ارتباط بین سبک زندگی مروج سلامت با تنش روان‌شناختی بزرگسالان: کاربردی از الگوی فرا نظریه‌ای

طوبی رشادتیان[1]، ماریا چراغی[1]، محمد حسین حقیقی زاده[1]، هاشم محمدیان[1*]

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران

نشریه پایش
سال هفدهم، شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۳۹۶ صص ۵۱-۴۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۶ بهمن ۹۶]

چکیده

مقدمه: ارتقای سلامت روان به‌عنوان یک اولویت در سطح جهانی مطرح‌شده است. لذا، هدف این پژوهش بررسی ارتباط سبک زندگی مروج سلامت با تنش روان‌شناختی بزرگسالان مبتنی بر سازه مراحل تغییر از الگوی فرانظریه ای بود.

مواد و روش کار: این مطالعه توصیفی- تحلیلی بر روی ۲۶۱ مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر اهواز انجام شد. حجم نمونه مبتنی بر نتایج مطالعه پایلوت ۲۸۰ نفر برآورد شد. برای نمونه گیری از روش طبقه بندی تصادفی شده استفاده شد. داده ها توسط پرسشنامه سبک زندگی با پنج خرده مقیاس (وضعیت تن سنجی، گروه های غذایی، عادات غذایی، فعالیت بدنی و مواد مخدر)، پرسشنامه تنش روان‌شناختی بزرگسالان (مقیاس کسلر) و پرسشنامه تغییر جمع آوری شد. داده‌های استخراج‌شده از پرسشنامه ها توسط آزمون‌های تی تست مستقل و آنالیز واریانس تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمره تنش روان‌شناختی در زنان نسبت به مردان در، شاغلان نسبت به بیکاران، در افرادی که پیاده‌روی داشتند نسبت به کسانیکه نداشتند، در مصرف‌کنندگان نمک نسبت به کسانیکه مصرف نمک نداشتند، در افرادی که لبنیات مصرف می‌کردند نسبت به کسانیکه مصرف لبنیات نداشتند، در افرادی که روزانه میوه مصرف می کردند نسبت به کسانیکه روزانه مصرف میوه نداشتند و نهایتاً، در افرادی که در بین مراحل مختلف تغییر اصلاح سبک زندگی قرار داشتند به لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار دارند ($P\leq ۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری: لازم است متولیان امر سلامت، راهبردهای مناسب مقابله با تنش های روانی را در زنان، بیکاران و کسانیکه در انجام رفتارهای مروج سلامت کوتاهی می کنند بکار بگیرند تا تنش های روانی کاهش یابد. می توان با طراحی سازوکارهای تغییر رفتار متناسب با مرحله‌ای که افراد در آن واقع‌اند برای برون‌رفت از آن مرحله راهکارهای مناسبی برای اصلاح هر چه‌بهتر سبک زندگی مرتبط با تنش روان‌شناختی بزرگسالان ارائه کرد. در این راستا حمایت پژوهش‌های مختلف از اثرگذاری راهکارهای مبتنی برسازه ی مراحل تغییر بیش از پیش احساس می شود.

واژگان کلیدی: سبک زندگی مروج سلامت، تنش روان‌شناختی، بزرگسالان، مراحل تغییر

کد اخلاق: IR.AJUMS.REC.1396.222

* نویسنده پاسخگو: اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، دانشکده بهداشت، گروه آموزش و ارتقای سلامت
E-mail: hmohamadian@razi.tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.17.1.4.4]

مقدمه

حفظ و ارتقای سلامت روان به‌عنوان یک اولویت در سطح جهانی مطرح‌شده است[۱]. طبق برآورد سازمان سلامت جهان، ۲۵٪از افراد در طول عمر خود به یکی از انواع اختلالات روانی مبتلا می‌شوند[۲]. اختلالات روانی موجب کاهش عملکرد اجتماعی افراد و تحمیل هزینه‌های زیاد بر دولت‌ها و دستگاه‌های مراقبتی- درمانی خواهد شد[۳]. اختلالات روان از ترکیب عوامل فیزیولوژیکی، اجتماعی و روان‌شناختی استرس‌آور پدید می‌آیند[۴]. بررسی روند ابتلا به اختلالات روان نشان می‌دهد که طی دهه‌های گذشته، شیوع اختلالات روان در دنیا و البته کشور ما، سیر صعودی داشته و سازمان سلامت جهان هم پیش‌بینی کرده که تا سال ۲۰۲۰، افسردگی برحسب سال‌های زندگی تعدیل‌شده با ناتوانی (Disability Adjusted Life Years-DALY) مهم‌ترین بیماری ناتوان‌کننده در دنیا خواهد شد[۵]. اضطراب و افسردگی، دو اختلال روانی رایج در جهان هستند[۶]. این اختلالات می‌توانند به‌شدت وضعیت سلامت، کیفیت زندگی و توانایی کار کردن افراد را تحت تأثیر قرار دهند. میزان شیوع اختلالات روان در برآوردهای جنسیتی و سنی (در کشورهایی مانند هلند،دانمارک و کانادا) در زنان حدود ۶/۴ تا ۲۶/۳ ٪، در مردان حدود ۲/۵ تا ۱۱/۲ ٪، در افراد زیر ۴۰ سال حدود ۵/۱ تا ۲۱ ٪، در افراد ۵۰ تا ۶۹ سال ۱۱ تا ۲۰ ٪و در افراد بالای ۷۰ سال ۱/۵ تا ۱۳ ٪گزارش‌شده است[۷]. در مرور نظامند که بر روی تنش های روانشناختی در ایران، اظهار شد که میزان شیوع این تنش ها در گروه های مختلف نشان دهنده تنوع و ناهمگونی است؛ ۵۸/۸-۱/۹٪ متغیر بودند. در بیشتر مطالعات، شیوع تنش های روانشناختی در مطالعات غربالگری ۲۸/۷٪ و در مصاحبه های تشخیصی ۱۸/۶٪ برآورد شده است. همچنین، شیوع تنش های روانشناختی در خوزستان ۲۸/۷٪ گزارش شده است . این میزان در زنان ۳۳٪ و در مردان ۲۲٪ برآورد شده است[۸].

تنش روان‌شناختی اصطلاحی کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند و واکنشی ناسازگار به یک موقعیت استرس‌زا است که عملکرد فرد و تعاملات اجتماعی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد[۹]. تنش روان‌شناختی را می‌توان به‌عنوان یک وضعیت روانی نامطلوب، همچون افسردگی و اضطراب تعریف نمود که با خلق‌وخوی منفی، بی‌قراری، غم و اندوه ،ناامیدی، عصبانیت و بی‌ارزشی همراه است[۱۰]. تنش روان‌شناختی نه‌تنها تهدیدکننده‌ی احساس آرامش و رفاه فردی است، بلکه ممکن است رفتارهای بهداشتی منفی را تقویت یا منجر به پاسخ منفی فیزیولوژیکی به شرایط استرس‌زا در طی زمان شود. افراد برای تغییر رفتار باید به سطح آستانه مناسبی از استرس برسند. اما دریافت سطح بالایی از تنش روان‌شناختی با اختلالات روان‌پزشکی از قبیل افسردگی و اضطراب همراه خواهد شد. افراد افسرده احتمال کمی دارد که از یک برنامه‌ی سبک زندگی سالم و منظم پیروی نمایند. بنابراین مهم است که افراد برای مصون ماندن از اختلالات روان‌شناختی به حفظ و گسترش شبکه‌های اجتماعی، درمان افسردگی، انجام فعالیت جسمانی، گذراندن وقت خود در خارج از منزل و درنهایت اصلاح سبک زندگی خود متمرکز شوند. سبک زندگی مروج سلامت بر سلامت روان افراد جامعه تاثیر بسزایی دارد[۱۱]. سبک زندگی، روشی است که فرد در طول زندگی انتخاب می‌کند. سازمان سلامت جهان سبک زندگی را به‌صورت الگوهای رفتاری که تحت تأثیر متقابل خصوصیات فردی، تعاملات اجتماعی و شرایط اقتصادی، اجتماعی و محیط زندگی قرار دارد، تعریف می‌کند. رفتارهای مروج سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت است که به عنوان عامل زمینه ای در عدم ابتلا به بسیاری از بیماری ها و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری ها شناخته شده است. در واقع، سبک زندگی مروج سلامت، روشی از زندگی است که سبب تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت و رفاه فرد می‌گردد[۱۲]. فرآیند حفظ و ارتقای رفتارهای سبک زندگی سالم پیچیده است. امروزه متخصصان عرصه خدمات بهداشتی – درمانی بر پیشگیری و ارتقای سلامت از طریق بهبود سبک زندگی و حذف عواملی که به نوعی تأثیر منفی بر سطح سلامت انسان دارند متمرکز شده اند. این درحالی است که پیش از این بر معالجه بیماری تمرکز داشتند[۱۳]. بسیاری از مشکلات بهداشتی از قبیل اختلالات روانشناختی که در اکثر کشورها به چشم می خورد، با تغییرات سبک زندگی افراد آن جامعه در ارتباط است[۱۴]. بکارگیری چهارچوب‌های نظری تغییر رفتار در ارتقای سلامت افراد مؤثر است[۱۵]. یکی از الگوهای نظری تغییر رفتار که در تغییر سبک زندگی افراد به‌عنوان شیوه‌ای موفق مطرح‌شده، الگو فرا نظریه‌ای است[۱۶]. پروچاسکا و همکاران ، در الگوی بین نظریه ای، برای پیشرفت در تغییر رفتار پنج مرحله را در نظر گرفته اند که شامل: پیش تفکر، تفکر، آمادگی، اقدام و حفظ یا تثبیت رفتار است[۱۶]. نقش اصلی الگو فرانظریه ای این است که تعیین کننده های روانی- اجتماعی را با آمادگی فرد برای تغییر رفتار همراه می کند. مطالعات نشان داده‌اند که در اکثر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.17.1.4.4]

چهارچوب‌های تغییر رفتار به سازه‌های روان‌شناختی همچون قصد و خودکارآمدی توجه ویژه‌ای شده است، اما نقش تنش روان‌شناختی یا احساسی را نادیده گرفته اند[۱۷]. ازآنجایی‌که طبق بررسی‌های انجام‌شده، پژوهش درزمینه بررسی تعیین‌کننده‌های سبک زندگی مروج سلامت مرتبط با تنش روان‌شناختی کمتر موردتوجه قرارگرفته است. در ضمن مطالعاتی هم که عوامل مرتبط با سبک زندگی قابل اصلاح را مورد بررسی قرار داده‌اند فقط بر روی یک عامل متمرکزشده‌اند. این درحالی‌که می‌باید مجموعه‌ای از عوامل مرتبط با سبک زندگی قابل اصلاح را موردسنجش قرار داد. در این مطالعه بر آن شدیم که به ارزیابی ارتباط رفتارهای مرتبط با سبک زندگی مروج سلامت با تنش روان‌شناختی مبتنی بر الگوی فرانظریه ای در بزرگسالان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز طی سال ۱۳۹۶ بپردازیم تا در صورت تائید این تأثیر بتوانیم از آن برای پی‌ریزی مداخلات آتی برای بهبود وضعیت تنش روان‌شناختی آنان گام‌های مؤثرتری برداریم.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی بزرگسالان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز اجرا شد. جامعه آماری شامل تمامی بالغان ۳۰ تا ۵۹ ساله ی تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی غرب شهر اهواز بودند که به کمک فرمول برحسب سطح اطمینان ۹۵ ٪ و توان آزمون ۸/ ، مبتنی بر نتایج مطالعه پایلوت بر روی ۳۰ نفر، حجم نمونه برابر ۲۸۰ نفر برآورد شد،که با احتساب ریزش حجم نمونه نهایی به ۳۰۰ نفر افزایش یافت. برای نمونه گیری از روش تصادفی طبقه بندی شده استفاده شد. به این صورت که جامعه مورد مطالعه بر اساس مرکز بهداشتی محل تحت پوشش خود که شامل ۲۳ مرکز بهداشتی شهری غرب اهواز بودند از دو مرکز به صورت متناسب با حجم تعداد مورد نیاز نمونه گیری شدند. به این ترتیب که آمارتمامی بالغین ۳۰-۵۹ ساله ی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی – درمانی غرب شهر اهواز از واحد آمار مراکز استخراج و پس از هماهنگی با مسوولان مربوطه برای تعیین حجم نمونه بطور تصادفی، نمونه مورد نظر از هر یک از ۲۳ مرکز بهداشتی شهری جمع آوری گردید. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه به‌صورت تصادفی در ساعات و روزهای مختلفی موردسنجش قرار گرفتند. قبل از اجرای پژوهش از کلیه نمونه‌ها رضایت‌نامه آگاهانه کتبی با درج روش اجرای پژوهش، فواید و مضرات شرکت در مطالعه، انتظارات مجری از نمونه‌ها و داوطلبانه بودن شرکت نمونه‌ها در مطالعه اخذ گردید. پرسشنامه ها به روش مصاحبه و توسط یک کارشناس خبره و مجرب تکمیل شد. این امر با نظارت کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز تحت شماره ی انجام‌یافته است. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن بین ۵۹-۳۰ سال در معرض دیسترس روانشناختی خفیف بوده و نداشتن مخالفت برای شرکت در مطالعه. معیار خروج از مطالعه عبارت بودند از : تشدید مشکلات روانی پس از مشارکت در مطالعه. و عدم تمایل به شرکت در مطالعه.

پرسشنامه‌های به‌کاررفته در این مطالعه شامل:

الف) اطلاعات دموگرافیکی بزرگسالان: شامل سن، جنسیت، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، نوع بیمه، مصرف مکمل‌های دارویی، نمایه توده بدن، اندازه‌ی دور کمر و فشارخون بود.

ب) اطلاعات مربوط به ابعاد سبک زندگی : شامل ۱۸ گویه در ۵ خرده مقیاس شامل ، وضعیت تن‌سنجی (۴ گویه: وزن، قد، نمایه توده بدنی و اندازه دور کمر)، گروه‌های مواد غذایی (۳ گویه: مصرف روزانه لبنیات، مصرف میوه و مصرف سبزی)، عادات غذایی (۴ گویه: مصرف غذاهای آماده، مصرف نوشیدنی‌های گازدار، مصرف روغن های اشباع، استفاده از نمک در سر سفره غذا)، فعالیت جسمانی (۴ گویه: انجام پیاده‌روی، انجام فعالیت ورزشی حین کار ، انجام ورزش حین تفریح و سایر فعالیت‌های جسمانی) و سوءاستفاده از مواد و داروها (۶ گویه: مصرف انواع تنباکو، مصرف داروهای غیرپزشکی ، مصرف الکل، مصرف مواد افیونی غیرقانونی، مصرف انواع حشیش، مصرف محرک‌های آمفتامینی) را موردسنجش قرار می داد. شایان ذکر است امتیازهای هر خرده مقیاس در دو حالت انجام رفتار (بلی) یا عدم انجام رفتار (خیر) موردسنجش قرار گرفتند. ج) اطلاعات مربوط به تنش روان‌شناختی: یکی از ابزارهای غربالگری مناسب برای سنجش سلامت روان افراد که اخیراً مورداستفاده قرارگرفته است، مقیاس کسلر است[۱۸]. این ابزار وضعیت روان‌شناختی فرد را به لحاظ اضطراب، ناآرامی، غم، اندوه، ناامیدی و بی‌ارزشی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ابزار درمجموع سطح اضطراب و علائم افسردگی فرد را که طی یک ماه اخیر تجربه کرده، مشخص می‌نماید. سودمندی استفاده از این ابزار در جوامع مختلف و تائید و حاکی از معتبر بودن این پرسشنامه به لحاظ اعتبار و پایایی جهت شناسایی اختلالات روان در بزرگسالان است[۱۹]. سؤالات این ابزار از " هیچ‌وقت " تا " همیشه " به‌صورت طیف لیکرت ۰ تا ۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.17.1.4.4]

نمره‌گذاری شده است. در مطالعه حاضر از فرم کوتاه شده‌ی کسلر ۱۰ گویه ای (Kessler 10- item Scale-Short Form) جهت سنجش تنش روان‌شناختی استفاده شد[۲۰]. شایان ذکر است در ابزار کسلر ، افزایش نمره به معنای این است که فرد از دیسترس روانشناختی بیشتری رنج می برد. در آخر، د) اطلاعات مربوط به مدل فرا نظریه ای (شامل سازه مراحل تغییر). ابتدا افراد در مراحل مختلف این الگو اعم از پیش تفکر ، تفکر، آمادگی، اقدام و تثبیت اصلاح سبک زندگی مروج سلامت مشخص شدند. لازم بذکر است گروه هدف مطالعه را افرادی تشکیل داده اند که در مراحل قبل از اقدام به اصلاح سبک زندگی مروج سلامت قرار داشتند. با این مقیاس، قصد و تصمیم فرد به اصلاح سبک زندگی مروج سلامت با انتخاب یک مرحله از ۵ مرحله تغییر مشخص می شود. سؤال اصلی این بخش با این جمله " آیا شما نیازی به تغییر سبک زندگی مروج سلامت خود دارید؟" و با انتخاب یکی از پاسخ های زیر مرحله انجام سبک زندگی مروج سلامت تعیین شد. ۱) خیر و در ۶ ماه آینده نیز قصد ندارم سبک زندگی مروج سلامت خود را تغییر دهم. ۲) خیر، اما در ۶ ماه آینده قصد دارم سبک زندگی مروج سلامت خود را تغییر دهم. ۳) خیر، اما در ۳۰ روز آینده قصد دارم سبک زندگی مروج سلامت خود را تغییر دهم. ۴) بله، کمتر از ۶ ماه است که سبک زندگی مروج سلامت خود را تغییر داد ه ام. ۵) بله، بیشتر از ۶ ماه است که سبک زندگی مروج سلامت خود را تغییر داده ام.

برای تعیین روایی پرسشنامه، این مجموعه گویه ها به ۹ تفر از متخصصان سلامت روان، آموزش بهداشت و پرستاران ارائه شد. همچنین، در این تحقیق برای تائید پایایی ابزار از آلفای کرونباخ و آزمون – باز آزمون با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. قبل از شروع جمع‌آوری داده‌ها ، روایی صوری و روایی محتوای سوالات توسط کارشناسان تایید شد. پس از استخراج اطلاعات از پرسشنامه‌ها،داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS (ویرایش۲۲) و با استفاده از آزمونهای آماری تی تست مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه در سطح معنی‌داری P<0/05 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج بررسی روایی پرسشنامه با استفاده از CVI(شاخص روایی محتوایی) و CVR (نسبت روایی محتوایی) حاکی از آن بود که تمامی گویه ها تایید شده و مناسب تشخیص داده شدند. همچنین ، نتایج پایایی آزمون با استفاده از روش آزمون – بازآزمون (به فاصله ۲ هفته با شرکت،۳۰ بزرگسال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی غرب اهواز نشان دادکه همبستگی نمرات وضعیت تن سنجی معادل ۰/۸۹۶ (۰/۰۰۱)، نمرات سبک زندگی معادل ۰/۷۷۵(۰/۰۰۳)، نمرات گروه های مواد غذایی معادل ۰/۷۰(۰/۰۰۲)، نمرات عادات غذایی معادل ۰/۷۸۶(۰/۰۰۱)، نمرات فعالیت جسمانی معادل ۷۱۰/ ، نمرات سوء استفاده از مواد و داروها معادل ۶۶۲/ و نمرات سازه مراحل تغییر معادل ۰/۷۵ به دست آمد (P<۰/۰۵). در نهایت، مقدار ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تنش روانشناختی معادل ۰/۸۲۳ به ست آمد. این نتایج بیانگر این بودند که تمامی گویه ها از همبستگی درونی قابل قبولی برخوردار بودند.

میانگین (انحراف معیار) سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر(۸/۷۴) ۴۰/۲۷ سال بود. از لحاظ وضعیت غذایی۱۲۹ نفر (۴۹/۵٪) غذای آماده، ۱۴۴ نفر (۴۴٪) نوشیدنی‌های گازدار و ۲۱۷ نفر (۸۳٪) روغن‌های غیراشباع مصرف کرده بودند. ازنظر مصرف مواد دخانی، ۸ نفر (۳٪) مواد افیونی غیرقانونی ،۲۱ نفر (۰/۸٪) محرک‌های آمفتامین و ۱۰نفر (۰/۴٪) دارو و مسکن‌های آرام‌بخش غیرقانونی را در طول عمر خود مصرف کرده‌اند. به لحاظ تنش روان‌شناختی در یک ماه گذشته، تنها۲۲ نفر(۸/۵٪) حس بی‌ارزشی و ۵۱ نفر (۱۹/۵٪) ناامیدی را تجربه کرده بودند؛ اما ۱۹۳ نفر(۷۴٪)عصبی و مضطرب، ۱۱۹ نفر (۴۵/۵٪) ناآرام و بی‌قرار، ۱۲۳ نفر (۴۷٪) غم و اندوه و ۱۰۷ نفر (۴۱٪) خستگی ناشی از فعالیت‌های روزانه را تجربه کرده‌اند (جدول شماره ۱).

اهم نتایج آزمون تی مستقل حاکی از این بود که میانگین نمره تنش روان‌شناختی در زنان و مردان (P=۰/۰۰۲.)، در شاغلان و غیر شاغلان در افرادی که روزانه حداقل ۰/۵ ساعت پیاده‌روی مستمر و منظم داشتند نسبت به کسانی که این فعالیت را نداشتند (P=۰/۰۰۲)، در افرادی که سر سفره نمک مصرف می‌کردند نسبت به کسانی که از آن استفاده نمی‌کردند (P=۰/۰۰۴)، تفاوت معنی‌دار داشت (جدول شماره ۱). یعنی میزان تنش روانشناختی در افرادی که سر سفره نمک می خوردند بیشتر از آنانی بود که از آن استفاده نمی‌کردند (P=۰/۰۰۸). میانگین نمره تنش روان‌شناختی در افرادی که روزانه میوه مصرف داشتند. نسبت به افرادی که روزانه آن را مصرف نمی‌کردند(P=۰/۰۲۳) ازنظر آماری تفاوت معنی‌داری داشت، نتایج حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین میانگین نمره تنش روان‌شناختی و نمایه توده بدنی تفاوت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.17.1.4.4]

معنی‌دار آماری وجود نـدارد؛ امـا رابطـه معکـوس و معنـی‌دار بـین میانگین نمره تنش روان‌شناختی با قد افراد شرکت‌کننده در مطالعه وجود داشت، یعنی میزان تنش روانشناختی در افراد کوتاه‌قد نسبت به افراد قدبلند بیشـتری بـود (P≤۰/ ۰۰۱). در آخـر اینکـه، نتـایج نشان داد ۷۳ نفـر (۲۸٪) از افـراد در مرحلـه پـیش تفکـر، ۹۱ نفـر (۳۵٪) در مرحله تفکر، ۸۳ نفر (۳۲٪) در مرحله آمادگی و تنهـا ۱۴ نفر (۵٪) در مرحله اقدام برای اصلاح سبک زندگی قرار داشتند و به علت کم بودن تعداد افراد در مرحله نگهداری این مرحله از مطالعـه حذف گردید. بیشترین افـراد در مرحلـه تفکـر و کمتـرین افـراد در مرحله اقدام بودند (بیش از نیمی از آنان ۱۶۴ نفر (۶۳٪) در مراحـل پیش تفکر و تفکر قـرار داشـتند). همچنـین، میـانگین نمـره تـنش روان‌شناختی در افرادی که بین مراحل مختلف تغییر اصلاح سـبک زندگی قرار داشتند) به لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار داشـت، یعنـی میزان تنش روانشناختی در افرادیکه در مراحل اولیه قرار گرفته انـد نسبت به کسانیکه در مراحل بالاتری قرار داشتند بیشتر گزارش شد (P≤۰/ ۰۰۱)(جدول ۲).

جدول ۱: مقایسه نمره تنش روان‌شناختی افراد برحسب متغیرهای مورد بررسی

		(درصد) تعداد	نمره تنش روان‌شناختی (انحراف معیار) میانگین	سطح معنی داری
جنسیت	مرد	(٪۳۳)۸۷	(۴/۱۲) ۵/۳۶	۰/۰۰۲
	زن	(٪۶۷)۱۷۴	(۵/۴) ۸/۱۵	
شغل	شاغل	(٪۴۸)۱۲۵	(۴/۴) ۵/۸۳	۰/۰۰۴
	غیر شاغل	(٪۵۲)۱۳۶	(۵/۴) ۸/۶۷	
مکمل ویتامینD	خورده بودند	(٪۶۷)۱۷۴	(۴/۳۲) ۶/۱۰	۰/۰۰۱
	نخورده بودند	(٪۳۳)۸۷	(۵/۷۹) ۹/۷۲	
پیاده‌روی	داشته اند	(٪۳۸)۱۰۰	(۴/۱۷) ۵/۹۱	۰/۰۰۴
	نداشته اند	(٪۶۲)۱۶۱	(۵/۳۹) ۸/۰۶	
تفریحات ورزشی	داشته اند	(٪۹)۲۴	(۳/۵۹) ۴/۸۷	۰/۰۱۵
	نداشته اند	(٪۹۱)۲۳۷	(۵/۲۱) ۷/۵۶	
نمک در سفره	مصرف کرده بودند	(٪۴۹)۱۲۹	(۴/۹۱) ۶/۲۷	۰/۰۰۸
	مصرف نکرده بودند	(٪۵۱)۱۳۲	(۵/۹۴) ۹	
لبنیات	مصرف کرده بودند	(٪۲۹)۱۷۶	(۵/۱۳) ۶/۶۸	۰/۰۲۹
	مصرف نکرده بودند	(٪۷۱)۸۵	(۵/۴۳) ۹/۲۷	
میوه	مصرف کرده بودند	(٪۹۱)۲۴۰	(۵/۰۴) ۷/۱	۰/۰۲۳
	مصرف نکرده بودند	(٪۹)۲۱	(۵/۷۴) ۹/۷۶	

جدول ۲: مقایسه نمره تنش روان شناختی افراد برحسب قرارگیری در مراحل مختلف تغییر رفتار

	(درصد) تعداد	نمره تنش روان‌شناختی میانگین(انحراف معیار)	تفاوت نمره با دیگر مراحل تغییر میانگین(انحراف معیار)	سطح معنی داری
پیش تفکر [a]	۷۳	(۵/۰۶)۱۱/۳۳	۳/۱۹ [a,b] (۰/۶۲)	<۰/۰۰۱
	(٪۲۸)		۷/۳۱ [a,c] (۰/۶۰)	<۰/۰۰۱
			۱۱/۱۲ [a,d] (۱/۱۵)	<۰/۰۰۱
تفکر [b]	۹۲ (٪۳۵)	(۴/۱۸) ۸/۱۴	۴/۱۲ [b,c](۰/۶۰)	<۰/۰۰۱
			۷/۹۳ [b,d] (۱/۱۳)	<۰/۰۰۱
آمادگی[c]	۸۲ (٪۳۲)	(۲/۷۲) ۴/۰۲	۳/۸۱ [c,d] (۱/۱۴)	<۰/۰۰۱
اقدام و بالاتر [d]	۱۴ (٪۵)	(۰/۸۰) ۰/۲۱		

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.17.1.4.4]

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس اطلاعات موجود، این مطالعه اولین مطالعه الگو محور انجام‌شده در ارتباط با سبک زندگی مروج سلامت و تنش روان‌شناختی با محوریت سازه ی مراحل تغییر الگوی فرا نظریه‌ای است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد به‌طورکلی۳۵ نفر(۱۳/۵٪) از بزرگسالان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی اهواز از تنش روان‌شناختی رنج می‌برند. زنان ۲ برابر بیش از مردان، از تنش روان‌شناختی رنج می‌بردند. در سایر مطالعات نیز فراوانی اختلالات روان شناختی در زنان بیش از مردان گزارش‌شده است[۲۲, ۲۱]. احتمالا این امر می‌تواند ناشی از عوامل گوناگون زیست شناختی، اجتماعی و یا ترکیبی از آن‌ها باشد. از منظر زیست شناختی، تغییرات هورمون ها نظیر ترشح استروژن و پروژسترون یا هورمون های اکسی توسین و پرولاکتین بر وضعیت روان شناختی زنان اثر گذار است. به طوری که استروژن با اثر بر سروتونین و گیرنده های آن و تغییر ترشح اندورفین می تواند بر وضعیت روان شناختی زنان اثر گذار باشد. همچنین ، اکسی توسین و پرولاکتین نیز روی خلق آنان تاثیر گذاشته و کاهش پروژسترون تنش روان‌شناختی را در آنان ایجاد خواهد کرد[۲۳]. از منظر اجتماعی ، می توان به موقعیت اجتماعی، جایگاه شغلی و تبعیض هایی که نسبت به آنان در جامعه تحمیل می شود، اشاره کرد. به عبارتی با گسترش شیوه زندگی صنعتی، خانم ها علاوه بر نقش باروری، چند مسئولیت دیگر همچون حضور در محیط کار بیرون از منزل و نیز مدیریت امور منزل را به عهده گرفته اند و به مراتب نسبت به مردان حجم کار بیشتری را باید انجام دهند. از طرفی تجربه‌های روزمره می‌توانند همچون شوک‌ها و فشارهای عصبی، مولد استرس بوده که تأثیر خود را بر سیستم عصبی آنان و هورمون‌های بدنشان بگذارند[۲۴]. گاهی نیز اختلال در روابط بین فردی، فشار افکار منفی و بروز درماندگی از دلایل ایجاد افسردگی و اضطراب در آنان محسوب می شوند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد شاغلان تنش روان‌شناختی کمتری نسبت به بیکاران داشتند. در مطالعه ی Pharr و همکاران نیز بیان شده است که افرادیکه که بیکارند از شانس ۲/۱ برابری جهت ابتلاء به افسردگی و اضطراب در مقایسه با شاغلان برخوردارند[۲۵]. شغل می‌تواند با توسعه‌ی فرصت‌های یادگیری، تقویت انگیزه‌ها و ایجاد حالات حسی مثبت رفاه بیشتری را برای افراد فراهم آورد، اما از طرفی دیگر نیز موجب افزایش شیوع فرسودگی شغلی در اثر شکایات مربوط به استرس و خستگی به دلیل بارکاری بالا و روزهای کاری ازدست‌رفته خواهد شد. در مطالعه حاضر افرادی که به‌طور منظم ویتامین دی مصرف می‌کردند نمره تنش روان‌شناختی کمتری داشتند. Liewellyn در پژوهش خود که روی ۳۳۲۵ سالمند بیشتر از ۶۵ سال انجام داد، به بررسی سطح سرمی ویتامینD و ارتباط آن با اختلالات شناختی پرداخت[۲۶]. این بررسی نشان داد بین کاهش سطح ویتامینD و اختلالات شناختی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. در مطالعه جمیلیان و همکاران نیز اختلالات روانی(افسردگی) با کاهش سطح سرمی ویتامین دی همراه بود[۲۷]. اما در مطالعه Wangو همکاران ، مصرف ویتامین D نقشی بر کاهش اختلالات روان‌شناختی افراد نداشت[۲۸]. احتمال دارد میانگین سطح سرمی ویتامین D دارای تغییرات ماهیانه مشخصی بوده، و شدت و دامنه‌ی تغییرات آن قابل انتساب به الگوی زندگی و پوشش یکنواختی باشد که در تمام سال استفاده می‌شود. از سوی دیگر استفاده از کرم‌های ضد آفتاب و مواد آرایشی نیز می‌تواند عاملی در راستای کاهش تولید ویتامین D باشد. نتایج این پژوهش نشان داد کسانی که به‌طور منظم و مستمر فعالیت ورزشی داشتند از تنش روان‌شناختی کمتری برخوردار بودند. شواهد نیز نشان می‌دهد، ورزش می‌تواند تأثیر مثبتی بر روی بهبود سلامت روان افراد داشته باشد[۲۹]. به‌طوری‌که افراد ورزیده ازنظر تحرک بدنی در مواجهه با شرایط استرس‌زا، قدرت واکنش‌پذیری و بازیابی قوی‌تری از خود نشان می‌دهند. همچنین در این مطالعه روند کاهش مشارکت در فعالیت بدنی درنتیجه‌ی کاهش عملکرد فیزیکی بدن با افزایش سن مشاهده شد و این روند در دیگر مطالعات نیز گزارش‌شده است[۳۰]. این احتمال نیز وجود دارد که ابتلا به تنش روان‌شناختی باعث کاهش فعالیت بدنی شده باشد و کم بودن فعالیت بدنی افراد خود ناشی از ابتلا به تنش روان‌شناختی نیز باشد. مطالعاتی که به بررسی رابطه‌ی بین غذای مصرفی از حیث وجود تنش روان‌شناختی پرداخته باشند بسیار اندکند. مع‌الوصف، در برخی مطالعات گزارش‌شده است که تنش روانی بر اشتهای افراد و درنتیجه بر میزان نوع غذای مصرفی آن‌ها تأثیرگذار است[۳۱]. نوع رژیم غذایی مصرفی افراد می‌تواند در کنترل شدت و مدت‌زمان یک دوره افسردگی یا اضطراب، نقش بسزایی داشته باشد[۳۲]. در مطالعه حاضر افرادی که در سفره غذا نمک مصرف می‌کردند از تنش روان‌شناختی بیشتری رنج می‌بردند. Shimizu و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود اظهار داشتند مصرف روزانه نمک با اضطراب روانی افراد ارتباط معکوس دارد[۳۳]. شاید

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.17.1.4.4]

تنش روان‌شناختی از طریق کم کردن اشتهای افراد موجب کاهش مصرف روزانه نمک در آنان شده باشد. برخی علت این امر را ناشی از کاهش فعالیت (The RAS-related C3 botulinum toxin substrate- Rac) و کاهش فعالیت گیرنده مینرالوکرتیکوئید(Mineralocorticoid) اظهار می‌دارند[۳۴].

نتایج پژوهش حاضر نشان داد کسانی که لبنیات مصرف می‌کردند از تنش روان‌شناختی کمتری برخوردار بودند. نتایج مطالعه‌ی ما در همخوانی با نتایج مطالعات قبلی قرار داشت که حاکی از ارتباط بین کیفیت رژیم غذایی دریافتی با بیماری‌های روحی و روانی نظیر اضطراب و افسردگی است[۳۵]. Hwang و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود اظهار داشتند مصرف شیر یا سایر محصولات لبنی در کسانی که از استرس بالایی برخوردارند کمتر است[۳۶]. همچنین ، در برخی مطالعات بیان‌شده است رژیم غذایی با الگوی غربی ، می‌تواند موجب کاهش سطح (Brain Derived - BDNF Neurotrophic Factor) در کوتاه‌مدت شود. ازاین‌رو با تغییر و تعدیل در میزان BDNF ، رژیم غذایی می‌تواند بر وضعیت روانی افراد اثر بگذارد[۳۷]. نتایج این مطالعه نشان داد کسانی که طبق دستورالعمل توصیه‌شده روزانه میوه به حد کافی مصرف می‌کردند نسبت به افرادی که به دستورالعمل توجهی نداشتند از تنش روان‌شناختی کمتری برخوردار بودند. یافته‌های مطالعه‌ی فراتحلیل Liu و همکاران نیز حاکی از آن بود که مصرف میوه و سبزی به‌طور قابل‌توجهی می‌تواند موجب کاهش علائم افسردگی شود[۳۸]. در چندین مطالعه‌ی مقطعی نیز گزارش‌شده مصرف بیشتر میوه و سبزی با پایین آوردن امکان بخت ابتلا به افسردگی و تنش روان‌شناختی می‌تواند موجب ارتقای سلامت روان در افراد جامعه گردد[۳۹, ۴۰]. میوه‌ها و سبزی‌ها سرشار از ریزمغذی‌ها و مواد فیتو شیمیایی هستند که می‌توانند به کاهش استرس اکسیداتیو و التهاب در بدن کمک کنند. در مطالعه حاضر بین نمایه توده بدن و تنش روان‌شناختی رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نشد. شاید بتوان فقدان ارتباط بین تنش روان‌شناختی و نمایه توده بدنی را در این مطالعه به افزایش نسبتاً کم BMI و یا میانگین اولیه نسبتاً پایین BMI در جمعیت تحت بررسی نسبت داد. در مطالعه فخاری و همکاران ارتباط میان نمایه توده بدن و شاخص سلامت روانی معنی‌دار بود [۴۱]. اما نکته قابل‌توجه این بود که افراد کوتاه‌قد نسبت به کسانی که قدبلندتری داشتند از تنش روان‌شناختی بیشتری رنج می‌بردند. نتایج پژوهشی نیز نشان داد افرادی که قدکوتاهی دارند در مقایسه با افرادی که دارای قد طبیعی هستند از مشکلات و ناراحتی‌های جسمی و روانی بیشتری رنج می‌برند[۴۲]. کوتاهی یا بلندی قد یک موضوع فرهنگی است. قد نشانی از سبک زندگی ، سلامت افراد و شرایط زندگی یا مراقبت‌های بهداشتی و تغذیه‌ای است. نتایج مطالعه نشان داد بیش از نیمی از افراد ۱۶۴ نفر (۶۳٪) در مراحل پیش تفکر و تفکر واقع بودند. همچنین سازگار با نتایج این پژوهش ، Velasquez و همکاران نیز در مطالعه ی خود بیان کرده اند که اکثریت افراد در مرحله پیش تفکر و حداقل افراد در مرحله آمادگی و عمل قرار دارند[۴۳]. در پژوهش حاضر بررسی میانگین تنش روان‌شناختی برحسب مراحل اصلاح سبک زندگی افراد نشان داد که افراد در مرحله پیش تفکر تنش روان‌شناختی بیشتری نسبت به افراد در مرحله آمادگی و اقدام داشتند. این نتیجه گویای این واقعیت است که افراد بیش از اقدامات شناختی و فردی، به اقدامات عملی برای تغییر رفتار نیاز دارند. Romain و همکاران نیز معتقدند که برای افرادِ مراحل بالاتر (اقدام و ثبات) بایستی از فرایندهای عملیاتی محور سود برد و نه فرایندهای نظریه محور[۴۴]. نتایج این پژوهش نشان داد که افراد در مرحله تفکر، تنش روان‌شناختی بالاتری نسبت به افراد در مرحله آمادگی و اقدام جهت اصلاح سبک زندگی خود داشتند. در این مرحله، افراد قصد تغییر را در شش ماه آینده دارند. افراد در مرحله تفکر معایب و مزایای تغییر را می‌سنجند؛ اما ممکن است برای مدت‌زمان مدیدی در این مرحله باقی بمانند. لذا، رشد آگاهی در این مرحله منجر به تصمیم‌گیری سریع‌تر و صحیح‌تر افراد و خروج آنان از این مرحله خواهد شد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد افراد در مرحله آمادگی تنش روان‌شناختی بیشتری نسبت به افراد در مرحله اقدام جهت اصلاح سبک زندگی داشتند. در مرحله آمادگی، افراد اغلب به‌طور ناموفقی پاره‌ای از اعمال را برای تغییر رفتار در یک سال گذشته انجام داده‌اند، اما هنوز در نیل به تغییر رفتار موفق نشده‌اند. افراد در این مرحله ممکن است ندانند چگونه برای ایجاد تغییر اقدام کنند و حتی گاهی در مورد توانایی‌شان برای تغییر، آشفته هستند. ارائه برنامه‌های متنوع هدفمند و مشخص از طرف مراکز بهداشتی - درمانی که سازگار با سلایق مراجعه‌کنندگان باشد، یکی از راهکارهای توسعه بخش این حوزه است. لذا در این مرحله، اولاً وجود جایگزین‌های رفتاری و ثانیاً داشتن یک برنامه و طرح عملیاتی منسجم، می‌تواند منجر به تغییر این مرحله افراد شود. به‌عبارتی‌دیگر، هنگامی‌که افراد حس کنند می‌توانند طرحی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.17.1.4.4]

عملیاتی را برای تغییر رفتارشان برگزینند و قادر به ادامه آن طرح هستند، به مرحله بعد خواهند رفت. از اینرو، ارائه راهکارهایی برای خروج افراد از مرحله فعلی‌شان اهمیت بسیاری دارد. از جمله محدودیت های مطالعه می توان به بکارگیری یکی از سازه های الگوی فرانظریه ای ، یعنی سازه مراحل تغییر در این مطالعه اشاره کرد. چرا که این احتمال وجود دارد افراد در دیگر سازه های مدل فرانظریه ای متفاوت باشند. همچنین، افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر را بزرگسالان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی – درمانی غرب اهواز تشکیل دادند که شاید سایر بزرگسالان در برخی عوامل از مشارکت کنندگان مورد بررسی متفاوت باشند. ازاینرو نمی‌توان نتایج این مطالعه را به کل بزرگسالان مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی – درمانی اهواز تعمیم داد.

در زندگی امروز نمی توان تنش های روانی حاصل از وقایع روزمره زندگی را بطور کل حذف و کنار گذاشت. بر اساس نتایج مطالعه حاضر لازم است تا متولیان امر سلامت، راهبردهای مناسب مقابله با تنش های روانی را در زنان ، بیکاران و کسانیکه در انجام رفتارهای مروج سلامت کوتاهی می کنند بکارگرفته تا شاهد کاهش تنش های روانی باشیم. لازمست تا با شناسایی سازوکارهای ایجاد تغییر رفتار ، راهکارهای مناسبی جهت اصلاح هر چه‌بهتر سبک زندگی مرتبط با تنش روان‌شناختی بزرگسالان متناسب با مرحله‌ای که افراد در آن واقع‌اند برای برون‌رفت از آن مرحله ارائه گردد. در این راستا حمایت پژوهش‌های مختلف از اثرگذاری راهکارهای مبتنی برسازه مراحل تغییر بیش از پیش احساس می شود.

سهم نویسندگان

طوبی رشادتیان: همکاری در اجرای مطالعه، گردآوری داده ها، نگارش و ویرایش

ماریا چراغی: همکاری در اجرای مطالعه و ویرایش مقاله

محمد حسین حقیقی زاده: مشاور آماری، همکاری در اجرای مطالعه، تحلیل داده ها و ویرایش مقاله

هاشم محمدیان: استاد راهنما، طراحی مطالعه، نگارش و ویرایش مقاله

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مصوب دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به شماره پایان‌نامه‌ی SDH-9604 صورت گرفته است. بدین‌وسیله از همکاری کلیه مسئولان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، معاون محترم و کلیه کارکنان زحمت معاونت بهداشت دانشکده علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، ریاست محترم مرکز بهداشت غرب شهر اهواز و مراجعه‌کنندگان شرکت‌کننده در این مطالعه، قدردانی می‌شود.

منابع

1.Sutherland P. Caribbean healing traditions: Implications for health and mental health. Routledge 2013;2:12

2. World Health Organization/WHO. Mental disorders affect one in four people. Retrived August 25,2016 from https:// www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en.

3. Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. Social, economic, human rights and political challenges to global mental health. Mental Health in Family Medicine 2011; 8: 87-96

4. Gong A and Furnham A. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders in Mainland China. PsyCh Journal 2014; 3: 144-158.

5. Reddy M. Depression: the disorder and the burden. Indian Journal of Psychological Medicine 2010; 32: 1-2

6. Kendrick T and S Pilling. Common mental health disorders—identification and pathways to care: NICE clinical guideline. British Journal of General Practice. 2012; 62: 47-49

7. Baxter AJ, Patton G, Scott KM, Degenhardt L, Whiteford HA: Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? PLoS One 2013; 8: 65514

8. Farhoudian A, Amini H, Sharifi V, Basirnia A, Mesgarpour B, Mansouri N, et al. Prevalence of psychiatric disorders in Iran: A systematic review. Iranian Journal of Psychiatry 2007;2:137–50

9. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prévost D. Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control. Epidemiology of Psychological Distress. 2012, http://www.intechopen.com/books/mental-illnesses-understanding-prediction-and-control/epidemiology-of-psychological-distress.

10. Staneva AA, Bogossian F, Wittkowski A. The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: a meta-synthesis of qualitative research. Midwifery 2015;31:563–73

11. Walsh R. Lifestyle and mental health. American Psychologist 2011; 66:579-92

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.17.1.4.4]

12. Loef M and Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. Preventive Medicine 2012; 55: 163-170
13. Kaboudi M, Kianipour N , Ziapour A, Dehghan F. A study of health literacy components and their relationships with health-promoting behaviors in students at Kermanshah University Of Medical Sciences. International Journal of Pediatrics, 2017; 5: 6721-29 [Persian]
14. Liu L, Xiao Q, Zhang Y, Yao S. A cross-sectional study of irritable bowel syndrome in nurses in China: prevalence and associated psychological and lifestyle factors. Journal of Zhejiang University Science B (Biomed. & Biotechnol 2014; 15: 590-97
15. World Health Organization/WHO. Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies. Cairo, Eastern Mediterranean Region: World Health Organization 2012:3:1–82
16. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The Trans-theoretical Model and stages of change. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer B, eds. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 3rd ed. San Francisco, Calif: Jossey-Bass/Pfeiffer 2002:99-120
17. Lee JY, Hyeoun-Ae P, Yul HM. Transtheoretical model-based nursing intervention on lifestyle change: a review focused on intervention delivery methods. Asian Nursing Research 2015; 9: 158-67
18. Easton, SD, Safadi NS, Wang Y, Hasson R.G.The Kessler psychological distress scale: translation and validation of an Arabic version. Health and Quality of Life Outcomes 2017; 15: 215
19. Min JW, Lee SH. Validation of the K6/K10 scales of psychological distress and their optimal cutoff scores for older Koreans. The International Journal of Aging and Human Development 2015; 80: 264-82
20. Prochaska JJ, Sung HY, Max W, Shi Y, Ong M.Validity study of the K6 scale as a measure of moderate mental distress based on mental health treatment need and utilization. International Journal Of Methods In Psychiatric Research 2012; 21: 88-97
21. Gulland, A. Women have higher rates of mental disorders than men, NHS survey finds. British Medical Journal Publishing Group2016 ;354:i5320
22. Chong SA, Abdin E, Vaingankar JA, Heng D, Sherbourne C, Yap M, Lim YW, Wong HB, Ghosh-Dastidar B, Kwok KW, et al: A population-based survey of mental disorders in Singapore. Annals Academy Of Medicine Singapore 2012 ; 41: 49-66
23. Borrow AP, Cameron NM. Estrogenic mediation of serotonergic and neurotrophic systems: implications for female mood disorders. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 2014;54C:13–25
24. Chaplin TM, Hong K, Bergquist K, Sinha R. Gender differences in response to emotional stress: an assessment across subjective, behavioral, and physiological domains and relations to alcohol craving. Alcoholism- Clinical and Experimental Research 2008; 32: 1242-50
25. Pharr JR, Moonie S, Bungum TJ. The Impact of Unemployment on Mental and Physical Health, Access to Health Care and Health Risk Behaviors. ISRN Public Health, 2012
26. Llewellyn DJ, Lang IA, Langa KM, Muniz-Terrera G, Phillips CL, Cherubini A, Ferrucci L, Melzer D. Vitamin D and risk of cognitive decline in elderly persons. Archives Of Internal Medicine 2010; 170: 1135-41
27. Jamilian, HR, Bagherzadeh K, Nazeri Z. Comparison of the serum levels of vitamin D, parathyroid hormone, calcium, and phosphorous in individuals with major depression and schizophrenics with healthy subjects. International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice 2013; 17:30-4
28. Wang Y, Liu XJ, Robitaille L, Eintracht S, MacNamara E, Hoffer LJ. Effects of vitamin C and vitamin D administration on mood and distress in acutely hospitalized patients. The American journal of clinical nutrition 2013; 98: 705-11
29. Knapen J, Vancampfort D, Moriën Y, Marchal Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. Disability and rehabilitation 2015; 37: 1490-95
30. Milanović Z, Pantelić S, Trajković N, Sporiš G, Kostić R, James N. Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women. Clinical interventions in aging 2013;8:549-56
31. Habhab S, Sheldon JP, Loeb RC. The relationship between stress, dietary restraint, and food preferences in women. Appetite 2009; 52: 437-44
32. Knüppel A, Shipley MJ, Llewellyn CH, Brunner EJ. Sugar intake from sweet food and beverages, common mental disorder and depression: prospective findings from the Whitehall II study. Scientific Reports 2017; 7:6287
33. Shimizu Y, Kadota K, Koyamatsu J, Yamanashi H, Nagayoshi M, Noda M, Nishimura T, Tayama J, Nagata Y, Maeda T. Salt intake and mental distress

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.17.1.4.4]

among rural community-dwelling Japanese men. Journal of physiological anthropology 2015;34: 26
34. ter Heegde F, De Rijk RH, Vinkers CH. The brain mineralocorticoid receptor and stress resilience. Psychoneuroendocrinology 2015; 52: 92-110
35. Quirk SE, Williams LJ, O'Neil A, Pasco JA, Jacka FN, Housden S, Berk M, Brennan SL. The association between diet quality, dietary patterns and depression in adults: a systematic review. BMC Psychiatry 2013; 13: 175
36. Hwang, JY, Lee, SE, Kim, SH. Psychological distress is associated with inadequate dietary intake in Vietnamese marriage immigrant women in Korea. Journal of the American Dietetic Association 2010; 110: 779-85
37. Kalantari N, Doaei S, Gordali M, Rahimzadeh G, Gholamalizadeh M. The Association between Dairy Intake, Simple Sugars and Body Mass Index with Expression and Extent of Anger in Female Students. Iranian journal of psychiatry 2016;11: 43-50
38. Liu X, Yan Y, Li F, Zhang D. Fruit and vegetable consumption and the risk of depression: A meta-analysis. Nutrition 2016;32: 296-302
39. Blanchflower, David G, Oswald, Andrew J, Stewart-Brown, Sarah. Is psychological well-being linked to the consumption of fruit and vegetables? Social Indicators Research 2013;114: 785-801
40. Richard A, Rohrmann S, Vandeleur CL, Mohler-Kuo M, Eichholzer M. Associations between fruit and vegetable consumption and psychological distress: results from a population-based study. BMC psychiatry 2015;15: 213
41. Fakhari A,Farri N,Dastgiri S,Mahboob S,Ostad Rahimi A. Body Mass Index and Mental Health in People Referring to Assadabadi Health Center in Tabriz, Iran. Qom University of Medical Sciences Journal 2015;8: 46-52 [Persian]
42. Sandberg DE, Gardner M. Short Stature: Is it a psychosocial problem and does changing height matter? Pediatric Clinics of North America 2015; 62: 963-82
43. Velasquez MM, Crouch C, von Sternberg K, Grosdanis I. Motivation for change and psychological distress in homeless substance abusers. Journal of Substance Abuse Treatment 2000;19: 395-401
44. Romain AJ, Abdel-Baki A. Using the transtheoretical model to predict physical activity level of overweight adults with serious mental illness. Psychiatry research 2017; 258: 476-80

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.17.1.4.4]

Payesh

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

ABSTRACT

Relationship between health promoting lifestyle with psychological distress of adults: Application of the Transtheoretical Model

Toba Reshadatian [1], Maria Cheraghi [1], Mohammad Hossein Haghighi Zadeh [1], Hashem Mohamadian [1*]

1. Faculty of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Payesh 2018; 17(1): 41-51
Accepted for publication: 31 January 2018
[EPub a head of print-5 February 2018]

Objective (s): Promoting mental health is a global priority. Therefore, this study aimed to evaluate the relationship between behaviors related to healthy lifestyle with the psychological distress of adults based on stages of change construct.
Methods: This descriptive-study was conducted on 261 adults admitted to the health centers of Ahwaz, Iran. Stratified random sampling was employed. Data was collected by a questionnaire. Health promoting lifestyle was measured in five subscales (anthropometric status, food groups, dietary habits, physical activity, and substance and drug abuse). Psychological distress was measured based on the Kessler's scale. The stages of change construct also were recorded. The data were analyzed using independent t-test and one-way analysis of variance.
Results: The findings indicated that the mean scores of psychological distress in women versus men, employed versus unemployed, those who do daily walking versus not walking individuals, salt users versus not using salt, dairy products users versus not using dairy products, daily fruit consumers versus not using daily fruit, and those who were in different stages of lifestyle was significantly higher. ($P < or = 0.001$).
Conclusion: The findings indicated that there were relationship between healthy life style and psychological well-being.

Key Words: Health promoting lifestyle, Psychological distress, Adults, Stages of change

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.17.1.4.4]

[*] Corresponding author: Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
E-mail: hmohamadian@razi@tums.ac.ir