توده بدنی کل شرکت کنندگان ۳۰/۸۳ (۳/۱۳) و میانگین شاخص توده بدنی آنها به تفکیک جنسیت، در مردان ۳۰/۵۱ (۲/۷۵) و زنان ۳۱/۰۷ (۳/۳۸) بود. ۲۶/۹ درصد دیپلم، ۲۰/۳ درصد کاردانی، ۲۸/۷ درصد کارشناسی و ۲۴/۱ درصد کارشناسی ارشد بودند. به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع تک متغیری از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن عامل تورم واریانس (VIF) و ضریب تحمل مورد بررسی قرار گرفت. همچنین به منظور بررسی استقلال مشاهدات (استقلال مقادیر باقی مانده یا خطاها) از یکدیگر از آزمون دورین-واتسون استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	Z	P	ضریب تحمل	VIF	دورین واتسون
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۶۰/۳۰	۱۵/۷۹	۰/۲۰۹	۰/۱۹۵	ملاک	ملاک	
ناگویی خلقی	۵۳/۵۲	۱۸/۷۶	۰/۱۷۲	۰/۱۹۳	۰/۹۲۸	۱/۰۷۸	۱/۸۴۲
تحمل پریشانی	۳۹/۲۲	۱۳/۹۶	۰/۲۴۶	۰/۰۶۱	۰/۹۲۸	۱/۰۷۸	

نتایج آزمون دورین-واتسون (۱/۸۴۲) حاکی از رعایت شدن مفروضه استقلال خطاهاست. همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است.

نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف (جدول ۱) نشان می‌دهد که توزیع نمرات همه متغیرها نرمال است. همچنین با توجه به ارزش عامل تورم واریانس که کمتر از ۱۰ و ضریب تحمل بالاتر از ۰/۱۰ است؛ همخطی در متغیرهای پژوهش رخ نداده است.

جدول ۲- همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۱		

ناگویی خلقی	۱	-۰/۳۱۵**
تحمل پریشانی	۱	-۰/۲۶۹**

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ 

برای تعیین میزان نقش هر یک از مولفه‌ها در پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد (جدول ۳).

یافته‌ها نشان داد رابطه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با ناگویی خلقی ( $r = -0.315$ ) منفی و تحمل پریشانی ( $r = 0.330$ ) مثبت و در سطح  $0.01$  درصد معنادار است. همبستگی ناگویی خلقی با تحمل پریشانی ( $r = -0.269$ ) منفی و در سطح  $0.01$  درصد معنادار است.

جدول ۳- تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر اساس ناگویی خلقی و تحمل پریشانی

متغیر پیش بین	F	سطح معناداری	R	$R^2$	$R^2$ تعدیل شده	ضریب b	SE	ضریب $\beta$	T	سطح معناداری
ثابت						۵۹/۵۶۵	۴/۳۹۹			۰/۰۰۱
ناگویی خلقی	۲۴/۲۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰۵	۰/۱۶۴	۰/۱۵۷	-۰/۲۰۶	۰/۰۵۱	-۰/۲۴۴	-۴/۰۴۲	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی						۰/۲۹۹	۰/۰۶۸	۰/۲۶۴	۴/۳۷۸	۰/۰۰۱

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بر اساس ناگویی خلقی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به چاقی انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد متغیرهای ناگویی خلقی و تحمل پریشانی می‌توانند  $16/4$  درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تبیین کنند و تمامی متغیرهای مذکور تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارند.

بر اساس یافته‌های بدست آمده از پژوهش حاضر، تحمل پریشانی رابطه معنی‌داری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد مبتلا به چاقی وجود دارد. همسو با یافته این پژوهش در زمینه ارتباط پریشانی و میزان تحمل آن با نمایه توده بدنی بالا پژوهش‌های جونز (۴۵) نشان داد که بین میانگین نمرات استرس با چاقی و اضافه‌وزن رابطه معنی‌داری وجود دارد. بارینگتون (۴۶) نیز در پژوهشی نشان داد که بین سطوح استرس ادراک شده و پریشانی

با توجه به جدول ۳ ( $F = 24.272$  و  $P = 0.001$ ) مدل از نظر آماری معنادار است و متغیرهای ناگویی خلقی و تحمل پریشانی می‌توانند  $16/4$  درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تبیین کنند. آزمون معناداری  $t$  در رگرسیون برای ضریب ناگویی خلقی ( $\beta = -0.244$ ) و تحمل پریشانی ( $\beta = 0.264$ ) در سطح کمتر از  $0.01$  معنادار است. این یافته بیانگر آن است که با افزایش یک انحراف استاندارد بر نمرات ناگویی خلقی  $0.244$  انحراف استاندارد از نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کاسته می‌شود. با افزایش یک انحراف استاندارد بر نمرات تحمل پریشانی  $0.264$  انحراف استاندارد بر نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افزوده می‌شود. تحمل پریشانی سهم یگانه بیشتری در پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هیجان‌ها از چهره دیگران دارای مشکل هستند و ظرفیت آنها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است. ناتوانی شناختی و عاطفی که این بیماران با آن درگیر هستند طبق نتایج با ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه معکوس را نشان داد. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اکثر افراد با ناگویی خلقی یک نوع از اختلالات روان‌تنی یا بیماری‌های مزمن را دارند (۲۵-۲۳).

به نظر می‌رسد اختلالات سلامت روانی طولانی مدت با افزایش علاقه به مصرف مواد غذایی پر انرژی و با تراکم بالا در ارتباط باشد (۴۹). سطوح پایین ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌تواند به‌عنوان یک فاکتور کمک کننده در بروز چاقی باشد. بنابراین این یافته‌ها نیاز به طراحی مداخلاتی برای شناسایی و افزایش تحمل پریشانیو بهبود نشانه‌های ناگویی خلقی در جمعیت مبتلا به چاقی دارد. پیشنهاد می‌شود دست اندرکاران و برنامه‌ریزان امر بهداشت و درمان کشور با همکاری وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، طرح‌هایی در خصوص ادغام برنامه‌های بهداشت روانی با آموزش برای این افراد به اجرا بگذارند. و از همکاری روانشناسان سلامت برای ارتقای سلامت روانی این بیماران و به تبع بهبود وضعیت فیزیکی استفاده کنند. این پژوهش نیز همچون پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی همراه است از جمله اینکه داده‌های به دست آمده از این مطالعه از نوع خودگزارشی بود که امکان دارد باعث افزایش واریانس عمومی شود و ممکن است روابط صحیح بین متغیرها را بزرگ‌تر جلوه دهد. تعمیم‌دهی نتایج فقط به جامعه موردنظر منطقی و امکان‌پذیر است و برای سطوح دیگر باید با رعایت احتیاط این کار را انجام دهیم. داده‌ها و تحلیل‌های پژوهش حاضر از نوع مطالعات مقطعی بوده و از این رو پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های طولی در این باره صورت بگیرد. هم‌چنین توصیه می‌گردد در بهبود شاخص‌های روانشناختی افراد، دو سازه تحمل پریشانی و ناگویی خلقی مورد توجه قرار گیرد. لذا مطالعات آینده‌نگر بیشتری می‌تواند به تبیین روابط روان‌شناختی و فیزیولوژیک این موضوع کمک کنند.

ناشی از آن با چاقی رابطه معنی‌دار وجود دارد. صبحی قراملکی و پارسامنش (۴۷) نیز دریافتند استرس به‌طور معنی‌داری با چاقی رابطه مثبت دارد. در پژوهشی دیگر قاصدی قزوینی و کیانی (۴۸) در پژوهش خود نشان دادند که بین شاخص توده بدنی با استرس و پریشانی همبستگی مثبت معنی‌دار دارد. همانطور که نتایج این تحقیقات از رابطه بین استرس با چاقی حکایت دارند، نتایج پژوهش حاضر نیز همسو با این تحقیقات که نشان داد رابطه مثبتی بین پریشانی روانی و میزان تحمل پریشانی روان‌شناختی همچون استرس با اضافه وزن و چاقی رابطه وجود دارد. در تبیین یافته فوق می‌توان چنین استدلال کرد، زمانی که افراد به استرس‌ها و هیجانات منفی مانند ناامیدی، خشم و ترس دچار می‌شوند، اختلالات روانی مانند اضطراب و انواع ترس‌ها را تجربه می‌کنند، اختلال در خوردن، خوابیدن و غیره بروز می‌نماید که کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در این پژوهش نتایج نشان داد زمانی که فردی در زندگی تحمل پریشانی بالاتری در مواجهه با استرس داشته باشد معمولاً به صورت ناخودآگاه و به‌صورت خودکار به دنبال ترفندهایی برای رهایی از این استرس می‌گردد، اولین رفتاری که در اغلب موارد از این افراد سر می‌زند با تجربه استرس در نمونه‌ها باعث اختلال پرخوری شده است که منجر به افزایش توده بدنی و چاقی در آنان شده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در آنان کاهش می‌یابد.

همچنین در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان اینگونه بیان کرد که علاوه بر مسائلی که به آن اشاره شد، عواملی مرتبط در حیطه احساسات و نحوه ابراز آنها نیز در افراد مبتلا به چاقی مورد اهمیت ویژه قرار دارد، عواملی مانند ناگویی خلقی، چراکه این افراد دارای مشکلات زیادی در زمینه هیجانی هستند. ناگویی خلقی را می‌توان به صورت ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات مبتنی بر هیجان و تنظیم آنها تعریف کرد (۱۸). از آنجایی که ناگویی خلقی نوعی نارسایی خلقی است که باعث عدم توانای در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها می‌شود بنابراین افراد مبتلا به چاقی در شناسایی درست

## References

1. Kalarchian MA, Levine MD, Marcus MD. Structured dietary interventions in the treatment of severe pediatric obesity: a pilot study. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*. 2013 Jun 1;8(2):58-60.

2. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *Jama*. 2010 Jan 20;303(3):235-41.
3. Musaiger AO. Overweight and obesity in eastern Mediterranean region: prevalence and possible causes. *Journal of obesity*. 2011 Oct;2011.
4. Sadeghi K, Gharraee B, Fata L, Mazhari SZ. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010 Aug 10;16(2):107-17.
5. Masa JF, Mokhlesi B, Benítez I, de Terreros FJ, Sánchez-Quiroga MÁ, Romero A, Caballero-Eraso C, Terán-Santos J, Alonso-Álvarez ML, Troncoso MF, González M. Long-term clinical effectiveness of continuous positive airway pressure therapy versus non-invasive ventilation therapy in patients with obesity hypoventilation syndrome: a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet*. 2019 Apr 27;393(10182):1721-32.
6. Gottlieb BH, Bergen AE. Social support concepts and measures. *Journal of psychosomatic research*. 2010 Nov 1;69(5):511-20.
7. Jafari-Adli S, Jouyandeh Z, Qorbani M, Soroush A, Larijani B, Hasani-Ranjbar S. Prevalence of obesity and overweight in adults and children in Iran; a systematic review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2014 Dec;13:1-0.
8. Nooraliey P Dm A, Hosseini S M, Karimi J, Nooraliey R. Quality of life and its association with overweight and obesity in high school girls. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2015; 13: 33-42.
9. Kinge JM, Morris S. Socioeconomic variation in the impact of obesity on health-related quality of life. *Social science & medicine*. 2010 Nov 1;71(10):1864-71.
10. Vahedi-Notash G, Farahmand E, Cheraghi L, Amiri P, Azizi F. Health-Related Quality of Life in Overweight/Obese Adults with Different Levels of Perceived Social Support: Tehran Lipid and Glucose Study. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2020 Mar 10;21(6):372-84.
11. Ponde Nejadan, A. A., Attari, Y., Hossein, D. Evaluating the predicting model of life quality based on mindful eating with mediation of body-image and eating behaviors among married women with overweight and obesity. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2018; 9(34): 141-170. doi: 10.22054/qccpc.2018.28840.1728
12. Soltoft F, Hammer M, Kragh N. The association of body mass index and health-related quality of life in the general population: data from the 2003 Health Survey of England. *Qual life Res* 2009; 18: 1293-9.
13. Abedi, P., Jorfi, M., Afshari, P. Evaluation of the Health Promotion Lifestyle and its Related Factors in Reproductive Aged Women in Ahvaz, Iran. *Community Health Journal*, 2017; 9(1): 68-74.
14. Ford ES, Moriarty DG, Zack MM, Mokdad AH, Chapman DP. Self-reported body mass index and health-related quality of life: findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Obesity research*. 2001 Jan;9(1):21-31.
15. Kushner RF, Foster GD. Obesity and quality of life. *Nutrition*. 2000 Oct 1;16(10):947-52.
16. Ghorbani A, Ziaee A, Sadeghi T, Asefzadeh S. Comparison the living quality of obese women with normal weight women. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2012 Sep 22;55(3):144-50.
17. Ul-Haq Z, Mackay DF, Fenwick E, Pell JP. Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among adults, assessed by the SF-36. *Obesity*. 2013 Mar;21(3):E322-7.
18. Vaezfar, S., Rezai, A. Comparison of mood dyslexia and conscious affect (shame and guilt) in women with major depression and normal women. Master's thesis in clinical psychology, Islamic Azad University, Maroodasht branch. 2017.
19. Krystal H. *Integration and self healing: Affect, trauma, alexithymia*. Routledge; 2015 Dec 22.
20. Fink EL, Anestis MD, Selby EA, Joiner TE. Negative urgency fully mediates the relationship between alexithymia and dysregulated behaviours. *Personality and Mental Health*. 2010 Nov;4(4):284-93.
21. Van der Valedede J, Gromann PM, Wiersma D, de Haan L, Bruggeman R. Alexithymia influences brain activation during emotion perception but not regulation. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 2014; 10: 285-93.
22. Bauer S, Mohiyeddini C. EMOTION AND PSYCHOPATHOLOGY. *Handbook of psychology of emotions*. 2013:161.
23. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De CM, Leandro G, Todarello O. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med* 2003; 65(5): 911-8.
24. Porcelli P, Affatati V, Bellomo A, De Carne M, Todarello O, Taylor GJ. Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2004;73(2):84-91.
25. Palmer EJ, Connelly R. Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Crim Behav Ment Health*. 2005; 15(3):164-70



26. Dubey A, Pandey R, Mishra K. Role of Emotion Regulation Difficulties and Positive/Negative Affectivity in Explaining Alexithymia-Health Relationship: An overview. *J Soc Sci Res*. 2010;7(1):20-31.
27. Zanjani FA, ToozadehJani H, Amani P. The effectiveness training skills based on quality of life on hostility attribution and distress tolerance in students with Obsessive-compulsive disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2022 Mar 1;24(2).
28. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current directions in psychological science*. 2010 Dec;19(6):406-10.
29. Basharpour, S., Abbasi, A. Relations of distress tolerance, negative and positive urgency with severity of dependence and craving in people with substance dependency. *RBS* 2014; 12 (1) :92-102
30. Greenman Y, Kuperman Y, Drori Y, Asa SL, Navon I, Forkosh O, Gil S, Stern N, Chen A. Postnatal ablation of POMC neurons induces an obese phenotype characterized by decreased food intake and enhanced anxiety-like behavior. *Molecular endocrinology*. 2013 Jul 1;27(7):1091-102.
31. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005 Jun;29(2):83-102.
32. Egan M, Daly M, Delaney L. Adolescent psychological distress, unemployment, and the Great Recession: Evidence from the National Longitudinal Study of Youth 1997. *Social Science & Medicine*. 2016 May 1;156:98-105.
33. Stockbridge EL, Wilson FA, Pagán J A. Psychological Distress and Emergency Department Utilization in the United States: Evidence from the Medical Expenditure Panel Survey. *Acad Emerg Med* 2014; 21(5): 510-9.
34. Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, Tse CK. Assessing Impact of Weight on Quality of Life. *Obes Res* 2015; 3: 49-56.
35. Wang H, Zhai F. Programme and Policy Options for Preventing Obesity in China. *Obes Rev* 2013; 14: 134-40.
36. Adam TC, Epel ES. Stress, Eating and the Reward System. *Physiol Behav* 2007; 91(4): 449-58.
37. Liston C, McEwen BS, Casey BJ. Psychosocial Stress Reversibly Disrupts Prefrontal Processing and Attentional Control. *Proc Natl Acad Sci USA* 2009; 106(3): 912-17.
38. O'Neil, C.E.; Nicklas, T.A.; Fulgoni, V.L. Nutrient intake, diet quality, and weight/adiposity parameters in breakfast patterns compared with no breakfast in adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2001–2008. *J. Acad. Nutr. Diet*. 2014, 114, S27–S43.
39. Lu JF. Assessment of health-related quality of life in Taiwan (I): development and psychometric testing of SF-36 Taiwan version. *Taiwan J Public Health*. 2003;22(6):501-11.
40. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M.S. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Payesh* 2006; 5 (1)
41. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto alexithymia scale: I item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38: 23-32
42. Rieffe C, Oosterveld P, Terwogt MM. An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and individual differences*. 2006 Jan 1;40(1):123-33.
43. Besharat, M.A., Ganji, P. The moderating role of attachment styles in the relationship between alexithymia and marital satisfaction. *Journal of Principles of Mental Health*, 2011,14(4).
44. Alavi, K. Effectiveness of group dialectic organizational behavior in reducing depression symptoms of Mashhad students. Master's thesis in psychology. Mashhad Ferdowsi University. 2008.
45. Juni MH, Babazekri L, MZ NA, Azman AZ. Association between overweight obesity with Stress Amongst Iranian Adolescents living in Malaysia. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences* 2014; 1(2): 80-90.
46. Barrington W, Caballos M, Bishap S, Mcgregor B, Beresford SH. Perceived Stress Behavior, and Body Mass Index among Adults Participating in a Worksite Obesity Prevention Program, Seattle 2005-2007. *Prev Chronic Dis* 2012; 9: 152.
47. Sobhi GM, Parsamanesh F. The Role of Stress in Obesity. *J Psychological Res* 2012; 4(16): 20-6.
48. Ghasedi Qazvini S, Kiani Q. The Relationship between Body Mass Index, Perceived Stress and Health-Related Quality of Life among Male and Female Adolescents. *Iranian J Nutrition Sci & Food Technology* 2018; 13(1): 31-9.
49. Narimani M, Nemati S M. The Relationship between Psychological Distress and Self-Esteem with Anthropometric Characteristics in Obese Children. *JSSU* 2020; 28 (9) :3030-3043

## Original Article

# Predicting health-related quality of life based on dyslexia and distress tolerance in obese people

Received: 20/05/2021 - Accepted: 18/10/2021

Maryam Dehghani Benadaki<sup>1\*</sup>  
Maryam Velayati<sup>2</sup>  
Farzad Rait Doust<sup>3</sup>  
Masoume Kalantari<sup>4</sup>  
Ghazaleh Tarnas<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Department of Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Islamshahr, Iran.

<sup>4</sup> Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

\* Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: mdehghan762@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** Obesity is one of the common public health problems, the increasing trend of which has become one of the major global health concerns, the present study was conducted with the aim of predicting health-related quality of life based on Alexitimia and distress tolerance in obese people.

**Method:** The research method was correlation. The statistical population included all obese patients in Tehran in 2019. Among these, 250 people were selected by available sampling method. Participants were evaluated with Weber's (1992) health-related quality of life questionnaires, Toronto's aphasia (1992) and Simmons and Gaher's (2005) distress tolerance. The data was analyzed using SPSS version 23 software.

**Results:** The findings showed that the variables of Alexitimia and distress tolerance can explain 16.4% of the variance of health-related quality of life and all the mentioned variables have a significant effect on health-related quality of life ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion:** Based on the obtained results, it can be said that the quality of life related to health in obese people can be predicted based on Alexitimia and distress tolerance.

**Keywords:** Alexitimia, distress tolerance, quality of life related to health, people with obesity.

**Conflict of interest:** There is no conflict of interest.