

The Prediction of Health Promoting Lifestyle Based on Sense of Coherence, Psychological Flexibility and Impulsivity in Cardiovascular Disease in patients with Obesity

Sepideh Raeisi Nasehi¹, Akram Dehghani^{2*}, Fardin Moradi Manesh³, Seyed Abbas Haghayegh⁴

Abstract

Purpose: The aim of this study was to the Prediction of Health Promoting Lifestyle Based on Sense of Coherence, Psychological Flexibility and Impulsivity in Cardiovascular Disease in patients Obesity.

Methodology: The research method was correlation using structural equation modeling. The statistical population of this study consisted of all cardiovascular patients with obesity in Tehran in 2018-19, of which 220 people were selected as a sample by stepwise cluster sampling. The research tools were: Walker et al.'s (1987) health-promoting lifestyle, Kimiyaei, et al. (2013), Bond et al.'s flexibility (2011), and Bart's impulsivity (1995), all of which have acceptable validity and reliability. The analysis obtained by the implementation of the questionnaires was performed through the Spss-V24 software at a significance level of 0.05 and using the step-by-step regression test.

Results: The findings showed that a sense of cohesion, psychological flexibility and impulsiveness predicted a significant health-promoting lifestyle in obese cardiovascular patients ($P < 0.05$).

Conclusion: Based on the research findings, it is possible to develop appropriate and effective educational programs by identifying the factors affecting the quality of life and mental health of individuals.

Keywords: Health Promoting Lifestyle, Sense of Coherence, Psychological Flexibility, Impulsivity, Cardiovascular Disease, patients with Obesity

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

² -Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (Responsible Author). dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

³ - Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran,

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

تاریخ دریافت: 1398/12/13 تاریخ پذیرش: 1399/2/18

پیش بینی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بر اساس حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی و تکانشگری در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی

سپیده رئیسی ناصحی^۱، اکرم دهقانی^{۲*}، فردین مرادی منش^۳، سیدعباس حقایق^۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف، پیش بینی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بر اساس حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی و تکانشگری در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی انجام گرفت.

روش: 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 98-1397 تشکیل دادند، که از میان آنها، تعداد 220 نفر با روش نمونه گیری خوشه ای مرحله ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت والکر و همکاران (1987)، حس انسجام کیمیایی و همکاران (1392)، انعطاف پذیری روانشناختی بوند و همکاران (2011) و تکانشگری بارت (1995) که همگی از اعتبار و پایایی قابل قبولی برخوردار بودند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار Spss-V24 در سطح معنادری 0.05 و با استفاده از آزمون رگرسیون گام به گام انجام شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد که حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی و تکانشگری پیش بینی کننده معنی دار سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی بودند ($P < 0.05$)

نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش می توان با شناسایی عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد به تدوین برنامه آموزشی مناسب و موثر دست زد.

واژگان کلیدی: سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی، تکانشگری، بیماران قلبی عروقی

1 - گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

2 - گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (نویسنده مسئول).

3 - گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

4 - گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

مقدمه

چاقی یکی از بیماری‌های شایع در دنیای کنونی است. برآورد می‌شود که حدود 1/2 بلیون نفر از کل جمعیت دنیا دارای اضافه وزن هستند (چاپیرو، دنی، ال-کاره، کلویس و رهی^۱، 2018). مطالعات انجام شده در ایران نیز نشان می‌دهد که شیوع چاقی در سال‌های اخیر در کشورمان زیاد شده است و انتظار می‌رود که به دلیل افزایش شهرنشینی در سال‌های آتی بر شیوع آن افزوده شود (وزیری اسمعیل زاده، 1397). افراد چاق بیشتر از سایر افراد مستعد ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر مثل بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت و برخی سرطان‌ها هستند (استفان، هارینگ و اسکالز^۲، 2018). یافته‌های اخیر نشانگر آن است که برخلاف روندهای مشاهده شده در ایالات متحده و نواحی شمالی اروپا، میزان شیوع بیماری‌های قلبی عروقی روند رو به افزایش دارد (استیک و بورگر^۳، 2018). شیوع بیماری‌های قلبی عروقی در کشورهای در حال توسعه، از جمله در کشور ما نیز در حال افزایش است و بار ناشی از این بیماری‌ها و عواقب ناشی از آن قابل توجه است (کیم و هاوانگ^۴، 2015). از میان بیماری‌های مزمن، بیماری قلبی عروقی شایع‌ترین بیماری مزمن و تهدیدکننده حیات می‌باشد (الباکر، الحیب، اولاه، الفلاح، هرسی^۵ و همکاران، 2013). در ایران شیوع بیماری‌های قلبی عروقی و مرگومیر حاصل از آن‌رو به افزایش می‌باشد، به گونه‌ای که این بیماری 46٪ از علل مرگومیر را به خود اختصاص می‌دهد و میزان بروز آن در 100 هزار نفر، و سالیانه 116 هزار نفر به علت این بیماری جان می‌سپارند (حسینی، صفوی و فشارکی، 1397).

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 (کاپلیوس، کیریازیس، لونیدیس، دیموستنوپولوس^۶ و همکاران، 2017). 80 درصد بیماری‌های قلبی عروقی مستقیماً به عوامل خطر سازی نظیر دیابت، پرفشاری خون، چاقی و سیگاری کشیدن مرتبط و 70 درصد از حملات قلبی با تغییر سبک زندگی قابل پیشگیری است (هلستراند، سیمونسون، انگستروم، نیلسون و مولاریوس^۷، 2017). از این‌رو اصلاح سبک زندگی هدف اصلی برنامه‌های پیشگیری ثانویه از این بیماری‌ها است. در برنامه‌های اصلاح سبک زندگی، بر سبک زندگی ارتقا دهنده 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 (سانچز-آگودرو، آلونسو-دومینگو، گارسیا-اورتیز^۸ و همکاران، 2016). بنابراین سبک زندگی مختل و رفتارهای سلامت نقش مهمی در ایجاد عوامل خطر متابولیکی دارد (اکوسون، آنور، اسونه و اکوگوال^۹، 2013). برای مثال، نتایج یک مطالعه مقطعی عرضی با 9750 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 (صراف زادگان و همکاران، 2011). همچنین نتایج مطالعات نشان می‌دهد با اصلاح سبک زندگی و تقویت رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی، وقوع مجدد بیماری قلبی عروقی مثل فشارخون بالا، کلسترول بالا و عملکرد قلبی بهبود می‌یابد (چن، وو، هوانگ و لی^{۱۰}، 2010).

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 (ون پویجولد و کوپیر^{۱۱}، 2017). این بیماران در زمان بستری در بیمارستان در مدتی که تحت مراقبت‌های ویژه هستند، کم‌وبیش دچار استرس می‌شوند. استرس‌های روانی تنها بیمار را از نظر جسمی تحت تأثیر قرار نمی‌دهند، بلکه از نظر روحی نیز تأثیر می‌گذارند. این

1 - Chaparro, Denney, El-Kareh, Kuelbs & Rhee

2 - Stefan, Häring & Schulze

3 - Stice & Burger

4 - Kim & Hwang

5 - Albackr, AlHabib, Ullah, Alfaleh, Hersi

6 - Kapelios, Kyriazis, Ioannidis, Dimosthenopoulos

7 - Hellstrand, Simonsson, Engström, Nilsson & Molarius

8 - Sanchez-Aguadero, Alonso-Dominguez, Garcia-Ortiz

9 - Okosun, Annor, Esuneh & Okoegwale

10 - Chen, Wu, Hwang & Li

11 - Van Puijvelde & Kuiper

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 (گادر و راتن^۱، 2014). به علت طول مدت و شدت این بیماری، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت روان این بیماران، دست خوش تغییرات فراوانی می‌گردد (کردستانی و قمری، 1396). این تغییرات بیمار را در معرض خطر تکانشگری و آشفتگی پریشانی قرار می‌دهد (گاویا، زیکس، کولون، ویرا و ریبرو^۲، 2017). نتایج پژوهش دیویس^۳ (2013) 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 (مکیلوپ، آملونگ، فیو، ری، سویت و مانافو^۴، 2011). تکانشگری را همچنین می‌توان به صورت گرایش به واکنش‌های سریع و سنسجیده 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 (تموتارن، لانگ، زال، هافهینز و فیلدز^۵، 2013).

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 (بوکس استنس، واس، ساتر، آجولات، ون پاتربرگ^۶ و همکاران، 2016). احساس انسجام روانی از نظر آنتونوسکی (1987) شامل سه مولفه می‌باشد، 1. درک پذیری: توسعه درک فرد از این که جهان قابل پیش بینی و قابل فهم است. 2. توانایی مدیریت: توسعه درک فرد از دسترسی به منابع مقابله‌ای و توانایی برای دستکاری واقعیت‌ها، 3. معناداری: توسعه این که فرد معانی هیجانی، چالش‌ها و علائقی در زندگی خود بیابد (نگایی و نگو، 2016). 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 (فرگاسون، براون، تیلور و داویس^۷، 2016). 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 (الفاسی، بارن-لیونسون، کورمر-نوو و ساگی^۸، 2016). در این راستا پژوهش‌ها نشان داده است افراد با احساس انسجام قوی با موفقیت بیشتری در برابر استرس مقابله می‌کنند (گلدبرگ^۹، 2015). همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که حس انسجام نقش موثری در وضعیت سلامت جسمی و روانی دارد (چادها، رابینسون، کین-راجرز، الکساندریس-سوفیس و رابن فیر^{۱۰}، 2016).

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 (المارزوکی، چیلکوت و مک کراکن^{۱۱}، 2017). انعطاف پذیری روان شناختی طیف گسترده‌ای 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 می‌اندازند. 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. همان طور که انعطاف پذیری روان شناختی با سلامت روان ارتباط دارد نبود آن نیز با آسیب روانی در ارتباط است. افسردگی اختلال شایعی است که

1 - Güder & Rutten

2 - Gouveia, Xia, Colón, Vieira & Ribeiro

3 - Davis

4 - MacKillop, Amlung, Few, Ray, Sweet & Munafò

5 - Thamotharan, Lange, Zale, Huffhines, & Fields

6 - Boeckxstaens, Vaes, De Sutter, Aujoulat, Van Pottelbergh

7 - Ferguson, Browne, Taylor & Davis

8 - Elfassi, Braun-Lewensohn, Krumer-Nevo & Sagy

9 - Goldberg

10 - Chaddha, Robinson, Kline-Rogers, Alexandris-Souphis & Rubenfire

11 - Almarzooqi, Chilcot & McCracken

ویژگی آن انعطاف ناپذیری در شیوه های 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 می دهد دنیا برای چنین فردی مکانی خالی و سطحی است. اختلالات اضطرابی نیز با وجود علائم و ویژگی های متمایزی که دارند در مولفه اجتناب تجربه ای مشترک هستند. اجتناب تجربی یعنی عدم اشتیاق برای برقراری ارتباط با جنبه های خاصی از تجربه، درست همانند افسردگی فرد مضطرب به درستی با محیط تعامل نمی کند و انعطاف ناپذیری رفتاری نشان می دهد (جانکو، راتریچ و راپ¹، 2014). نتایج پژوهش ماسودا و تالی² (2012) نشان می دهد انعطاف پذیری روان شناختی با سلامت عمومی و آسیب پذیری در طیف گسترده ای از ناراحتی ها که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی های روانی عمومی می شود، رابطه دارد.

با توجه به مطالعات پیشین شاید بتوان بخشی از افزایش شیوع بیماری های قلبی عروقی در کشور را به چاقی نسبت داد. اغلب گزارش های منتشر شده در زمینه ارتباط چاقی با بیماری های 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 و تکانشگری می توانند 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 نارسایی های قلبی عروقی شده 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 پیش بینی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بر اساس حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی و تکانشگری در خصوص بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی انجام نشده است. بنابراین مساله اصلی پژوهش این است: آیا حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی و تکانشگری میزان سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی را پیش بینی می کنند؟

روش پژوهش

روش تحقیق براساس هدف، کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده ها از نوع توصیفی و به لحاظ نوع داده ها تحقیقی همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی شهر تهران در سال تحصیلی 1398-1397، تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه گیری خوشه ای مرحله ای و به شیوه در دسترس انجام شد. به این صورت که ابتدا از بین بیمارستان های آموزشی علوم پزشکی شهر تهران 5 بیمارستان به صورت خوشه ای انتخاب گردید و سپس از میان مراکز قلبی عروقی این بیمارستان ها 220 نفر به صورت در دسترس بر اساس ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند (معیارهای ورود به پژوهش شامل: ابتلا به بیماری قلبی عروقی از نوع نارسایی احتقانی، آریتمی های قلبی که شامل: تکیکاردی، برادیکاردی، فیبریلاسیون و کاردیومیوپاتی طبق نظر پزشک متخصص قلب، حداقل تحصیلات دیپلم، تمایل به شرکت در مطالعه، سن بین 30 تا 70 سال، آگاهی از بیماری خود، هوشیاری کامل و آگاهی نسبت به زمان و مکان، آشنا بودن به زبان فارسی، نداشتن عقب ماندگی ذهنی، اختلال حرکتی، نابینایی، ناشنوایی، بیماری تیروئید، اختلالات گوارشی بود. معیار خروج از مطالعه وجود بیماری هایی مانند سکته مغزی و سرطان حین مطالعه، یا وجود هر گونه مشکلی به نحوی که بیمار قادر به پاسخگویی سوالات نباشد، بود). جهت رعایت اصول اخلاقی ابتدا به کلیه آزمودنی ها در مورد هدف مطالعه توضیح داده شد. سپس بیان شد که نیازی به نوشتن نام در پرسشنامه ها نبوده و صرفا کدگذاری استفاده شد و به این شکل محرمانه بودن و حفظ آنها و تحلیل جمعی اطلاعات مطرح شد. در پایان شماره تماس ارائه شد تا افرادی که تمایل به دستیابی به نتایج پرسشنامه ها داشته باشند با تماس از نتایج پرسشنامه خود آگاه شوند.

¹ - Johnco, Wuthrich & Rapee

² - Masuda & Tully

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت والکر و همکاران (1986)، حس انسجام کیمیایی و همکاران (1392)، انعطاف پذیری روانشناختی بوند و همکاران (2011) و تکانشگری بارت (1995) بود.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت والکر و همکاران (1987): پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده 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 (1390) ضریب آلفای کرونباخ حدود 0/82 گزارش شده است. این مقیاس رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را در شش بعد مسئولیت پذیری در قبال سلامتی (8 سؤال)، فعالیت جسمی (پیروی از یک الگوی ورزشی منظم با 13 سؤال)، تغذیه (داشتن الگوی غذایی و انتخاب غذا با 11 سؤال)، رشد معنوی (برخورداری از احساس هدفمندی و رضایتمندی با 6 سؤال)، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس زا و اقدامات مدیریت استرس با 6 سؤال)، و رفتار بین فردی (8 سؤال) اندازه گیری می کند. مجموع سؤالات پرسشنامه 52 سؤال است که به صورت لیکرت 4 گزینه‌ای هرگز (1)، گاهی اوقات (2)، معمولاً (3)، و همیشه (4) نمره دهی شد. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بین 52 تا 208 است که برای هر بعد نمره جداگانه‌ای محاسبه گردید. در پژوهش والکر و همکاران (1987) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی این پرسشنامه، 0/94 گزارش شد. همچنین والکر و همکاران (1987) در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه محاسبه کردند. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ بین 0/88 تا 0/9 را برای 6 خرده مقیاس این آزمون محاسبه نمودند. در پژوهش محمدی زیدی و همکاران (1390)، تعداد گویه های این مقیاس از 52 به 49 تقلیل پیدا نمود و تعداد 3 سؤال به دلیل بار عاملی پایین حذف شد و آلفای کرونباخ پرسشنامه 0/89 گزارش شد.

حس انسجام کیمیایی و همکاران (1392): یک پرسش‌نامه‌ی 50 سؤالی است که توسط کیمیایی و ارقبایی و جوزی در سال 1392 ساخته شده است. این پرسش‌نامه دارای سه خرده مقیاس برای سنجش میزان قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنادار بودن وقایع از نظر فرد می باشد. مقیاس معناداری شامل 23 سؤال و مقیاس قابل مدیریت بودن 6 سؤال و مقیاس قابل درک بودن 21 را دارا می باشد و در یک طیف 5 درجه‌ای از خیلی کم (1) تا خیلی زیاد (5) به روش لیکرت درجه بندی می شود. در هنجاریابی این پرسش‌نامه از 410 آزمودنی که به شیوه خوشه‌ای چندمرحله‌ای نمونه‌گیری شده بودند تعداد 404 پرسشنامه به دست آمد که دامنه سنی 18 تا 40 سال و میانگین 22.5 سال داشتند. پرسشنامه انسجام درونی همسانی درونی خوبی دارد و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس 0/935، برای خرده مقیاس معناداری 0/927، برای خرده مقیاس قابل مدیریت بودن 0/650، برای خرده مقیاس قابل درک بودن 0/886 می باشد. اعتبار همزمان پرسشنامه انسجام درونی از طریق همبستگی معنی دار 0/556- با پرسشنامه GHQ¹ بدست آمد. همچنین تمام خرده مقیاس همبستگی معنی داری با سایر مقیاس‌های سلامت عمومی دارد (کیمیایی و همکاران، 1392).

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بوند و همکاران (2011): این پرسشنامه توسط بوند و همکاران (2011) برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل باوجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای 7 سؤال است. سؤال‌های این پرسشنامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت 7 درجه‌ای (هرگز = 1، خیلی بندرت = 2، بندرت = 3، گاهی اوقات = 4، بیشتر اوقات = 5، تقریباً همیشه = 6 و همیشه = 7) رتبه‌بندی می شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه توسط بوند و همکاران (2011) 0/81 و همسانی درونی آن 0/84 به دست آمده است. در ایران نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم 0/89 و ضریب پایایی بازآزمون 0/71 بدست آمده است (عباسی و همکاران، 2013).

پرسشنامه تکانشگری بارت (1995): این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش دهی شامل 30 سؤال مدرج چهار نمره‌ای لیکرت بود که از هرگز (1) تا همیشه (4) نمره‌گذاری می شود. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی است. این پرسشنامه توسط پاتون، استانفورد و بارت (1995)؛ به نقل از جاوید، محمدی و

¹ - General Health Questionnaire

رحیمی، 1391) ساخته شد. در این پژوهش از نسخه فارسی این پژوهش که توسط جاوید و همکاران (1391) ترجمه و اعتباریابی شده، استفاده خواهد شد. پایایی به روش آلفای کرونباخ و آزمون بازآزمایی، به ترتیب 0/81 و 0/77 گزارش شد. روایی نیز با روش همبستگی هر عامل با نمره کل مطلوب گزارش شد. همچنین در پژوهش جاوید و همکاران (1391) آلفای کرونباخ 0/70 گزارش شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار Spss-V24 در سطح معنادری 0.05 و با استفاده از آزمون رگرسیون گام گام انجام شد.

یافته های پژوهش

به منظور بررسی پیش‌بینی‌پذیری «سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت» از طریق «حس انسجام»، «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» و «تکانشگری»، از آزمون رگرسیون گام به گام استفاده شد؛ در روش گام به گام نیز متغیرهای مستقل یک به یک و به ترتیب اهمیت و داشتن بیشترین رابطه وارد مدل می‌شوند. یعنی ورود متغیرها یک به یک صورت می‌گیرد. در این مرحله، رگرسیون خطی گام به گام بر روی داده‌ها برازش داده می‌شود که نتایج در زیر نشان داده شده است. همان‌طور، که در جدول زیر مشخص شده است، براساس میزان همبستگی در گام اول متغیر «تکانشگری» وارد مدل می‌شود و در گام دوم متغیر «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» وارد مدل شده است.

جدول 1. آزمون رگرسیون بین متغیرهای پیش‌بین و «سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت»

| متغیر پیش‌بین | ضریب همبستگی | مجدور ضریب همبستگی | همبستگی تعدیل شده | دوربین - واتسون |
|--------------------------|--------------|--------------------|-------------------|-----------------|
| تکانشگری | 0.838 | 0.702 | 0.701 | |
| انعطاف‌پذیری روان‌شناختی | 0.844 | 0.712 | 0.710 | 2.259 |
| تکانشگری | | | | |

متغیر ملاک: سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت

بر اساس اطلاعات جدول 1:

- در گام اول که متغیر «تکانشگری» تنها متغیر مستقل مدل می‌باشد، رابطه بین متغیر پیش‌بین و «سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت» برابر با 0.838 است؛ به عبارت دیگر، این متغیر تقریباً 70 درصد از تغییرات مربوط به «سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت» را تبیین می‌کند ($R^2=0.702$).
- در گام دوم که متغیر «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» و «تکانشگری» متغیرهای مستقل وارد شده در مدل هستند، رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و «سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت» برابر با 0.844 است؛ به عبارت دیگر، این متغیرها تقریباً 71 درصد از تغییرات مربوط به «سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت» را تبیین می‌کنند ($R^2=0.712$). استقلال خطاها با استفاده از آماره دوربین - واتسون بررسی شد که این مقدار برابر با 2.259 محاسبه گردید. محاسبات مربوط به آماره‌ی F برای هر دو گام در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول 2. تحلیل واریانس

| Sig. | F | مربع میانگین | درجه آزادی | مجموع مربعات | متغیر پیش‌بین |
|-------|---------|--------------|------------|--------------|---------------|
| 0.000 | 512.377 | 35.910 | 1 | 35.910 | رگرسیون |
| | | 0.070 | 217 | 15.208 | مانده |
| | | | 218 | 51.118 | کل |
| 0.000 | 267.633 | 18.210 | 2 | 36.421 | رگرسیون |
| | | 0.068 | 216 | 14.697 | مانده |
| | | | 218 | 51.118 | کل |

متغیر ملاک: سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت

براساس خروجی جدول 2، با توجه به اینکه سطح معناداری برای هر دو مدل کمتر از 0.05 است، چنین می‌توان نتیجه گرفت که برای هر دو گام مدل از معناداری قابل قبولی برخوردار می‌باشد. برون‌داد بعدی رایانه تحلیل ضرایب رگرسیون مدل را نشان می‌دهد.

جدول 3. ضرایب متغیرهای پیش‌بین و «سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت»

| مدل | B | SE | (Beta) | t | سطح معناداری | ضریب تولرانس |
|-------------------------|--------|-------|--------|---------|--------------|--------------|
| (عرض از مبدا) | 1.160 | 0.142 | | 8.167 | 0.000 | |
| تکانشگری | -0.745 | 0.033 | -0.838 | -22.636 | 0.000 | 1.000 |
| (عرض از مبدا) | 1.131 | 0.140 | | 8.056 | 0.000 | |
| تکانشگری | -0.616 | 0.057 | -0.693 | -10.750 | 0.000 | 0.321 |
| انعطاف‌پذیری روانشناختی | 0.138 | 0.050 | 0.177 | 2.741 | 0.007 | 0.321 |

متغیر ملاک: سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت

نتایج جدول 3 حاکی از آن است که در هر گام متغیرهای پیش‌بین، پیش‌بینی کننده معنی‌دار «سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت» است. برای بررسی هم‌خطی بودن نیز از ضریب تولرانس استفاده می‌شود. مقدار آن در ستون آخر برای گام دوم نشان از هم‌خطی بودن نسبتاً پایین دارد.

بنابراین، بر اساس داده‌های موجود در جدول، می‌توان معادله رگرسیون را به شرح زیر نوشت:

گام اول: (تکانشگری) $1.16 - 0.745$ = سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت

گام دوم: (انعطاف‌پذیری) $0.616 -$ (انعطاف‌پذیری) $0.138 + 1.131$ = سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بر اساس حس انسجام، انعطاف‌پذیری روانشناختی و تکانشگری در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی انجام شد. نتایج نشان داد که حس انسجام، انعطاف‌پذیری روانشناختی و تکانشگری پیش‌بینی کننده معنی‌دار سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی هستند. در راستای نتایج بدست آمده قادری (1395)، پژوهشی تحت عنوان بررسی جامعه شناختی وضعیت سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در میان بیماران عروق قلبی انجام داد. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌دار آماری در میانگین نمرات ابعاد مختلف سبک زندگی بیماران سالم با توجه به جنسیت و قومیت آنان مشهود شد. نتایج نیز حاکی از روابط مثبت و معنی‌دار آماری بین متغیرهای مستقل تحقیق (موقعیت اقتصادی اجتماعی، شرایط زندگی و سرمایه مرتبط با سلامت) با سبک زندگی سالم و ابعاد آن بودند. همچنین نتایج نشان داد که داده‌های گردآوری شده مدل ساختاری با متغیرهای بیرونی (موقعیت اقتصادی اجتماعی، شرایط زندگی و سرمایه مرتبط با سلامت) را تا حد قابل قبولی تایید می‌کند. لیفان و همکاران (2016)، در پژوهش خود نشان دادند که بیمارانی که نگرش منفی نسبت به بیماری خود دارند و آن را غیرقابل کنترل می‌دانند، بسیار منفعلانه عمل می‌کنند و عملکردهای اجتماعی بسیار ضعیفی از خود نشان می‌دهند و سبک زندگی مرتبط با سلامت پایین

تری را دارند. آفهلز و هارلو (2017)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که عوامل قادرساز 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.

نتایج نشان داد که حس انسجام، انعطاف پذیری روانشناختی و تکانشگری پیش بینی کننده معنی دار سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی هستند. احساس انسجام باعث سلامتی می شود و مستقیماً بهزیستی روانی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی را تحت تاثیر قرار می دهد. به عبارت دیگر بیمارانی که احساس انسجام می کنند راهبردهای مقابله با استرس را به کار می گیرند. احساس انسجام می تواند سلامت و کیفیت زندگی را از طریق کاهش اضطراب و افسردگی، کاهش استرس و افزایش ظرفیت سازگاری با مسائل زندگی را بهبود بخشد (پودازسکی و همکاران، 2010). پژوهش حاضر نشان داد که متغیر احساس انسجام پیش بینی کننده سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی است. به عبارت دیگر افرادی که احساس می کنند که بر مسائل زندگی مدیریت دارند و زندگی آنها حاوی معناست متقابلاً رفتارهای بهداشتی را رعایت می کنند. این یافته هم سو با یافته های پژوهشی است که نشان می دهد کسانی که نمره بالایی در مقیاس احساس انسجام به دست می آورند زندگی طولانی تر و راهبردهای مناسب تری برای مقابله با استرس دارند (هاکالا و همکاران، 2017).

انعطاف پذیری روانشناختی نیز یکی از متغیرهایی است که میزان سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران قلبی عروقی را پیش بینی می کند. در تبیین این نتیجه می توان گفت، انعطاف پذیری روانی از عوامل تاثیر گذار در ارتقا سلامت در بیماران است (سلطانی و همکاران، 2013). این نتایج بیانگر این است که هر چه انعطاف پذیری بیمار بیشتر باشد و بتواند 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، ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواری های زندگی بالاتر است و این امر باعث افزایش سبک زندگی ارتقای دهند سلامت و کاهش پریشانی در بیماران می شود. طبق نظریه انعطاف پذیری روانشناختی، افراد دارای انعطاف پذیری بالا در پاسخ به خواسته های موقعیتی متنوع به راحتی می توانند اطلاعات را مجدداً سازماندهی کرده و به کار ببرند. آنها توانایی بالایی در سازگار کردن راهکارهای فرایند شناختی و روانشناختی هنگام رویارویی با شرایط نو و غیرمنتظره محیطی دارند (انتظاری و همکاران، 2018). چنین افرادی برای به دست آوردن این انعطاف پذیری باید به دفعات موقعیت را بررسی کنند تا بینند چگونه تغییر در اهداف می تواند موقعیت را تغییر دهد (دنیز و وندروال، 2010). پژوهشگران معتقدند که انعطاف پذیری روانشناختی باعث بهبود سلامت روانی افراد می شود. افراد دارای انعطاف پذیری در برقراری روابط شخصی و اجتماعی با دیگران، مشکلات بین فردی کمتری گزارش خواهند کرد (لی و همکاران، 2014). انعطاف پذیری روانی بر توان فرد در مقابله با استرس زهای درونی و بیرونی دخیل بوده و اثرات مثبت بر رفاه و آسایش افراد در محیط تعاملی خانواده و اجتماعی دارد (کبیری نسب و همکاران، 2018).

از سوی دیگر حضور سازه تکانشگری در مدل رگرسیون در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی در پیش بینی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در این بیماران از این دیدگاه حمایت می کند که تکانشگری به طور مستقل توان پیش بینی این سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت را دارد. تکانشگری می تواند توجیه کننده مشکلات بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی در به تاخیر انداختن نیازها و بازداری رفتارها داشته باشد. به طوری که این بیماران توانایی بازداری رفتارهای اجباری خود را ندارند. در واقع از آنجا که این افراد عواطف منفی زیادی را به خاطر بیماری خود تجربه می کنند، رفتارهای تکانشی می تواند راهی برای کاهش عواطف منفی باشد. به ویژه بیمارانی که اقدام به پرخوری می کنند، با ارتکاب این رفتارها با عواطف منفی خود مقابله می کنند. این رفتارها از طریق تقویت منفی در آینده نیز ادامه می یابند، چرا که از منبع اصلی ناراحتی منحرف کرده و تجربه مثبت اما کوتاه مدتی را برای وی رقم می زنند. این مطالعه محدودیت هایی نیز 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 خودگزارشی 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 می‌سازد. 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 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.

References

- Abbasi R, Baba Shahi H, Afkhani Ardakani M, Farahani D. (2013). "Investigating the Impact of Human Resource Flexibility on Organizational Entrepreneurship: Explaining the Intermediate Role of Adaptability Culture." *Organizational Culture Management Magazine*; 11 (1): 106- 87. [[Link](#)].
- Albackr H B, AlHabib K F, Ullah A, Alfaleh H, et all. (2013). Prevalence and prognosis of congestive heart failure in Saudi patients admitted with acute coronary syndrome (from SPACE registry). *Coronary artery disease*, 24(7): 596-601. [[Link](#)].
- Almarzooqi S, Chilcot J, McCracken L M. (2017). The role of psychological flexibility in migraine headache impact and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2): 239-243. [[Link](#)].
- Antonovsky A. (1987). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*; 36(6): 725-733. [[Link](#)].
- Arqabayi M, Mianbandi Y, Jozi P, Nafian M, et al. (2013). Effectiveness of Positive Therapy on Positive Psychological Components and Mental Illness. Fifth Psychosomatic Congress. Shahr e Kord. [[Link](#)].
- Boeckxstaens P, Vaes B, De Sutter A, Aujoulat I, et all. (2016). A high sense of coherence as protection against adverse health outcomes in patients aged 80 years and older. *The Annals of Family Medicine*, 14(4): 337-343. [[Link](#)].
- Bond F W, Bunce D. (2011). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6): 1057-1067. [[Link](#)].
- Chaddha A, Robinson E A, Kline-Rogers E, Alexandris-Souphis T, et all. (2016). Mental health and cardiovascular disease. *The American journal of medicine*, 129(11): 1145-1148. [[Link](#)].
- Chaparro J D, Denney B, El-Kareh R, Kuelbs C L, et all. (2018). Improving Obesity Documentation in Pediatric Populations. [[Link](#)].
- Chen Y C, Wu H P, Hwang S J, Li I C. (2010). 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*, 19(21): 3031-3041. [[Link](#)].
- Davis C. (2013). Compulsive overeating as an addictive behavior: overlap between food addiction and binge eating disorder. *Current Obesity Reports*, 2(2), 171-178. [[Link](#)].
- Dennis J P, Vanderwal J S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*; 34(3): 241-53. [[Link](#)].
- Elfassi Y, Braun-Lewensohn O, Krumer-Nevo M, Sagy S. (2016). Community sense of coherence among adolescents as related to their involvement in risk behaviors. *Journal of Community Psychology*, 44(1): 22-37. [[Link](#)].
- Entezari M, Shamsipour Dehkordi P, Sahaf R. (2018). Effect of Physical Activity on Cognitive Flexibility and Perfectionism in the Elderly. *Iranian Journal of Ageing*, 12(4): 402-413. [[Link](#)].
- Ferguson S, Browne J, Taylor J, Davis D. (2016). Sense of coherence and women' s birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery*; 34: 158-165. [[Link](#)].
- Goldberg A. (2015). 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*; 30(6): 862-867. [[Link](#)].

- Gouveia M, Xia K, Colon W, Vieira S I, Ribeiro F. (2017). Protein aggregation, cardiovascular diseases, and exercise training: Where do we stand?. *Ageing research reviews*; 40: 1-10. [[Link](#)].
- Güder G, Rutten F H. (2014). Comorbidity of heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: more than coincidence. *Current heart failure reports*; 11(3): 337-346. [[Link](#)].
- Haukkala A, Konttinen H, Lehto E, Uutela A, et al. (2017). Sense of coherence, depressive symptoms, cardiovascular diseases, and all-cause mortality. *Psychosomatic medicine*; 75(4): 429-435. [[Link](#)].
- Hellstrand M, Simonsson B, Engström S, Nilsson K W, et al. (2017). 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*; 17(1): 669. [[Link](#)].
- Hosseini H, Safavid M, Fesharaki M. (2018). Investigating the link between high blood pressure and restless legs syndrome in cardiovascular patients. *Journal of Rehabilitation in Nursing Research*; 10(15): 53-47. [[Link](#)].
- Javid M, Mohammadi N, Rahimi Ch. (2012). Psychometric features of the Persian version of the 11th edition of Bart's Impulsiveness Scale. *Journal of Psychological Methods and Models*; 2 (8): 34-23. [[Link](#)].
- Johnco C, Wuthrich V M, Rapee R M. (2014). Reliability and validity of two self-report measures of cognitive flexibility. *Psychological assessment*; 26(4): 1381. [[Link](#)].
- Kabirinasab Y, Abdollahzadeh H. (2018). Effects of Training Mindfulness-Based Acceptance and Commitment on Cognitive Flexibility and Resilience of the Elderly in Behshahr City. *Advances in Cognitive Science*; 19(4): 20-7. [[Link](#)].
- Kapeliou C J, Kyriazis I, Ioannidis I, Dimosthenopoulos C, Hatziagelaki E, Liatis S. (2017). Diet, life-style and cardiovascular morbidity in the rural, free living population of Elafonisos island. *BMC public health*; 17(1): 147. [[Link](#)].
- Kim E J, Hwang S. (2015). Effects of aerobic exercise on antioxidants in rat models with cardiomyopathy. *Physical Therapy Rehabilitation Science*; 4(1): 17-21. [[Link](#)].
- Kordistani D, Ghamari A. (2017). Comparison of resilience, lifestyle and quality of life among cardiovascular patients and healthy individuals. *Found Quarterly*, 15(75): 80-71. [[Link](#)].
- Lee J K, Orsillo S M. (2014). Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 45(1): 208-16. [[Link](#)].
- Lifan J, Sehhati F, Mirghafourvand M, Nahangi R. (2016). Relationship between health promoting lifestyle and perceived stress in pregnant women with preeclampsia. *Journal of caring sciences*; 4(2): 155. [[Link](#)].
- MacKillop J, Amlung M T, Few L R. et al. (2011). Delayed reward discounting and addictive behavior: a meta-analysis. *Psychopharmacology*; 216: 305-321. [[Link](#)].
- Masuda A, Tully E C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*; 17(1): 66-71. [[Link](#)].
- Mohammadi Zaidi E, Pakpour Haji Agha A, Mohammadi Zaidi B. (2011). Validity and reliability of the Persian version of the Health Promotion Lifestyle Questionnaire. *Mazandaran University of Medical Sciences*, 21(1): 113-102. [[Link](#)].

- Ngai F W, Ngu S F. (2013). Family sense of coherence and quality of life. *Quality of Life Research*; 22(8): 2031-2039. [[Link](#)].
- 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*; 7(3): 154-160. [[Link](#)].
- Patton J H, Stanford M S, Barratt E S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. [[Link](#)].
- Podazsky A, Tavassoli E, Shariferad G R, Shojaezadeh D. (2010). The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health, Isfahan University of Medical Sciences. [[Link](#)].
- Qaderi Najafabadi M, Soleimani Najafabadi R, Moradi Soroush M, and Moradi Soroush M. (2016). Effectiveness of teaching mindfulness techniques on life orientation, life satisfaction and acceptance and action in addicted women under empowerment. *Behavioral Science Research*; 14(1): 41-49. [[Link](#)].
- Sanchez-Aguadero N, Alonso-Dominguez R, Garcia-Ortiz L, Agudo-Conde C, et al. (2016). Diet and physical activity in people with intermediate cardiovascular risk and their relationship with the health-related quality of life: results from the MARK study. *Health and quality of life outcomes*; 14(1): 169. [[Link](#)].
- Sarafzadegan S C, Stanton A L, Shortidge B E. (2011), A multidimensional structure for repetitive thought: what's on your mind, and how, and how much? *Journal of Personality and Social Psychology*; 85: 909-92. [[Link](#)].
- Soltani E, Shareh H, Bahrainian S, Farmani A. (2013). The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pejouhandeh*; 18(2): 88-96. [[Link](#)].
- Stefan N, Häring H U, Schulze M B. (2018). Metabolically healthy obesity: the low-hanging fruit in obesity treatment? *The lancet Diabetes & endocrinology*; 6(3): 249-258. [[Link](#)].
- Stice E, Burger K. (2018). Neural vulnerability factors for obesity. *Clinical psychology review*. [[Link](#)].
- Thamotharan S, Lange K, Zale E L, Huffhines L, et al. (2013). The role of impulsivity in pediatric obesity and weight status: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*; 33(2): 253-262. [[Link](#)].
- Ufholz K E, Harlow L L. (2017). Modeling multiple health behaviors and general health. *Preventive medicine*; 105: 127-134. [[Link](#)].
- Van Puijvelde, G. H., Kuiper, J. (2017). NKT cells in cardiovascular diseases. *European journal of pharmacology*; 816: 47-57. [[Link](#)].
- Vaziri Ismailzadeh P. (2018). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on impulsivity, self-efficacy and weight loss in overweight women. Master Thesis, Al-Zahra University. [[Link](#)].
- Walker S N, Sechrit K R, Pender N J. (1987). The health promoting lifestyle profile; development and psychometric characteristics. *Nurs Res*; 36: 76-81. [[Link](#)].