

Research Paper

Structural Model of Health-Promoting Lifestyle based on Self-Compassion, Satisfaction and Frustration of Basic Psychological needs: The Mediating Role of Perceived Stress in Working Women

Maryam Nateghi¹, Shirin Kooshki^{2*}, Mohtaram Nemattavousi³

1. Ph.D. Student of Health Psychology, Department of Health psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Associated Professor, Department of Health psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. Associated Professor, Department Of psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Received: 2023/10/17

Revised: 2024/03/26

Accepted: 2024/09/15

Use your device to scan and read the article online



DOI:

[10.30495/jzv.2024.32592.4080](https://doi.org/10.30495/jzv.2024.32592.4080)

Keywords:

Health promoting lifestyle, Basic psychological needs, Self-compassion, perceived stress, Working women

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the relationship between satisfaction and frustration of basic psychological needs and self-compassion with health promoting lifestyle, considering the mediating role of perceived stress in working women.

Methods: This research was descriptive-correlation type. The statistical population of the research was all women working in government organizations and offices in Tehran province in 1401. Finally, in the present study, 400 women (168 single and 232 married) were randomly selected in a multi-stage manner, and they were given Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale, Self-Compassion Scale-Short Form, perceived stress Scale, and Profile Health-Promoting Lifestyle II answered.

Findings: The results indicate that the fit indices obtained from the analysis support the acceptable fit of the structural model with the collected data. The relationship between perceived-stress and negative and meaningful health-promoting lifestyle, and the relationship between self-compassion and positive health-promoting lifestyle, and the relationship between satisfaction of basic psychological needs and positive and meaningful health-promoting lifestyle, and the relationship between failure to Basic psychological needs and health-promoting lifestyle were negative and significant. The indirect relationship between self-compassion and health-promoting lifestyle, on the one hand, the indirect relationship between satisfaction of basic psychological needs and health-promoting lifestyle, on the other hand, was positive and significant.

Conclusion: The results showed that in working women, perceived-stress significantly mediates the relationship between basic psychological needs and self-compassion with health-promoting lifestyle.

Citation: Sanamnejad A, Ghamari Givi H, Sheikholeslami A, Investigating the Effectiveness of Contextual Therapy fair- Centered Based on Iván Bösörményi-Nagy Approach on the Marital Quality and Marital Conflict Among Couples. Quarterly Journal of Women and Society. 2021; 12 (46): 135-147.

***Corresponding author:** Shirin Kooshki

Address: Associated Professor, Department of Health psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Tell: 09125211164

Email: Sh.Kooshki@iauctb.com

Extended Abstract

Introduction

Health promotion is a basic strategy in health care that implies a change in behavior and the adoption of patterns that strengthen health improvement in order to improve people's quality of life (1). Considering the effect of health behaviors on physical health, it is important to identify the predictors of participation in health behaviors (3). Many health problems can be avoided through a health-promoting lifestyle (4).

Women are the foundation of the health of families and communities because they not only manage the health status of family members, but also represent the main model of education and promotion of a healthy lifestyle to the next generations. In addition, women constitute a large part of the population in all age groups and have a special importance in providing and maintaining the health of the family and society (6).

A series of researches have examined the role of satisfaction and frustration of basic psychological needs as an important factor in health behaviors and as a result health outcome. The self-determination theory considers the three needs of competence, autonomy and relatedness as primary psychological needs (8).

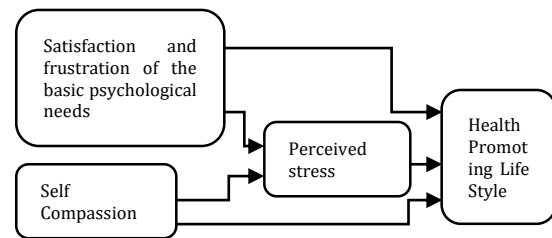
Also, recent research indicates that self-compassion plays an effective role in health-promoting lifestyle (10, 11, 12).

Perceived stress is one of the factors that may negatively affect physiological and psychological health (16). Physiological factors, environmental and occupational stress, the limitation of women's social participation in the society and the increasing and sometimes conflicting tasks of women play a significant role in the perceived stress in them (18).

One of the factors that predicts perceived stress is self-compassion. According to research, self-compassion has a negative relationship with perceived stress (11). There is also evidence of relationships between self-compassion and perceived stress, as well as perceived stress and health-promoting behaviors (11, 14). Also, in the researches that have been conducted,

it was found that basic psychological needs significantly predict perceived stress (19, 20).

According to the said contents and according to the conceptual model of Figure 1, the main problem of this research is the answer to this question, is the structural model of health promoting lifestyle based on self-compassion and satisfaction and frustration of basic needs with the mediating role of perceived stress among working women in Iran, is it consistent with empirical data?



Methods

The descriptive research method was correlation. The statistical population of the research included all women working in independent government organizations under the supervision of the presidency in Tehran province in 1401. In the estimation of the sample size in researches based on structural modeling, a sample size of more than 200 people has been suggested (21). Accordingly, the sample size of 400 people was considered in this research.

The sampling method was as follows: first, using the multi-stage cluster sampling method, a list of organizations under the supervision of the presidency was prepared, and then two organizations (Environmental Protection Organization and National Organization of Iranian Standards) were prepared. Among the existing organizations in Tehran province, it was randomly selected (lottery) and finally 400 women working in these organizations who met the criteria for entering the study were selected through available sampling. After providing the necessary explanations and obtaining their consent, the online questionnaire link was sent to them for completion.

The criteria for entering the research included: age range from 20 to 50 years, being a woman, having at least a diploma and having at least 1 year of work experience in one of the independent organizations under the supervision of the presidency in

Tehran province.

Findings

In the structural model of the present study, it was assumed that the satisfaction and frustration of basic psychological needs and self-compassion in working women have an effect on the health-promoting lifestyle both directly and through the mediation of perceived stress. The analysis was done and the results showed that all the fit indices from the analysis supported the acceptable fit of the structural model with the collected data ($df/2.16=3$, $CFI=0.966$, $GFI=0.930$), $AGFI=0.894$ and $RMSEA=0.074$). Thus, it was concluded that the structural model of the research fits the collected data.

Table 1 shows that the path coefficient between perceived stress and health promoting lifestyle ($P=0.001$, $\beta=0.460$) is negative and significant. The total path coefficient between self-compassion and health-promoting lifestyle ($P=0.008$, $\beta=0.155$) was positive and significant. The

total path coefficient between satisfaction of basic needs and health promoting lifestyle ($P=0.001$, $\beta=0.303$) is positive and the total path coefficient between failure of basic needs and health promoting lifestyle ($P=0.001$) $\beta = -0.502$) was negative and significant. Table 1 shows that the indirect path coefficient between self-compassion ($\beta=0.085$, $P=0.001$) and satisfaction of basic needs ($\beta=0.134$, $P=0.001$) with promoting lifestyle Positive health and the coefficient of the indirect path between failure of basic needs and health promoting lifestyle ($p=0.001$, $\beta=0.212$) were negative and significant. Based on this, the results of the present study showed that among working women, perceived stress has a positive effect of self-compassion and satisfaction of basic needs on health-promoting lifestyle, and the effect of failure of basic needs on health-promoting lifestyle mediates negatively and meaningfully.

Table 1: Total and direct path coefficients between the research variables in the structural model

| | | b | S.E | β | p |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|---------------------------|----------|
| Direct | self-compassion → perceived stress | -0.171 | 0.050 | -0.184 | 0.001 |
| | frustration of basic psychological needs → perceived stress | 1.867 | 0.302 | 0.461 | 0.001 |
| | Satisfaction of basic psychological needs → perceived stress | -0.729 | 0.163 | -0.290 | 0.001 |
| | perceived stress → health-promoting lifestyle | -0.345 | 0.044 | -0.460 | 0.001 |
| | FOBPN → health-promoting lifestyle | 0.035 | 0.031 | 0.071 | 0.262 |
| | Satisfaction of basic psychological needs → health-promoting lifestyle | -0.877 | 0.217 | -0.290 | 0.001 |
| Indirect | self-compassion → health-promoting lifestyle | 0.059 | 0.018 | 0.085 | 0.001 |
| | frustration of basic psychological needs → health-promoting lifestyle | -0.643 | 0.130 | -0.212 | 0.001 |
| | Satisfaction of basic psychological needs → health-promoting lifestyle | 0.251 | 0.067 | 0.134 | 0.001 |
| Total | self-compassion → health-promoting lifestyle | 0.094 | 0.037 | 0.155 | 0.008 |
| | frustration of basic psychological needs → health-promoting lifestyle | -1.521 | 0.334 | -0.502 | 0.001 |
| | Satisfaction of basic psychological needs → health-promoting lifestyle | 0.571 | 0.119 | 0.303 | 0.001 |

Discussion

The purpose of this study was to investigate the relationship between satisfaction and frustration of basic psychological needs and self-compassion with health-promoting lifestyle through the mediation of perceived stress in working women. In the following, the findings obtained in this research are

discussed. Findings confirming the first hypothesis in line with the researches showed that satisfaction and failure of basic psychological needs in working women have an effect on health-enhancing lifestyle (8, 9). The findings of the second hypothesis test regarding the effect of self-compassion in working women on a health-promoting

lifestyle are supported by previous researches in this field (10, 14, 12, 15, 13, 11). The results of the third hypothesis test are in line with previous researches in this field and indicate that perceived stress in working women has an effect on health-promoting lifestyle (16, 17, 18). In examining the fourth hypothesis of the research that perceived stress in working women plays a mediating role in the relationship between satisfaction and failure of basic psychological needs with health-promoting lifestyle, the findings of this research confirm the hypothesis and are in line with The conducted research indicates that the satisfaction of basic psychological needs has positive effects on perceived stress (19, 20).

Conclusion

The findings of this research showed that the structural model of the research, in which it is assumed that the satisfaction and failure of the basic psychological needs and self-compassion in working women, both directly and through the mediating role of perceived stress on the health promoting lifestyle, It is fitting the compiled data.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Before conducting the research, informed consent was obtained from the participants and all the participants participated in the research with their consent and the researchers assured them that the results of the research will be confidential. Following the principles of research ethics in this research is taken from the doctoral thesis and all ethical points include confidentiality, prioritizing the psychological health of the participants, trustworthiness, accuracy in citations, appreciation of others compliance with ethical values in data collection. The privacy of the participants has been taken into consideration by the researchers.

Funding

This study was conducted without individual or institutional financial support.

Authors' contributions

The article is taken from the doctoral thesis. The first author is a Ph.D. student; second author is the supervisor and responsible author; and the third author is a consultant professor.

Conflicts of interest

This article is the result of the doctoral dissertation of the first author in health psychology, approved by the Islamic Azad University, Tehran Central Branch, with the code of ethics IR.IAU.CTB.REC.1400.086. The contribution of all authors in this research is the same and there is no conflict of interest.

الگوی ساختاری سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت براساس خود شفقت‌ورزی، رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای استرس ادراک شده در زنان شاغل

مریم ناطقی^۱، شیرین کوشکی^{۲*}، محترم نعمت طاوسی^۴

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران ۲. دانشیار گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران ۳. دانشیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی رابطه رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی و خود شفقت‌ورزی با سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با توجه به نقش میانجی‌گری استرس ادراک شده در زنان شاغل بود.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان شاغل در سازمان‌ها و اداره‌های دولتی استان تهران در سال ۱۴۰۱ بود. در نهایت در پژوهش حاضر ۴۰۰ زن (۱۶۸ مجرد و ۲۳۲ متأهل) به صورت تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به فرم‌های مقیاس رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی، مقیاس شفقت به خود فرم کوتاه، پرسش‌نامه استرس ادراک شده و نیمرخ سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن است که شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل از برازش قابل قبول مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند. رابطه بین استرس ادراک شده و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت منفی و معنادار و رابطه بین خود شفقت‌ورزی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت مثبت و رابطه بین رضایت از نیازهای اساسی روان‌شناختی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت مثبت و معنادار و رابطه بین ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت منفی و معنادار بود. رابطه غیرمستقیم بین خود شفقت‌ورزی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت از یک سو رابطه غیرمستقیم بین رضایت از نیازهای اساسی روان‌شناختی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت از سوی دیگر مثبت و معنادار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج بیانگر این موضوع است که در زنان شاغل استرس ادراک شده رابطه بین رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی و خود شفقت‌ورزی با سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت را به صورت معنادار میانجی‌گری می‌کند.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۲۵

تاریخ داوری: ۱۴۰۳/۰۱/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۵

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

[10.30495/jzv.2024.32592.4080](https://doi.org/10.30495/jzv.2024.32592.4080)

واژه‌های کلیدی:

سبک زندگی دهنده ارتقا دهنده سلامت، نیازهای اساسی روان‌شناختی، خود شفقت‌ورزی، استرس ادراک شده، زنان شاغل

* نویسنده مسئول: شیرین کوشکی

نشانی: دانشیار گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

تلفن: ۰۹۱۲۵۲۱۱۶۴

پست الکترونیکی: Sh.Kooshki@iauctb.com

مقدمه

ارتقا سلامت یک استراتژی اساسی در مراقبت‌های بهداشتی است که حاکی از تغییر در رفتار و اتخاذ الگوهایی است که به منظور بهبود کیفیت زندگی افراد، بهبود سلامت را تقویت می‌کند (۱). به‌گفته سازمان جهانی بهداشت، میزان بیماری‌های مبتنی بر شیوه زندگی، مانند چاقی و دیابت، در مقیاس جهانی در حال افزایش است (۲).

با توجه به تأثیر رفتارهای بهداشتی بر سلامت جسمی، شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده مشارکت در رفتارهای بهداشتی مهم است (۳). به‌وسیله سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، می‌توان از بسیاری از مشکلات بهداشتی جلوگیری کرد. نظریه‌های شناختی اجتماعی رفتارهای بهداشتی، بسیاری از عوامل اساسی در زمینه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را ارائه داده است (۴). والکر^۳ رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی را این‌گونه تعریف می‌کند: الگویی چند بعدی از ادراکات و اعمال آغاز شده با انگیزه خود شخص که به تداوم و تقویت سطح سلامت و خودشکوفایی شخص کمک می‌کند. هدف ارتقای سلامت، بالا بردن متعادل سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. طبق نظریه والکر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت دارای شش بعد روابط بین‌فردی، رفتارهای تغذیه‌ای، مسؤلیت-پذیری در مورد سلامت، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس و رشد معنوی است که قابل سنجش است (۵). با این‌حال، عوامل واسطه‌گر و تعدیل‌کننده در رابطه بین متغیرهای شناختی اجتماعی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت باید مشخص شود (۴).

پژوهش‌ها حاکی از آن است که زنان نسبت به چهار دهه قبل، مسؤلیت‌های پیچیده‌تری را بر عهده دارند. آنان فعالیت‌های درآمدزا را جایگزین کارهای خانه کرده‌اند، ولی این به آن معنا نیست که کار در خانه را کنار گذاشته‌اند. در واقع، فهرست کارهایی را که باید در طول روز انجام دهند، طولانی‌تر شده است؛ بنابراین، با افزایش نسبت شاغلین زن در چند دهه اخیر در همه دنیا و از جمله کشور ما، توجه به تأثیر استرس‌های شغلی در زنان نیز با اهمیت ویژه‌ای مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. از آنجاکه زنان نقش بارزتری در امور داخلی منزل دارند، این استرس‌ها علاوه بر تأثیر سوء بر سلامتی خود آنان، سلامتی سایر اعضای خانواده را نیز متأثر می‌کند (۶).

در واقع اشتغال زنان علاوه بر مزایا و پیامدهای مثبت همانند مشارکت در توسعه اجتماعی و اقتصادی و کمک به درآمد خانواده دارای معایب و پیامدهای منفی نیز می‌تواند باشد؛ از جمله این پیامدها می‌توان به تعارض نقش‌ها و فشار مفرط بر زنان اشاره کرد که در برخی از موارد دامن‌گیر خانواده و اجتماع می‌شود. از طرفی زنان، یک رکن مهم در خانواده محسوب می‌شوند. سلامت زنان زیربنای سلامت خانواده و جامعه هستند و اهمیت ویژه‌ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارند (۷).

مجموعه‌ای از پژوهش‌ها نقش رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی را به‌عنوان یک عامل مهم در رفتارهای بهداشتی و در نتیجه پیامدهای سلامتی مورد بررسی قرار داده‌اند. نظریه خودتعیین-گری^۴ سه نیاز صلاحیت، استقلال عمل و وابستگی (ارتباط) را به‌عنوان نیازهای روان‌شناختی اولیه می‌داند. خودتعیین‌گری از ظرفیت‌های جهان‌شمولی است که مبنای اعمال و رفتارهای ارادی است و زمانی تحقق می‌یابد که شخص احساس می‌کند توانایی انتخاب رفتارها و تعیین هدف‌های خود را دارد (۸). در سال‌های اخیر افزایش قابل‌توجهی در حجم مطالعات مداخله‌ای و کاربردهای نظریه خودتعیین‌گری صورت گرفته است که هدف آن‌ها تقویت رفتارهای مساعد برای سلامتی است (به‌عنوان مثال: افزایش فعالیت بدنی، تغذیه سالم، پرهیز از استفاده از تنباکو) یا حمایت از درمان‌های مرتبط با سلامت (به‌عنوان مثال: افزایش تبیت دارویی، افزایش رفتارهای خودمدیریتی دیابت). بر اساس نظر رایان و دسی^۵ (۲۰۱۷)، رفتارهای انسانی تا حد زیادی تحت تأثیر عوامل انگیزشی شخصی و زمینه‌ای قرار دارد. کاربردهای تجربی نظریه خودتعیین‌گری در حوزه سلامت بر دو نوع انگیزه و نیازهای روانی متمرکز شده است (۹).

همچنین، پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که خود شفقت‌ورزی^۶ نقش موثری بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت دارد (۱۰؛ ۱۱ و ۱۲). براساس آیین بودایی، خود شفقت‌ورزی به‌عنوان یک رفتار مهربان، دلسوزانه و پذیرنده نسبت به خود هنگام مواجهه با شکست یا ناامیدی تعریف می‌شود. بنا بر نظر نف^۷ (۲۰۰۳) خود شفقت‌ورزی دارای ۳ جزء متمایز است. ۱) داشتن مهربانی به خود در برابر قضاوت خود، ۲) داشتن حس مشترک فرد در مورد تجارب خود با همه انسان‌ها در مقابل انزوا و متمایز بودن و ۳) ذهن‌آگاهی^۸ در مورد تجارب به جای بزرگ‌نمایی آن‌ها. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خودمهربانی و ذهن‌آگاهی پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت هستند (۱۳). پژوهش‌گران اخیراً به تأثیرات مثبت خودشفقت‌ورزی بر سلامت جسمانی توجه بیشتری کرده‌اند (۱۴).

فراتحلیلی در مورد ۱۵ دانش‌آموز نشان داد که خودشفقت‌ورزی با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت از جمله عادات غذایی، ورزش، رفتارهای خواب و مدیریت استرس رابطه مثبت دارد (۱۲). پژوهش‌ها به‌طور کلی نشان می‌دهد که خودشفقت‌ورزی با واکنش‌های هیجانی سازگارانه‌تری در برابر چالش‌های سلامتی، تمرکز فعال بر سلامت و پایداری و تداوم در مواجهه با مشکلات مربوط به سلامت که منجر به افزایش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت می‌شود، همراه است (۱۴).

استرس ادراک‌شده^۹ از عواملی است که ممکن است بر سلامت فیزیولوژیکی و روانی تأثیر منفی بگذارد (۱۶). استرس ادراک‌شده یک تجربه عمیق ذهنی است و حاکی از آن است که برخی افراد ممکن

۶self-compassion

۷Neff, K. D.

۸mindfulness

۹perceived stress

۱World Health Organization

۲health-promoting life style

۳Walker, S. N.

۴Self determination theory

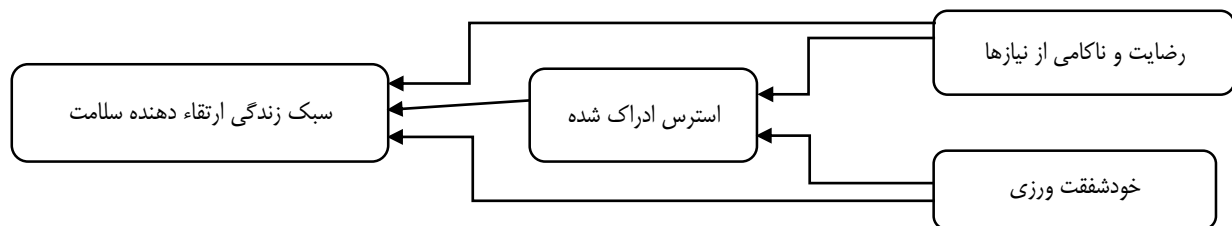
۵Ryan, R. M., & Deci, E. L.

صلاحیت کند و نتواند با محیط ارتباط درستی برقرار نماید که خود باعث افت عملکرد و بالا رفتن استرس ادراک شده خواهد شد (۱۹).
 با توجه رابطه رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (۸ و ۹)، خود شفقت‌ورزی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (۱۰؛ ۱۴؛ ۱۲؛ ۱۵؛ ۱۳ و ۱۱)، استرس ادراک شده و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (۱۶ و ۱۷ و ۱۸)، و همچنین رابطه بین رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی با استرس ادراک شده (۱۹ و ۲۰) و خود شفقت‌ورزی با استرس ادراک شده (۱۴ و ۱۱) و با توجه به الگوی مفهومی شکل ۱، مسئله اصلی این پژوهش پاسخ به این پرسش است آیا الگوی ساختاری سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر اساس خود شفقت‌ورزی و رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی با نقش واسطه‌ای استرس ادراک شده در میان زنان شاغل در ایران با داده‌های تجربی برازش دارد؟
 باتوجه‌به الگوی مفهومی شکل ۱، فرضیه‌های زیر تدوین شده است:

- رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی در زنان شاغل در سبک زندگی ارتقادهنده سلامت اثر دارد.
- خود شفقت‌ورزی در زنان شاغل در سبک زندگی ارتقادهنده سلامت اثر دارد.
- استرس ادراک شده در زنان شاغل در سبک زندگی ارتقادهنده سلامت اثر دارد.
- استرس ادراک شده در زنان شاغل در رابطه رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند.
- استرس ادراک شده در زنان شاغل در رابطه خود شفقت‌ورزی با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند.
- مدل ساختاری پژوهش که در آن فرض شده رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی و خود شفقت‌ورزی در زنان شاغل هم به صورت مستقیم و هم با نقش واسطه‌ای استرس ادراک شده بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت اثر دارد با داده‌های گردآوری شده برازش دارد.

است موقعیتی را قابل کنترل درک کنند؛ با این حال، سایر افراد ممکن است همان وضعیت را غیرقابل کنترل و غیرقابل مدیریت تلقی کنند (۱۷). عوامل فیزیولوژیک، استرس‌های محیطی و شغلی، محدودیت مشارکت اجتماعی زنان در جامعه و وظایف فزاینده و گاه متضاد زنان نقش قابل‌توجهی در استرس ادراک شده در آن‌ها دارد (۱۸).
 یکی از عواملی که استرس ادراک شده را پیش‌بینی می‌کند، خودشفقت‌ورزی است. براساس پژوهش‌ها خودشفقت‌ورزی با استرس ادراک شده ارتباط منفی دارد (۱۱). شواهدی نیز از روابط بین خودشفقت‌ورزی و استرس ادراک شده و همچنین استرس ادراک شده و رفتارهای ارتقادهنده سلامتی وجود دارد (۱۱؛ ۱۴). براساس مبانی نظری موجود، خودشفقت‌ورزی در دو جهت می‌تواند بر روند ارزیابی تأثیر بگذارد. برای مثال، مهربانی با خود به افراد کمک می‌کند تا قضاوت خود را نادیده بگیرند و به جای کمبودها و ضعف‌ها بر توانایی‌ها و نقاط قوت تمرکز کنند. همچنین، ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا افکار و احساسات خود را بدون ارزیابی آن‌ها بپذیرند که ممکن است به درک منطقی‌تر از یک عامل استرس‌زا کمک کند. نه تنها حمایت نظری و تجربی برای کاهش استرس ادراک شده از خودشفقت‌ورزی وجود دارد، بلکه پژوهش‌ها نشان داده است که خودشفقت‌ورزی رفتارهای مراقبت از خود را افزایش می‌دهد (۱۷).

همچنین، در پژوهشی که بر روی معلمان انجام شده است مشخص شد که نیازهای اساسی روان‌شناختی، استرس ادراک شده را به طور قابل توجهی پیش‌بینی می‌کند (۱۹ و ۲۰). نظریه خودتعیین‌گری عوامل تعیین‌کننده استرس را بر اساس ویژگی‌های شخصیت و انگیزش مورد بررسی قرار می‌دهد. بر اساس نظریه خودتعیین‌گری، نیازهای اساسی روان‌شناختی، اگر در قالب بافت‌های بین فردی و فرهنگی مرتبط با رشد فرد ارضا شوند (یعنی احساس رضایتمندی از نیازهای اساسی روان‌شناختی)، رشد، یکپارچگی و بهزیستی فرد را تسهیل خواهند کرد اما در صورتی که ارضای این نیازهای اساسی روان‌شناختی با ناکامی روبرو شود، آسیب‌های روان‌شناختی جدی به بار خواهند آمد به طوری که ناکامی از این نیازها باعث می‌شود فرد احساس ناکارآمدی و عدم



شکل ۱- مدل مفهومی پژوهش

در استان تهران در سال ۱۴۰۱ بود. در برآورد حجم نمونه در پژوهش‌های مبتنی بر مدل‌یابی ساختاری، تعداد نمونه بالای ۲۰۰ نفر پیشنهاد شده است (۲۱). در این پژوهش حجم نمونه بر اساس تعداد ماده‌های پرسش‌نامه به توصیه کلاین (۲۰۱۱) ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

روش پژوهش و ابزار پژوهش

روش پژوهش توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه زنان شاغل در سازمان‌های مستقل دولتی زیر نظر ریاست‌جمهوری

۰/۵۹ و ۰/۵۱ و برای ناکامی از نیازها ۰/۴۸- و ۰/۵۷- به دست آمد (۲۳). در این مطالعه آلفای کرونباخ برای رضایت از نیازها ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و ۰/۸۱ و برای ناکامی از نیازها ۰/۶۶ و ۰/۶۸ و ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس شفقت به خود فرم کوتاه^۳

این مقیاس شامل ۱۲ ماده است که توسط رائس، پامپر، نف و ون-گوچت^۴ بر اساس مقیاس ۲۶ ماده‌ای نف (۲۰۰۳) تدوین شده است. این مقیاس سه مؤلفه دوقطبی را در ۶ زیر مقیاس مهربانی به خود در برابر قضاوت کردن خود تجارب مشترک انسانی در برابر انزوا و ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی اندازه‌گیری می‌کند (۲۴).

در این مقیاس از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود که بر اساس یک مقیاس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از (۱) تقریباً هرگز تا (۵) تقریباً همیشه به ماده‌ها پاسخ دهند. ۶ ماده به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره‌ها در هر مقیاس حداقل ۲ و حداکثر ۱۰ است.

در پژوهشی که توسط رائس و دیگران (۲۰۱۱) انجام شد، پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. همبستگی این مقیاس را با مقیاس ۲۶ ماده‌ای خود شفقت‌ورزی ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند (۲۴).

در پژوهش خانجانی و دیگران (۱۳۹۵) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی به خود- قضاوت کردن خود، تجارب مشترک انسانی- انزوا، ذهن آگاهی - همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۱ و ۰/۸۶ به دست آمد. روایی همزمان و هم‌گرا پرسش‌نامه نیز مطلوب گزارش گردیده است (۲۵). در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمده است.

مقیاس استرس ادراک‌شده^۵

در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کمارک و مرملستین^۵ تهیه شده و میزان استرسی را که شخص در طول یک ماه گذشته در زندگی خود تجربه کرده است، می‌سنجد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد (۲۶).

نحوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه به این شکل است که بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت برای عبارات هرگز = ۰، تا بسیاری از اوقات = ۴ امتیاز تعلق می‌گیرد. ۷ ماده به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است.

روش نمونه‌گیری به این ترتیب بود که ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، لیست سازمان‌های زیر نظر ریاست‌جمهوری تهیه شد و سپس دو سازمان (سازمان حفاظت محیط‌زیست و سازمان ملی استاندارد ایران) از بین سازمان‌های موجود در استان تهران به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) انتخاب شد و در نهایت ۴۰۰ نفر از زنان شاغل در این سازمان‌ها که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از ارائه توضیحات لازم و اخذ رضایت لینک پرسش‌نامه آنلاین جهت تکمیل برای آن‌ها ارسال شد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل: محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، زن بودن، برخورداری از تحصیلات حداقل دیپلم و داشتن حداقل ۱ سال سابقه کاری در یکی از سازمان‌های مستقل زیر نظر ریاست‌جمهوری در استان تهران بود.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی

این پرسش‌نامه شامل سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، میزان سابقه کاری و نوع استخدام است.

مقیاس رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی^۱

این پرسش‌نامه توسط چن^۲ و همکاران، بر اساس نظریه خودتعیین‌گری، تهیه شده است و با ۲۴ ماده، ۶ عامل رضایت از نیاز استقلال عمل، رضایت از نیاز صلاحیت، رضایت از نیاز ارتباط، ناکامی از نیاز استقلال عمل، ناکامی از نیاز صلاحیت، ناکامی از نیاز ارتباط را می‌سنجد (۲۲). در این مقیاس از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود که بر اساس یک مقیاس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از نمره کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) به ماده‌ها پاسخ دهند. دامنه نمره‌ها در هر مقیاس حداقل ۴ و حداکثر ۲۰ است (۲۲).

پایایی این مقیاس توسط چن و همکاران با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و همسانی درونی همه زیرمقیاس‌ها با آلفای کرونباخ ۰/۶۴ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. همچنین ضرایب روایی همگرا و واگرایی رضایت از نیازها و ناکامی از نیازها با مقیاس رضایت از زندگی (دینر، امانس، لارسن و گریفین، ۱۹۸۵) به ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۶۰- گزارش شده است. همچنین رضایت از نیازها با ناکامی از نیازها دارای همبستگی منفی با ضریب ۰/۸۴- است (۲۲). در ایران ناطقی و نعمت‌طاوسی پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای رضایت از نیازهای اساسی ۰/۸۰ و برای ناکامی ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند که حاکی از پایایی خوب این ابزار است، همچنین روایی همگرا و واگرایی این مقیاس را با زیرمقیاس‌های صلاحیت و محبوبیت اجتماعی از سیاهه چندبعدی حرمت خود بررسی کردند که ضرایب همبستگی برای رضایت از نیازها

۴-Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, Gucht, D.
۵-Perceived Stress Scale
۶-Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R.

۱-Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale
۲-Chen
۳-Self-Compassion Scale-Short Form

و نمره ابعاد رفتاری با استفاده از میانگین پاسخ‌ها برای کل ۵۲ سؤال و برای هر زیر شاخه محاسبه می‌شود. حداقل امتیاز کل پرسش‌نامه ۵۲ و حداکثر آن ۲۰۸ است (۲۸).

در پژوهشی که توسط والکر و هیل‌پولرسکی (۱۹۹۶) انجام شد، پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۴ و برای شش حیطه آن طیف ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ به دست آمد (۲۸).

در مطالعه‌ای که در ایران توسط محمدی زیدی و دیگران (۱۳۹۰) به‌منظور استانداردسازی نسخه فارسی این پرسش‌نامه انجام شده است، ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای ابعاد از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین روایی هم‌زمان و همگرا پرسش‌نامه نیز مطلوب گزارش گردیده است (۲۹). در این مطالعه آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۰ و برای ابعاد از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ به‌دست‌آمده است.

یافته‌های پژوهش

پس از جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه آنلاین، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها برای بررسی همبستگی متغیرهای پژوهش از روش ضریب همبستگی پیرسون و برای بررسی مستقیم بین متغیرهای مستقل (رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی و خودشفقت‌ورزی) و متغیر وابسته (سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت) و مسیر غیرمستقیم آن از طریق متغیر میانجی (استرس ادراک شده) از روش تحلیل مدل-یابی معادلات ساختاری با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS نسخه ۲۶ استفاده شد.

کوهن و دیگران (۱۹۸۳) برای محاسبه پایایی این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با اندازه‌های نشانه‌شناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶ محاسبه کرده‌اند. همچنین در پژوهش کوهن و دیگران ضریب روایی درونی بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. میمورا و گریفیث (۲۰۰۸) در پژوهش روی دانشجویان ژاپنی، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ به دست آوردند (۲۷). در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۹ به دست آمده است.

نیم‌رخ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت^۱

نسخه اصلاح شده HPLP است که توسط والکر و هیل‌پولرسکی^۲ (۱۹۹۶) ارائه شده است و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را با تمرکز بر کارهای ابتکاری و ادراک فرد که در راستای حفظ یا افزایش سطح تندرستی، رشد معنوی و رضایت‌مندی فردی عمل می‌کنند، اندازه-گیری می‌کند. این پرسش‌نامه دارای ۵۲ سؤال است و شامل ابعاد روابط بین‌فردی، رفتارهای تغذیه‌ای، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس و رشد معنوی است. در این پرسش‌نامه از پاسخ‌دهنده خواسته می‌شود تا بر روی طیف پاسخ لیکرتی چهاردرجه‌ای از ۱ تا ۴ (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) مشخص کند که چقدر رفتارهای خاص ارتقاءدهنده سلامت را انجام می‌دهد (۲۸). امتیاز سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و امتیاز هر کدام از ابعاد با استفاده از میانگین پاسخ‌ها برای کل پرسش‌نامه و برای هر کدام از ابعاد محاسبه می‌شود. به‌طور کلی، نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۱ | ۱۲ | ۱۳ | ۱۴ |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| ۱- استقلال عمل | - | | | | | | | | | | | | | |
| ۲- صلاحیت | ۰/۴۲** | - | | | | | | | | | | | | |
| ۳- ارتباط | ۰/۵۳** | ۰/۳۹** | - | | | | | | | | | | | |
| ۴-نا-استقلال عمل | ۰/۵۷** | ۰/۲۰** | ۰/۴۴** | - | | | | | | | | | | |
| ۵-نا-صلاحیت | ۰/۴۱** | ۰/۵۶** | ۰/۴۳** | ۰/۵۱** | - | | | | | | | | | |
| ۶-نا-ارتباط | ۰/۴۷** | ۰/۳۸** | ۰/۶۵** | ۰/۶۶** | ۰/۵۶** | - | | | | | | | | |
| ۷-خود شفقت‌ورزی | ۰/۴۳** | ۰/۴۰** | ۰/۵۱** | ۰/۴۹** | ۰/۶۸** | ۰/۵۱** | - | | | | | | | |
| ۸-استرس ادراک شده | ۰/۴۰** | ۰/۴۱** | ۰/۴۸** | ۰/۵۲** | ۰/۴۷** | ۰/۶۵** | ۰/۶۵** | - | | | | | | |
| ۹-رشد معنوی | ۰/۵۹** | ۰/۴۹** | ۰/۵۵** | ۰/۴۳** | ۰/۶۱** | ۰/۴۲** | ۰/۵۶** | ۰/۵۶** | - | | | | | |
| ۱۰-مسئولیت‌پذیری | ۰/۳۶** | ۰/۳۱** | ۰/۳۹** | ۰/۳۲** | ۰/۳۸** | ۰/۳۱** | ۰/۴۷** | ۰/۵۸** | ۰/۳۶** | - | | | | |
| ۱۱-روابط بین فردی | ۰/۴۲** | ۰/۳۷** | ۰/۵۸** | ۰/۳۲** | ۰/۴۷** | ۰/۴۹** | ۰/۴۳** | ۰/۳۳** | ۰/۶۴** | ۰/۶۰** | - | | | |
| ۱۲-مدیریت استرس | ۰/۳۱** | ۰/۲۶** | ۰/۳۷** | ۰/۳۱** | ۰/۴۸** | ۰/۳۶** | ۰/۳۴** | ۰/۴۸** | ۰/۵۵** | ۰/۶۹** | ۰/۶۳** | - | | |
| ۱۳-ورزش | ۰/۲۵** | ۰/۱۸** | ۰/۲۰** | ۰/۲۷** | ۰/۲۷** | ۰/۱۷** | ۰/۲۶** | ۰/۳۷** | ۰/۴۴** | ۰/۵۴** | ۰/۳۷** | ۰/۴۹** | - | |
| ۱۴-تغذیه | ۰/۲۴** | ۰/۳۴** | ۰/۲۹** | ۰/۳۶** | ۰/۲۷** | ۰/۲۷** | ۰/۲۳** | ۰/۴۶** | ۰/۴۱** | ۰/۶۵** | ۰/۴۶** | ۰/۶۲** | ۰/۵۶** | - |
| میانگین | ۱۲/۶۸ | ۱۳/۹۴ | ۱۲/۹۲ | ۱۰/۴۴ | ۹/۹۴ | ۹/۷۰ | ۳۴/۲۰ | ۲۴/۰۸ | ۲۳/۷۱ | ۳۳/۰۸ | ۲۱/۱۳ | ۱۲/۴۰ | ۱۶/۷۴ | ۱۹/۹۸ |
| انحراف استاندارد | ۴/۹۶ | ۳/۵۵ | ۴/۱۳ | ۳/۵۶ | ۲/۹۸ | ۳/۱۷ | ۸/۶۹ | ۶/۸۸ | ۵/۷۶ | ۸/۳۹ | ۵/۱۱ | ۳/۱۳ | ۴/۶۶ | ۴/۶۷ |

P** < ۰/۰۱ و P* < ۰/۰۵

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرها را نشان می‌دهد که جهت همبستگی بین متغیرها منطبق بر انتظار و همسو با تئوری‌های حوزه پژوهش بود.

در این پژوهش به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک تک متغیرها و به منظور ارزیابی مفروضه هم خطی بودن شاخص‌های عامل تورم واریانس ۱ (VIF) و ضریب تحمل مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ قابل ملاحظه است.

در پژوهش حاضر ۴۰۰ زن (۱۶۸ مجرد و ۲۳۲ متأهل) شاغل با میانگین و انحراف استاندارد سنی به ترتیب ۳۷/۶۸ و ۷/۸۸ سال حضور داشتند. میزان تحصیلات ۲۵ نفر (۶/۳ درصد) از شرکت کنندگان دیپلم، ۱۲ نفر (۳ درصد) فوق دیپلم، ۱۶۶ نفر (۴۱/۵ درصد) لیسانس، ۱۴۶ نفر (۳۶/۵ درصد) فوق لیسانس و ۵۱ نفر (۱۲/۸ درصد) دکتری بود. نوع استخدام ۱۵۸ نفر (۳۹/۵ درصد) از شرکت کنندگان قراردادی، ۳۱ نفر (۷/۸ درصد) پیمانی، ۱۱۶ نفر (۲۹ درصد) رسمی بود و ۹۵ نفر (۲۳/۸ درصد) سایر شرایط استخدامی را داشتند. در نهایت ۱۰۸ نفر (۲۷ درصد) از شرکت کنندگان ۱ تا ۵ سال، ۷۲ نفر (۱۸ درصد) ۶ تا ۱۰ سال، ۶۹ نفر (۱۷/۳ درصد) ۱۱ تا ۱۵ سال، ۷۴ نفر (۱۸/۵ درصد) ۱۶ تا ۲۰ سال و ۷۷ نفر (۱۹/۲ درصد) بیشتر از ۲۰ سال سابقه کار داشتند. جدول ۲

جدول ۳- بررسی مفروضه‌های نرمال بودن و هم خطی بودن

| مفروضه هم خطی بودن | | مفروضه نرمال بودن | | متغیر |
|--------------------|-----------|-------------------|-------|------------------------------|
| تورم واریانس | ضریب تحمل | کشیدگی | چولگی | |
| ۲/۰۲ | ۰/۴۹ | -۱/۴۲ | -۰/۳۱ | رضایت از نیاز - استقلال عمل |
| ۱/۹۱ | ۰/۵۳ | -۱/۴۸ | -۰/۴۷ | رضایت از نیاز - صلاحیت |
| ۲/۲۴ | ۰/۴۵ | -۱/۳۱ | -۰/۲۸ | رضایت از نیاز - ارتباط |
| ۲/۶۰ | ۰/۳۹ | -۰/۹۸ | ۰/۱۳ | ناکامی از نیاز - استقلال عمل |
| ۲/۹۶ | ۰/۳۴ | -۱/۱۳ | ۰/۲۵ | ناکامی از نیاز - صلاحیت |
| ۲/۷۷ | ۰/۳۶ | -۰/۸۵ | ۰/۵۱ | ناکامی از نیاز - ارتباط |
| ۳/۳۵ | ۰/۳۰ | -۱/۴۳ | ۰/۱۸ | خود شفقت‌ورزی |
| ۲/۱۸ | ۰/۴۶ | -۱/۱۷ | ۰/۰۹ | استرس ادراک شده |
| - | - | -۰/۸۹ | -۰/۲۷ | سبک زندگی - رشد معنوی |
| - | - | -۱/۵۳ | ۰/۱۹ | سبک زندگی - مسئولیت‌پذیری |
| - | - | -۰/۳۶ | ۰/۰۲ | سبک زندگی - روابط بین فردی |
| - | - | -۰/۵۳ | -۰/۲۶ | سبک زندگی - مدیریت استرس |
| - | - | -۰/۴۰ | ۰/۲۹ | سبک زندگی - ورزش |
| - | - | -۰/۱۲ | -۰/۲۰ | سبک زندگی - تغذیه |

استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی، نرم‌افزار AMOS 26.0 و برآورد بیشینه احتمال (ML) ارزیابی شد. جدول ۴ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

کوچکترین بار عاملی متعلق به نشانگر ورزش ($\beta=0/584$) سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بود. بدین ترتیب با توجه به این که بارهای عاملی همه نشانگرها بزرگتر از ۰/۳۲ بود، می‌توان گفت همه آن‌ها از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردار بودند.

در این پژوهش متغیرهای رضایت از نیازهای اساسی، ناکامی از نیازهای اساسی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت مکنون بوده و مدل اندازه‌گیری پژوهش را تشکیل دادند. چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری با جدول ۴ نشان می‌دهد که همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گراوری شده حمایت می‌کنند ($\chi^2/df=3/30$, $CFI=0/967$, $GFI=0/936$, $AGFI=0/902$ و $RMSEA=0/076$). در مدل اندازه‌گیری بزرگترین بار عاملی متعلق به نشانگر ارتباط ($\beta=0/901$) رضایت از نیاز و

جدول ۴- شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری

| نقطه برش | مدل ساختاری | مدل اندازه‌گیری | شاخص‌های برازندگی |
|-----------|-------------|-----------------|-------------------|
| - | ۲۱۸/۱۸ | ۱۶۸/۵۲ | مجذور کای |
| - | ۶۹ | ۵۱ | درجه آزادی مدل |
| کمتر از ۳ | ۳/۱۶ | ۳/۳۰ | χ^2/df |
| $> ۰/۹۰$ | $۰/۹۳۰$ | $۰/۹۳۶$ | GFI |
| $> ۰/۸۵۰$ | $۰/۸۹۴$ | $۰/۹۰۲$ | AGFI |
| $> ۰/۹۰$ | $۰/۹۶۶$ | $۰/۹۶۷$ | CFI |
| $< ۰/۰۸$ | $۰/۰۷۴$ | $۰/۰۷۶$ | RMSEA |

جدول ۴ نشان می‌دهد همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل از برازش قابل‌قبول مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده حمایت نمودن $\chi^2/df=۳/۱۶$ ، $CFI = ۰/۹۶۶$ ، $GFI = ۰/۹۳۰$ ، $AGFI = ۰/۸۹۴$ و $RMSEA = ۰/۰۷۴$. بدین ترتیب چنین نتیجه‌گیری شد که مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری شده برازش دارد. جدول ۵ ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

به دنبال ارزیابی چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری، در مرحله دوم شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری برآورد و ارزیابی شد. در مدل ساختاری پژوهش حاضر چنین فرض شده بود که رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی و خود شفقت‌ورزی در زنان شاغل هم به‌صورت مستقیم و هم با میانجیگری استرس ادراک‌شده بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت اثر دارد. تحلیل انجام شد و همچنان که

جدول ۵- ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

| اثر | b | S.E | β | p |
|------------------|--------|-------|---------|-------|
| مستقیم | -۰/۱۷۱ | ۰/۰۵۰ | -۰/۱۸۴ | ۰/۰۰۱ |
| | ۱/۸۶۷ | ۰/۳۰۲ | ۰/۴۶۱ | ۰/۰۰۱ |
| | -۰/۷۲۹ | ۰/۱۶۳ | -۰/۲۹۰ | ۰/۰۰۱ |
| | -۰/۳۴۵ | ۰/۰۴۴ | -۰/۴۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| | ۰/۰۳۵ | ۰/۰۳۱ | ۰/۰۷۱ | ۰/۲۶۲ |
| | -۰/۸۷۷ | ۰/۲۱۷ | -۰/۲۹۰ | ۰/۰۰۱ |
| مستقیم غیرمستقیم | ۰/۰۵۹ | ۰/۰۱۸ | ۰/۰۸۵ | ۰/۰۰۱ |
| | -۰/۶۴۳ | ۰/۱۳۰ | -۰/۲۱۲ | ۰/۰۰۱ |
| | ۰/۲۵۱ | ۰/۰۶۷ | ۰/۱۳۴ | ۰/۰۰۱ |
| کل | ۰/۰۹۴ | ۰/۰۳۷ | ۰/۱۵۵ | ۰/۰۰۸ |
| | -۱/۵۲۱ | ۰/۲۳۴ | -۰/۵۰۲ | ۰/۰۰۱ |
| | ۰/۵۷۱ | ۰/۱۱۹ | ۰/۳۰۳ | ۰/۰۰۱ |

جدول ۵ نشان می‌دهد که ضریب مسیر بین استرس ادراک‌شده و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ($\beta = -۰/۴۶۰$ ، $P = ۰/۰۰۱$) منفی و معنادار است. ضریب مسیر کل بین خود شفقت‌ورزی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ($\beta = ۰/۱۵۵$ ، $P = ۰/۰۰۸$) مثبت و معنادار بود. ضریب مسیر کل بین رضایت از نیازهای اساسی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت

جدول ۵ نشان می‌دهد که ضریب مسیر بین استرس ادراک‌شده و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ($\beta = -۰/۴۶۰$ ، $P = ۰/۰۰۱$) منفی و معنادار است. ضریب مسیر کل بین خود شفقت‌ورزی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ($\beta = ۰/۱۵۵$ ، $P = ۰/۰۰۸$) مثبت و معنادار بود. ضریب مسیر کل بین رضایت از نیازهای اساسی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت

۴- Comparative Fit Index

۵- Root Mean Square Error of Approximation

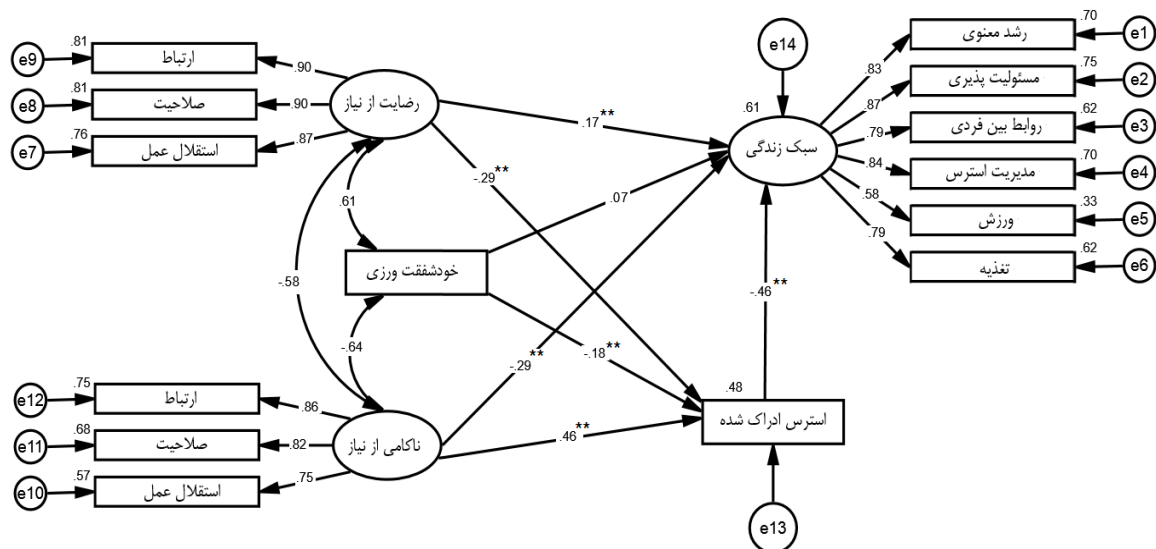
۱- normed chi-square

۲- Goodness Fit Index

۳- Adjusted Goodness Fit Index

به صورت مثبت و اثر ناکامی از نیازهای اساسی بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را به صورت منفی و معنادار میانجی‌گری می‌کند. شکل ۲ مدل ساختاری پژوهش در تبیین اثر رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی، خود شفقت‌ورزی و استرس ادراک‌شده بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت زنان شاغل را نشان می‌دهد.

ارتقا دهنده سلامت مثبت و ضریب مسیر غیرمستقیم بین ناکامی از نیازهای اساسی با سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ($\beta = -0.212$)، منفی و معنادار بود. براین اساس نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در بین زنان شاغل استرس ادراک‌شده اثر خود شفقت‌ورزی و رضایت از نیازهای اساسی بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را



شکل ۲- پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش

نشان دادند (۹). براساس نظریه خودتعیین‌گری که سه نیاز صلاحیت، استقلال عمل و وابستگی (ارتباط) را به عنوان نیازهای روان‌شناختی اولیه می‌داند، می‌توان این موضوع را این‌گونه تبیین کرد که افرادی که در سطح بالاتری از احساس رضایت از نیازهای اساسی روان‌شناختی قرار دارند، شخص احساس می‌کند توانایی انتخاب رفتارها و تعیین هدف‌های خود را دارد در نتیجه تصمیمات بهتری در زمینه سبک زندگی خود می‌گیرد و می‌تواند در برابر وسوسه‌های موجود در مورد مصرف دخانیات والکل و تغذیه نامناسب مقاومت کرده و استقلال عمل بیشتری برای عادات رفتاری و سبک زندگی خود دارد. همچنین احساس صلاحیت در فرد باعث می‌شود کمتر دچار حالات عاطفی منفی شود (۸) یافته‌های آزمون فرضیه دوم مبنی بر تاثیر خودشفقت‌ورزی در زنان شاغل بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با پژوهش‌های پیشین در این زمینه حمایت می‌کند (۱۰؛ ۱۴؛ ۱۲؛ ۱۵؛ ۱۳ و ۱۱). خودشفقت‌ورزی به عنوان یک متغیر تفاوت فردی از زمانی که نف مفهوم سازی آن را پیشنهاد کرد، در نظر گرفته شده است. از آن زمان، پژوهش‌ها مکرراً نشان داده اند که یک فرد با سطح بالاتری از خود شفقت‌ورزی می‌تواند هم از نظر روانی و هم از نظر جسمانی بسیار سالم‌تر باشد (۱۴). ارتباط خود شفقت‌ورزی با رفتارهای ارتقادهنده سلامت از نظر ارتباط آن با خودنظم‌جویی و به ویژه تنظیم تطبیقی هیجان‌ات قابل تبیین است. افراد خودشفقت‌ورز به ناکامی‌ها و شکست‌های اجتناب‌ناپذیری که هنگام تلاش برای تغییر رفتارهای سلامتی‌شان رخ می‌دهد با پذیرش به جای قضاوت (مهربانی به خود) پاسخ می‌دهند و اشتباهات خود را به عنوان

شکل فوق نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) برای متغیر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت برابر با ۰/۶۱ بود. این موضوع بیانگر آن است که رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی، خود شفقت‌ورزی و استرس ادراک‌شده در مجموع ۶۱ درصد از واریانس سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان شاغل را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش بررسی رابطه رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی و خود شفقت‌ورزی با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با میانجی‌گری استرس ادراک‌شده در زنان شاغل بود. در ادامه درباره یافته‌های به دست آمده در این پژوهش بحث می‌شود. یافته‌ها با تایید فرضیه اول نشان داد رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی در زنان شاغل بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت اثر دارد. این نتایج همسو با پژوهش‌های دیگر در این قلمرو (۸ و ۹) حاکی از این است که افرادی که میزان رضایت از نیازهای اساسی روان‌شناختی در آن‌ها بالاتر است نتایج قابل توجهی را در تمام معیارهای پیامد از جمله عادات غذایی سالم، انجام حرکات ورزشی و مدیریت استرس

چیزی که همه تجربه می‌کنند (انسانیت مشترک) به جای غوطه‌ور شدن در احساسات منفی می‌بینند. همچنین هنگامی که در مورد وضعیت خود استرس دارند، از آنجایی که عاطفه منفی با خودنظم‌جویی تداخل دارد، پاسخ خودشفقت‌ورزانه می‌تواند به افراد کمک کند تا با تعدیل احساسات منفی که ممکن است در پاسخ به شکست‌های هدف رفتار سلامتی ایجاد شوند، رفتارهای سلامتی خود را حفظ کنند (۱۱ و ۱۲).

نتایج مربوط به آزمون فرضیه سوم با پژوهش‌های پیشین در این زمینه همسو و حاکی از این است که استرس ادراک‌شده در زنان شاغل بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت اثر دارد (۱۶؛ ۱۷ و ۱۸). در تبیین این یافته‌ها می‌توان به این موضوع اشاره کرد که به‌طور کلی اشتغال زنان می‌تواند عامل مهمی در بهبود شرایط زندگی باشد و تأثیر مثبتی بر توانمندسازی زنان داشته باشد، اما گاهی ممکن است به علت افزایش تعداد نقش‌هایی که زنان بر عهده دارند به همان میزان فشار جسمی و روانی و در نتیجه استرس ادراک‌شده بیشتری که بر آنان وارد می‌شود زن شاغل فرصت استراحت و رسیدگی به خود و مراقبت مربوط به خود را نداشته باشد و این منجر به پایین‌تر بودن نمره سبک زندگی ارتقا سلامت می‌شود (۱۸).

در بررسی فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر اینکه استرس ادراک‌شده در زنان شاغل در رابطه بین رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند، یافته‌های این پژوهش با تأیید فرضیه و همسو با پژوهش‌های انجام شده، حاکی از آن است که رضایت از نیازهای اساسی روان‌شناختی اثرات مثبتی بر استرس ادراک‌شده دارد (۱۹ و ۲۰). برای تبیین این موضوع می‌توان به این نکته اشاره کرد که نظریه خود‌تعیین‌گری عوامل تعیین‌کننده استرس را بر اساس ویژگی‌های شخصیت و انگیزش مورد بررسی قرار می‌دهد. زمانی که فرد احساس استقلال عمل، ارتباط و صلاحیت می‌کند و نیازهای روان‌شناختی او ارضا می‌شود انگیزه قوی در انجام فعالیت‌ها دارد و به عبارتی هدف‌مند است، از سلامت، بهزیستی و شادکامی نیز برخوردار می‌شود و همین حس شادکامی و رضایت باعث انگیزه برای فعالیت بعدی و کاهش استرس ادراک‌شده او در انجام کارها می‌شود و رشد، یکپارچگی و بهزیستی فرد را تسهیل خواهند کرد؛ اما در صورتیکه ارضای این نیازهای اساسی روان‌شناختی با ناکامی روبرو شود، آسیب‌های روان‌شناختی جدی به بار خواهند آمد به‌طوری‌که ناکامی از این نیازها باعث می‌شود فرد احساس ناکارآمدی و عدم صلاحیت کند و نتواند با محیط ارتباط درستی برقرار نماید که خود باعث بالا رفتن استرس ادراک‌شده و درنهایت افت عملکرد وی در رفتارهای سلامت خواهد شد (۱۹ و ۲۰).

در بررسی فرضیه پنجم پژوهش یافته‌ها با تأیید این فرضیه نشان داد استرس ادراک‌شده در زنان شاغل در رابطه بین خودشفقت‌ورزی با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. اگر زنان شاغل بتوانند در دوره‌های دشوار زندگی با خود مهربان باشند، ناملایمات را به‌عنوان یک فرایند طبیعی در نظر بگیرند و دیدگاه متعادلی از سلامت خود داشته باشند، به احتمال زیاد قادر خواهد بود با استرس‌های زندگی و مشکلات ناشی از آن کنار بیایند. داشتن این دیدگاه که تجارب فرد جزئی از تجارب همه انسان‌ها است؛ به عبارت دیگر، سایرین نیز چنین

تجارب را در زندگی خود دارند بدون داشتن احساس دور بودن و متمایز بودن از دیگران به افراد کمک می‌کند تا محدودیت‌های خود را بپذیرند به‌جای اینکه احساس شرم و بی‌کفایتی کنند. همچنین افزایش خودشفقت‌ورزی، اثرات مثبت ذهن‌آگاهی بر استرس ادراک‌شده را نیز افزایش می‌دهد. این نشان می‌دهد که خودشفقت‌ورزی به‌تنهایی و در ترکیب با ذهن‌آگاهی به کاهش استرس ادراک‌شده در زنان کمک می‌کند. در واقع خودشفقت‌ورزی در زنان از طریق کاهش استرس ادراک‌شده توانایی آن‌ها را در مدیریت رفتارهای مرتبط با سلامتی افزایش دهد. از مؤلفه‌های مهم برای کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش رفتارهای خودمراقبتی و ارتقادهنده سلامت است (۱۷).

یافته‌های این پژوهش نشان داد مدل ساختاری پژوهش که در آن فرض شده رضایت و ناکامی از نیازهای اساسی روان‌شناختی و خودشفقت‌ورزی در زنان شاغل هم به‌صورت مستقیم و هم با نقش واسطه‌ای استرس ادراک‌شده بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت اثر دارد با داده‌های گردآوری شده برازش دارد. در همین راستا توصیه می‌شود پژوهشگران، درمانگران و متخصصین حوزه سلامت در طراحی مداخلات، مهارت‌هایی برای بالابردن رضایت از نیازهای اساسی روان‌شناختی و افزایش خودشفقت‌ورزی به‌منظور کاهش استرس ادراک‌شده در افراد و افزایش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، در نظر بگیرند.

ملاحظات اخلاقی

پیش از اجرای پژوهش از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد و تمام شرکت‌کنندگان با رضایت خود در پژوهش شرکت داشتند و محققان به آن‌ها اطمینان دادند که نتایج تحقیق محرمانه خواهد بود.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکترای زیر نظر کمیته اخلاق دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی و احد تهران مرکزی و با کد اخلاقی به شناسه IR.IAU.CTB.REC.1400.086 انجام گرفته است. ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا و ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شد. تمام نکات اخلاقی شامل رازداری، در اولویت بودن سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان، امانت‌داری، دقت در استناددهی، قردادانی از دیگران، رعایت ارزش‌های اخلاقی در گردآوری داده‌ها، رعایت حریم خصوصی شرکت‌کنندگان توسط پژوهشگران مدنظر قرار گرفته است.

حامی مالی

تمام منابع مالی و هزینه پژوهش و انتشار مقاله تماماً بر عهده نویسندگان بوده و هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان

سهم تمامى نويسندگان در اين پژوهش يكسان است و هيچ گونه تضاد منافعى وجود ندارد.

مقاله برگرفته از پايان نامه مقطع دكترا است. نويسنده اول دانشجوى مقطع دكتري است؛ نويسنده دوم استاد راهنما و نويسنده مسؤل؛ و نويسنده سوم استاد مشاور هستند.

تعارض منافع

References

- Rathnayake N, Alwis G, Lenora J, Lekamwasam S. Applicability of health promoting lifestyle profile-II for postmenopausal women in Sri Lanka; a validation study. *Health Qual Life Outcomes*. 2020; 18(122). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01371-7>
- WHO. Noncommunicable diseases. Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. 2018a
- Sala M, Rochefort C, Lui, PP, Baldwin AS. Trait mindfulness and health behaviours: a meta-analysis, *Health Psychology Review*, 2020; 14(3):345-393. DOI:10.1080/17437199.2019.1650290
- Gedik Z. Self-compassion and health-promoting lifestyle behaviors in college students. *Psychology, health & medicine*. 2019; 24(1): 108-114. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1503692>
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 1987; 36(2): 76-81. <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>
- Aslami E, Parvande N. Effectiveness of Mindfulness Based of Stress Reduction on Marital Adjustment, Quality of Parent- Child Relationship and Self- Compassion in Women Employees of Shiraz University. *Quarterly Journal of Woman and Society*. 2020; 11(43): 1-24. {In Persian}. https://jzvj.marvdasht.iau.ir/article_4212.html
- Sharifpour shirazi A, Ghaderi Z. The predictive role of self compassion and psychological capital for family functioning in married women in shiraz city. *Quarterly Journal of Woman and Society*. 2022; 13(50): 139-150. {In Persian}. doi: 10.30495/jzvj.2022.28378.3607
- Ryan R M, Deci E L. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: Guilford Publishing. 2017.
- Antunes R, Frontini R, Amaro N, Salvador R, Matos R, Morouco PG, Rebelo-Gonçalves R. Exploring Lifestyle Habits, Physical Activity, Anxiety and Basic Psychological Needs in a Sample of Portuguese Adults during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(12): 4360. DOI: 10.3390/ijerph17124360
- Dunne S, Sheffield D, Chilcot J. Brief report: Self-compassion, physical health and the mediating role of health-promoting behaviors. *Journal of Health Psychology*. 2018; 23(7): 993-999. doi: 10.1177/1359105316643377
- Homan K, Sirois F. Self-compassion and physical health: Exploring the roles of

- perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychology Open*. 2017; 4(2): 1-9. DOI: 10.1177/2055102917729542
12. Sirois FM, Kitner R, Hirsch JK. Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychology Official Journal of the Division of Health Psychology American Psychological Association*. 2015; 34(6): 661-669. DOI:10.1037/hea0000158
13. Holden CL, Rollins P, Gonzalez M. Does how you treat yourself affect your health? The relationship between health-promoting behaviors and self-compassion among a community sample. *Journal of Health Psychology*. 2021; 26(12): 2330-2341. doi:10.1177/1359105320912448
14. Semenchuk BN, Boreskie KF, Hay JL, Miller C, Duhamel TA, Strachan SM. Self-compassion and responses to health information in middle-aged and older women: An observational cohort study. *Journal of Health Psychology*. 2021; 26(12): 2231-2247. doi:10.1177/1359105320909860
15. Li Y, Deng J, Lou X, Wang H, Wang Y. A daily diary study of the relationships among daily self-compassion, perceived stress and health-promoting behaviours. *Journal international of psychology*. 2020; 55(3): 364-372. <https://doi.org/10.1002/ijop.12610>.
16. Seo E J, Ahn JA, Hayman LL, Kim CJ. The Association Between Perceived Stress and Quality of Life in University Students: The Parallel Mediating Role of Depressive Symptoms and Health-Promoting Behaviors. *Asian nursing research*. 2018; 12(3): 190-196. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.08.001>.
17. Abdollahi A, Taheri A, Allen K A. Self-compassion moderates the perceived stress and self-care behaviors link in women with breast cancer. *Psycho-oncology*. 2020; 29(5): 927-933. <https://doi.org/10.1002/pon.5369>
18. Khani F, Inanlou M, Ganjeh F, Haghani H. Study of Health Promotion Lifestyle and Psychological Well-being in Women Attending the Health Centers of Arak City in 2019. *J Arak Uni Med Sci*. 2022; 25(4): 730-747. URL: <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-6569-fa.html>
19. Avci AG, Bozgeyikli H, Kesici Ş. Psychological Needs as the Predictor of Teachers' Perceived Stress Levels. *Journal of education and training studies*. 2017; 5: 154-164. DOI:10.11114/jets.v5i4.2274
20. Ahmadi S, Zamani Sh, Behzadnia B. Relationship between Self-Compassion and Stress Management in Sports Coaches: Based on the Mediating Role of Basic Psychological Needs. *Jmciri*. 2021; 39(2): 102-110. {In Persian}. <http://jmciri.ir/article-1-3079-fa.html>.
21. Gerbing DW, Anderson JC. The effects of sampling error and model characteristics on parameter estimation for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*. 1985; 20(3): 255-271. doi: 10.1207/s15327906mbr2003_2
22. Chen B, Vansteenkiste M, Beyers W, Boone L, Deci EL, Duriez B, Lens W, Matos L, Corno L, Mouratidis A, Ryan RM, Sheldon KM, Soenens B, Van Petegem S, Van der KaapDeeder J, Verstuyf J. Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion*. 2015; 39: 216-236. doi: 10.1007/s11031-014-9450-1
23. Nateghi M, Nemattavousi M. The mediating role of self-esteem and self-regulation in relation of basic psychological needs and psychological well-being. *Journal of Psychological Studies*. 2019; 15(2): 145-164. {In Persian}. doi: 0.22051/psy.2019.24941.1853.
24. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial

validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2011; 18(3): 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>

25. Khanjani S, Foroughi AA, Sadghi K, Bahrainian SA. Psychometric properties of Iranian version of self-compassion scale (short form). *pajoohande*; 2016; 21(5), 282-289. {In Persian}. <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-2292-fa.html>.

26. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983. 24(4): 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

27. Mimura C, Griffiths PA. Japanese version of the Perceived Stress Scale: cross-

cultural translation and equivalence assessment. *BMC Psychiatry*. 2008; 8(85). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-85>

28. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric Evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Centre, Omaha. 1996.

29. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Journal of Mazandaran University Medical Science*. 2011; 20(1): 102-113. {In Persian}. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-955-fa.html>