



تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۲۵

مدل مداخله آموزشی مبتنی بر سبک زندگی عمومی و سلامت قلبی

محمدعلی بشارت *

سیده اسماء حسینی **

هادی بهرامی احسان ***

حسینعلی جاهد ****

اکبر نیک پژوهه *****

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، طراحی و اجرای یک مدل مداخله آموزشی مبتنی بر سبک زندگی عمومی و آزمون اثربخشی آن بر ارتقای سلامت روانی و رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی بود. روش پژوهش: در این پژوهش، ۲۳ نفر از کارمندان بیمارستان قلب شهید رجایی در شش جلسه گروه‌درمانی آموزشی شرکت کردند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های نیمرخ سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (HPLH-II) و مقیاس سلامت روانی (MHI-28) را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل مداخله آموزشی مبتنی بر سبک زندگی عمومی می‌تواند بهزیستی روانی و رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی را به صورت معنادار ارتقاء دهد. نتیجه‌گیری: این پژوهش بر ضرورت توجه بیشتر به آموزش سبک زندگی سالم برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی تأکید می‌کند.

واژگان کلیدی: آموزش مداخله سبک زندگی عمومی، سلامت روانی، رفتار سلامت، خطر بیماری قلبی، پیشگیری

* استاد دانشگاه تهران

** دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران

*** دانشیار دانشگاه تهران

**** استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره)

***** استادیار مرکز تحقیقات قلب و عروق شهید رجایی، مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید

رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی (CVD) اولین علت مرگ و میر در جهان محسوب می‌شوند و مردم جهان بیش از هر چیز، بر اثر ابتلا به CVD جان خود را از دست می‌دهند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۲). CVD توسط اختلالات قلب و عروق آن به وجود می‌آیند و شامل بیماری‌هایی مانند بیماری کرونر قلب (CHD)، بیماری مغزی - عروقی و فشار خون بالا می‌شوند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳). کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط به صورت جدی‌تر تحت تأثیر CVD قرار می‌گیرند. بیش از ۸۰٪ مرگ‌های ناشی از CVD در این کشورها رخ می‌دهند. پیش‌بینی شده است که در سال ۲۰۳۰، تقریباً ۲۵ میلیون نفر بر اثر CVD جان خود را از دست خواهند داد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۲). از آنجایی که در ایران نیز شیوع CHD و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش است (کرمی، مباحثی و خسروی شادمانی، ۱۳۹۲؛ هکاری، محمدزاده، خواجوی کیا و زارعی، ۱۳۹۱)، پرداختن بیشتر به پیشگیری از CVD از اهمیت بالایی برخوردار است.

با توجه کردن به عوامل خطر CVD مثل مصرف دخانیات، تغذیه ناسالم و چاقی، نافع‌الی جسمی، فشار خون بالا، دیابت و بالابودن چربی‌ها، اکثر موارد این بیماری‌ها قابل پیش‌بینی و پیشگیری هستند. عوامل خطر رفتاری نیز در بیماری‌های قلبی ۴ و سکتته نقش دارند و مهمترین آنها این موارد هستند: تغذیه ناسالم، نافع‌الی جسمی، مصرف دخانیات و الکل (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۲). می‌توان با راهکارهایی مثل تغذیه سالم، فعالیت جسمی منظم و اجتناب از محصولات دخانیات، حداقل از ۸۰٪ از موارد بیماری قلبی زودرس، سکتته و دیابت نوع دو پیشگیری کرد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲). این سه راهکار از مؤلفه‌های سبک زندگی ۵ هستند. در کل داشتن سبک زندگی سالم روی سلامت قلبی - عروقی (FCV)

1. Cardio Vascular Diseases
2. World Health Organization
3. Coronary Heart Disease
4. heart disease
5. life style
6. CardioVascular

مؤثر است (کارلسون، وندل، گیگنت، لیندر، هلنیوس و همکاران ۱، ۲۰۱۲). در این پژوهش روی آموزش سبک زندگی سالم به افراد در معرض خطر CVD به منظور پیشگیری از این بیماری‌ها کار شده است.

مفهوم سبک زندگی را آدلر ۲ در اوایل دهه ۱۹۰۰ مطرح کرد. بر اساس دیدگاه آدلر، سبک زندگی عبارت است از راهبردها و عقاید شخصی و منحصر به فرد هر کس که در کودکی پایه گذاری می‌شوند. روان‌سازدهای شناختی ۳ و سبک زندگی به عنوان منبع فرد برای نگرش‌ها، رفتارها و دیدگاه شخصی او نسبت به خویشتن، دیگران و جهان خواهد بود. به همین دلیل است که وقتی فرد به تجارب اولیه زندگی خود توجه می‌کند و الگوهای رفتاری‌ای را که در زندگی‌اش تکرار می‌شوند و رفتارهایی را که از طریق آنها تلاش می‌کند تا احساس معناداری و تعلق داشتن را به دست آورد، مورد ارزیابی قرار دهد، رشد و تغییر اتفاق می‌افتند (مدرسه تخصصی آدلر ۴، ۲۰۱۵).

سبک زندگی شامل روشی است که فرد برای تغذیه، ورزش، استراحت، بازی، کار، انجام کارها به طور کلی و در واقع زندگی خود دارد. سبک زندگی همچنین الگوهای روابط اجتماعی، اوقات فراغت، خودانگاره، ارزش‌ها و نگرش‌های فرد را منعکس می‌کند. یک سبک زندگی خاص، انتخاب‌های هشیار و ناهشیار فرد را برای یک نوع رفتار خاص نشان می‌دهد (ریپال ۵، ۲۰۱۲). سبک زندگی به عنوان سازهای برای روشن کردن ترجیح‌ها، الگوهای زندگی و به عنوان شاخصی از وضعیت اجتماعی به کار می‌رود. سبک‌های زندگی مختلف محصول شرایط اجتماعی هستند (هندریکس و هچ ۶، ۲۰۰۶).

سبک زندگی سلامت محور به عنوان پدیده‌ای که دارای علل و ابعاد متعدد است، به الگوهای رفتاری‌ای مربوط می‌شود که می‌توانند از مشکلات مربوط به سلامت پیشگیری

1. Carlsson, A. C., Wändell, P. E., Gigante, B., Leander, K., Hellenius, M. L., et al.
2. Adler, A.
3. cognitive schema
4. Adler Graduate School
5. Ripoll, R. M.
6. Hendricks, J., & Hatch, L. R.

کنند و تضمین کننده سلامت فرد باشند. این سبک از ابعادی مانند ورزش، تغذیه مناسب، خودمهارگری و رفتارهای پیشگیرانه تشکیل شده است. در واقع سبک زندگی سلامت محور، مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامت است (ابل، ۱، ۱۹۹۱). سبک زندگی می‌تواند مکانیسم‌های زیست‌شناختی پایه‌ای را که منجر به بیماری می‌شوند، تحت تأثیر قرار دهد (ریپال، ۲۰۱۲). بیماری‌های قلبی نیز با سبک زندگی مرتبطاند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸). این پژوهش بر ارتقاء سبک زندگی سالم از طریق آموزش تأکید دارد.

رفتار سالم سیستمی پیچیده از ساختارهای رفتاری مرتبط با سلامت است که در آن، عناصر سبک زندگی سالم در الگوهای رفتاری‌ای نمایان می‌شوند که توسط نیازها و انگیزه‌های مرتبط با سلامت شکل می‌گیرند (زاکالی، زنت، کاور، پالرزکی و زیگتی، ۲، ۲۰۱۲). بار جهانی شرایط مرتبط با سبک زندگی، یعنی بیماری‌های اولیه CVD، بیماری‌های مغزی-عروقی، شرایط مرتبط با سیگار کشیدن، دیابت ملیتوس نوع دو، چاقی و سرطان رو به افزایش است. این شرایط مسئول ۶۰٪ همه مرگ و میرها در تمام جهان هستند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۲). سبک زندگی سالم می‌تواند از بار بیماری‌های مزمن مانند بیماری قلبی بکاهد یا از آن پیشگیری کند (کینگ، میناس تری، کرنمالا و اورت، ۳، ۲۰۰۹). بر اساس نتایج یک فراتحلیل، تبعیت از سبک زندگی سالم با خطر کمتر مرگ و میر رابطه دارد. در مقایسه با افرادی که سبک زندگی ناسالم دارند، کسانی که چهار یا بیش از چهار مورد رفتار سالم دارند، تا ۶۶٪ احتمال مرگ کمتری دارند (لوف و ولک، ۴، ۲۰۱۲). سبک زندگی هر فرد تحت تأثیر وضعیت روانی او قرار دارد.

عوامل روان‌شناختی نقش بزرگی در بیماری‌های قلبی ایفا می‌کنند. این عوامل هم به عنوان عوامل خطر در ایجاد بیماری نقش دارند و هم در عواقب بیماری کسانی که به بیماری مبتلا شده‌اند. در کل بیماری قلبی فقط یک بیماری جسمی نیست و مؤلفه روان‌شناختی نیز

1. Abel, T.
2. Szakály, Z., Szente, V., Kövér, G., Polerezki, Z., & Szigeti, O.
3. King, D., Mainous III, A. G., Carnemolla, M., & Everett, C. J.
4. Loef, M. & Walach, H.

بخشی اساسی از آن است (انجمن اروپایی قلب‌شناسی ۱، ۲۰۱۳) به طوری که عوامل خطر رفتاری مسئول حدود ۸۰٪ CVD و بیماری‌های مغزی - عروقی هستند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵). با توجه به سهم بالای عوامل خطر روانی در CVD، توجه به این مسائل و در نظر گرفتن آنها در مداخلات سبک زندگی بخش اجتناب ناپذیر و ضروری همه مراحل پیشگیری و درمان این بیماری‌ها است. اما توجه به این بعد اغلب نادیده گرفته می‌شوند. در حالی که داشتن سبک زندگی سالم نیازمند سلامت روانی است و متقابلاً سبک زندگی سالم نیز می‌تواند منجر به افزایش سلامت روانی شود.

سلامت روانی ۲ را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد به خود پی می‌برد، می‌تواند با استرس‌های طبیعی زندگی مقابله کند، به طور مولد و ثمربخش کار کند و در جامعه همکاری و مشارکت داشته باشد، تعریف کرده‌اند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳). سلامت روانی اشاره دارد به آرایه‌ای وسیع از فعالیت‌هایی که مستقیم و غیرمستقیم به مؤلفه‌های بهزیستی روانی که در تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت آمده‌اند، مربوط است: حالتی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری. سلامت روانی به ارتقاء بهزیستی، جلوگیری از اختلالات روانی و درمان و بازتوانی افرادی که تحت تأثیر اختلالات روانی قرار گرفته‌اند، مربوط است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴).

با استناد به یافته‌ها و شواهد موجود در خصوص اهمیت و تأثیرگذاری سبک زندگی، مدل‌های مختلف مداخله مبتنی بر سبک زندگی یا درمان‌های سبک زندگی محور با توجه ویژه به CVD طراحی شده‌اند (کلینتاوس، نواکس، برینکورت، کوگ، ویلیامز و همکاران ۳، ۲۰۱۱). در یک دهه گذشته، اصلاح سبک زندگی به عنوان درمانی جایگزین برای بیماری شریان کرونر (CAD) معرفی شده است تا کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشد و مرگ و میر را کاهش دهد. تمرکز رویکرد اصلاح سبک زندگی اساساً روی کنترل رژیم غذایی،

1. European Society of Cardiology
2. mental health
3. Cleanthous, X., Noakes, M., Brinkworth, G. D., Keogh, J. B., Williams, G., et al.
4. Coronary Artery Disease

ورزش بهینه، کاهش وزن و مدیریت استرس با هدف مهار کردن عوامل خطر CAD است (سرایماکوتا، وونسوان، سیریتنتیکارن، بونلا، چیوانگکر جان و همکاران ۱، ۲۰۱۰). مداخلات سبک زندگی به روش‌های مختلفی اعمال می‌شوند که یکی از مهمترین آنها آموزش است. سطوح پایین فعالیت جسمی و تغذیه ناکافی، رفتارهایی هستند که به وسیله آموزش قابل اصلاحند (باکلین - تیبود، پتکی، بروچز و گالی ۲، ۲۰۱۰). آموزش بیماران موجب بهبود عمده در رفتارهایی مانند سیگار نکشیدن، بهبود سطح تحمل فعالیت جسمانی، تبعیت از توصیه‌های پزشکی (درایی ۳، ۱۹۹۲) و صرفه جویی در هزینه‌های پیشگیری و درمان می‌شود (بارتلت ۴، ۱۹۹۵). در نتیجه استفاده از آموزش به عنوان روشی مهم جهت ارتقای سبک زندگی سالم می‌تواند بسیار مفید و کم‌هزینه باشد و لازم است در مداخلات سبک زندگی بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

علاوه بر آموزش و توصیه، فنون تغییر رفتار هم به کار می‌روند. استفاده از این فنون می‌تواند به فراهم کنندگان مراقبت سلامت کمک کند تا در سبک زندگی بهتر و ارتقای سلامت بیماران سهیم باشند (اریکسون، هگبرگ، لیندالم، ملمگرن - السان، آسترلیند و همکاران ۵، ۲۰۱۰). مشاوره رفتاری، مصاحبه انگیزشی، آموزش و توصیه همگی فنون تغییر رفتار هستند (نوردمن، وایدن و دالمن ۶، ۲۰۱۲). همچنین راهبردهای تغییر سبک زندگی شامل تنظیم اهداف منطقی، افزایش هشیاری، مقابله با موانع تغییر، مدیریت استرس، بازسازی شناختی، جلوگیری از عود و فراهم کردن حمایت، کلیدهای موفقیت طولانی مدت هستند (فوریت ۷، ۲۰۰۵). راهبردهای شناختی- رفتاری نیز مؤلفه‌ای اساسی از مداخلات تغییر رفتارند. در مطالعاتی که منجر به نتایج مطلوب شده‌اند، حداقل دو راهبرد یا بیشتر

1. Srimahachota, S., Wunsuwan, R., Siritantikorn, A., Boonla, C., Chaiwongkarjohn, S., et al.
2. Buclin - Thiebaut, S., Pataky, Z., Bruchez, V., & Golay, A.
3. Duryee, R.
4. Bartlett, E.
5. Eriksson, M. K., Hagberg, L., Lindholm, L., Malmgren - Olsson, E. B., Osterlind, J., et al.
6. Noordman, J., V. D. Weijden, T., & V. Dulmen, s.
7. Foreyt, J. P.

مورد استفاده قرار گرفته‌اند و موارد رایج‌تر از این قرار هستند: هدف‌گذاری، پایش خود، ارتباط مکرر و طولانی‌مدت، بازخورد و تقویت، تقویت خودکارآمدی، مشوق‌ها، سرمشق‌گیری، حل مسئله، پیشگیری از عود و مصاحبه انگیزشی. استفاده از راهبردهای شناختی - رفتاری در حوزه سلامت رایج است، به طوری که در مطالعه‌ای که به منظور بررسی پژوهش‌های صورت گرفته در موضوع مداخلات تغییر رفتاری در فعالیت جسمانی و تغذیه انجام شد، تقریباً همه پژوهش‌ها از راهبردهای رفتاری - شناختی به منظور ارتقاء سطح تغییر استفاده کرده بودند (آرتینین، فلچر، مظفریان، کریس - اترتون، هارن و همکاران، ۲۰۱۰).

در مداخله آموزشی سبک زندگی عمومی، مؤلفه‌هایی که در پژوهش‌های گذشته به کار رفته و اهمیت آنها تأیید شده است، مثل ورزش و تغذیه (آه، بنگ، هیون، کیم، چو و همکاران، ۲۰۱۰؛ فرتالی، ویدنر، مریت - واردن، فرندا و ارنیش، ۲۰۰۸)، ترک سیگار (لیدین، اکبلام - بک و هلنیس، ۲۰۱۲؛ لین، وو، لیو، زو، شن و همکاران، ۲۰۱۰)، مدیریت استرس (فرتالی و همکاران، ۲۰۰۸؛ لیدین و همکاران، ۲۰۱۲)، برخی فنون شناختی - رفتاری (شیر، کمپ، ناگتان، ابرت و آمند، ۲۰۱۲؛ لیدین و همکاران، ۲۰۱۲) و حمایت گروهی (چینانی - وو، ویدنر، پارنل، فرندا، مریت - واردن و همکاران، ۲۰۱۱) گنجانده شده‌اند. بنابراین، مداخله سبک زندگی عمومی شامل مؤلفه‌های ورزش، تغذیه، ترک سیگار، مدیریت استرس، حمایت گروهی و برخی فنون شناختی - رفتاری (با هدف ایجاد تغییرات مربوط به سبک زندگی) است. در کنار مؤلفه ترک سیگار، ترک عادات مضر نیز مورد توجه بوده است تا سایر عادات مضر اثرگذار بر CVD را نیز در بر بگیرد و برای افراد غیرسیگاری هم مفید باشد. مؤلفه مدیریت استرس در قالب برنامه آرام‌سازی در جلسات گنجانده شد. همه

1. Artinian, N. T., Fletcher, G. F., Mozaffarian, D., Kris-Etherton, P., Horn, L. V., et al.
2. Oh, E. G., Bang, S. Y., Hyun, S. S., Kim, S. H., Chu, S. H., et al.
3. Frattaroli, J., Weidner, G., Merritt-Worden, T. A., Frenda, S., & Ornish, D.
4. Lidin, M., Ekblom-Bak, E., & Hellénus, M.
5. Lin, H., Wu, Q. H., Liu, j., Zhu, X. F., Shen, Y. M., et al.
6. Share, B., Kemp, J., Naughton, G., Obert, P., & Aumand, E.
7. Chainani-Wu, N., Weidner, G., Purnell, D. M., Frenda, S., Merritt-Worden, T., et al.

جلسات به صورت گروهی برگزار شدند و زمانی برای بحث و گفتگو در نظر گرفته شد. به این ترتیب مؤلفه حمایت گروهی نیز در مداخله حضور داشت.

هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر سبک زندگی عمومی بر ارتقاء سلامت روانی و رفتارهای سالم افراد در معرض خطر بیماری قلبی بود. فرضیه‌های این پژوهش به این شرح آزمون شدند: فرضیه اول: مداخله آموزشی مبتنی بر سبک زندگی عمومی، سلامت روانی افراد در معرض خطر بیماری قلبی را ارتقاء می‌دهد. فرضیه دوم: مداخله آموزشی مبتنی بر سبک زندگی عمومی، رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی را ارتقاء می‌دهد.

با وجود اهمیت زیاد و به صرفه بودن پیشگیری نسبت به درمان و همچنین یافته‌های پژوهشی بسیار مبنی بر اهمیت مداخلات آموزشی و روان‌شناختی در حوزه سلامت و بیماری، این ابعاد همچنان به طور جدی مورد غفلت واقع می‌شوند. به امید کاهش این بی‌توجهی مضر، این پژوهش به دنبال طراحی و اجرای مدل مداخله آموزشی سبک زندگی عمومی و آزمون اثرگذاری آن بر ارتقاء سلامت روانی و رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی و در نتیجه پیشگیری از CVD بود.

روش

طرح این پژوهش، از طرح‌های پژوهشی آزمایشی تک‌گروهه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. همچنین به دلیل ارائه مداخله آموزشی سبک زندگی عمومی، این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی محسوب می‌شود. جامعه آماری پژوهش افراد در معرض خطر بیماری قلبی بودند. از بین کارمندان بیمارستان قلب شهید رجایی تهران، کسانی که دو یا چند عامل خطر مهم بیماری قلبی یعنی اضافه وزن یا چاقی، کم‌تحرکی، مصرف سیگار یا قلیان، دیابت، بالا بودن فشار خون، اختلال چربی‌های خون، تغذیه ناسالم، استرس، اضطراب، افسردگی و سابقه خانوادگی بیماری قلبی داشتند، برای شرکت در پژوهش دعوت شدند. از آنجا که در پژوهش‌های آزمایشی حجم هر گروه باید حداقل ۱۵ نفر باشد (گال، بورگ و گال، ۱۳۸۶)، همین حجم در این پژوهش در نظر گرفته شد، اما به دلیل احتمال افت نمونه و به منظور

افزایش توان آزمون، ۲۳ نفر مورد مداخله قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش داشتن دو یا چند عامل خطر مهم بیماری قلبی، تمایل به شرکت در پژوهش، تحصیلات حداقل سیکل، سن ۲۵ تا ۶۰ سال، مبتلا نبودن به هر نوع بیماری، نداشتن سابقه اختلالات روانی شدید، توانایی جسمی یا روانی لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها و عدم مصرف همزمان داروهای روان‌پزشکی بودند. معیارهای خروج از پژوهش عدم تمایل به ادامه همکاری و به وجود آمدن مشکلات جسمانی که ادامه همکاری را ناممکن می‌کردند، بودند. در این پژوهش از این ابزارها استفاده شد:

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک- این پرسشنامه محقق ساخته اطلاعاتی نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، شغل و میزان تحصیلات را سنجید.

نیمرخ سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت- نیمرخ سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (HPLP II؛ واکر، سچریست و پندر، ۱۹۸۷) یک آزمون ۵۲ سؤالی است و این را که فرد تا چه حد رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت را انجام می‌دهد، در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. این مقیاس فراوانی به کارگیری رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت را در ۶ بعد رشد معنوی، روابط بین فردی، تغذیه، فعالیت جسمی، مسئولیت پذیری سلامتی و مدیریت استرس اندازه‌گیری می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ به دست آمده است که نشان دهنده همسانی درونی ۳ خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله سه هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی ۴ محاسبه شده و عدد ۰/۸۹ به دست آمده است که نشان دهنده پایایی بازآزمایی خوب مقیاس است. روایی سازه ۵ این مقیاس از طریق روش تحلیل عاملی و اجرای همزمان با پرسشنامه سبک زندگی شخصی ($r = 0/67$) به خوبی مورد

1. Health Promoting Lifestyle Profile II
2. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J.
3. internal consistency
4. test-retest reliability
5. construct validity

تأیید قرار گرفته است. روایی ملاک ۱ نیز از طریق محاسبه همبستگی با وضعیت سلامت ادراک شده ($r = 0/26$) و کیفیت زندگی ($r = 0/49$) مورد تأیید قرار گرفت. روایی محتوایی و صوری نیز مورد تأیید قرار گرفته است. در کل این مقیاس از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است (واکر و همکاران، ۱۹۸۷). در پژوهش‌های داخلی نیز این مقیاس ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی را نشان داده است (محمدی‌زیدی، پاکپورحاجی‌آقا و محمدی‌زیدی، ۱۳۹۰).

مقیاس سلامت روانی: مقیاس سلامت روانی ۲ (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸) فرم کوتاه مقیاس ۳۴ سؤالی سلامت روانی (بشارت، ۱۳۸۵؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳) یک آزمون ۲۸ سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب $0/94$ و $0/91$ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌ها در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب $r = 0/90$ و $r = 0/89$ و در سطح $p > 0/001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی همزمان این مقیاس از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی ۴ (گلدبرگ، ۱۹۷۲، ۱۹۸۸) محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار ($p > 0/001$) و با زیر مقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار ($p > 0/001$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روانشناختی و

1. criterion validity
2. Mental Health Inventory
3. Veit, C. T., & Ware, J. E.
4. General Health Questionnaire
5. Goldberg, D. P.

درماندگی روانشناختی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۸).

روش اجرا: مراحل اجرای پژوهش به این صورت بود: اول، افراد طی مصاحبه فردی، از نظر عوامل خطر بیماری قلبی مورد بررسی قرار گرفتند و افراد در معرض خطر شناسایی شدند. سعی بر این بود که افرادی انتخاب شوند که بیشترین عوامل خطر را داشته باشند. سپس از افراد برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد و توضیحات لازم به آنها ارائه شد. افراد علاقه‌مند وارد پژوهش شدند. برنامه شش جلسه‌ای یک ساعته گروه‌درمانی آموزشی برگزار شد. در این جلسات ابتدا در مورد چگونگی سبک زندگی سالم به افراد آموزش داده شد و سپس با استفاده از فنون رفتاری-شناختی، به آنها در ایجاد تغییرات لازم کمک شد. جزوه‌های آموزشی نیز به افراد داده شد. در اولین و آخرین جلسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، رضایت‌نامه کتبی از افراد اخذ شد. دقت لازم برای تطابق آموزش‌های ارائه شده با علم روز پزشکی به عمل آمد. همچنین افراد به رازداری در مورد اسرار و مسائل شخصی یکدیگر که در جلسات مطرح می‌شدند، ملزم شدند. خلاصه جلسات در جدول شماره ۱ آورده شده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

▼ جدول ۱- شرح مختصر جلسات مدل مداخله آموزشی سبک زندگی عمومی

جلسه	برنامه
۱	ارزیابی اولیه؛ خوشامدگویی؛ تنظیم دستور جلسه؛ آشنایی افراد گروه با یکدیگر؛ توضیح قوانین گروه؛ توضیح ساختار جلسات؛ بازخورد در مورد ارزیابی اولیه؛ تنظیم اهداف کلی درمان؛ آشنایی با راهبردهای شناختی-رفتاری؛ بررسی انتظارات در مورد درمان؛ آرامش آموزی؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
۲	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه؛ بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ آموزش سبک زندگی سالم؛ آموزش پایش خود؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
۳	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه؛ بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ آموزش هدف‌گذاری؛ آموزش شروع برنامه تغییر عادت؛ توضیح تغییر؛ آموزش افزایش انگیزه برای تغییر؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
۴	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه؛ بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ بررسی میزان پیشروی به سمت اهداف؛ بازخورد، تقویت و تشویق؛ آموزش حل مسئله؛ آموزش سرمشق‌گیری؛ آموزش استفاده از مشوق‌ها؛ آموزش ترک عادات ناسالم (آگاهی از عادت، نقض عادت)؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
۵	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه؛ بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ بررسی میزان پیشروی به سمت اهداف؛ بازخورد، تقویت و تشویق؛ آموزش تقویت خودکارآمدی؛ آموزش ترک عادات ناسالم (آموزش افکار خودآیند منفی؛ آموزش خطاهای شناختی؛ آموزش باورهای بنیادین و آموزش ایجاد عادات خوب)؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
۶	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه؛ بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ بررسی میزان پیشروی به سمت اهداف؛ بازخورد، تقویت و تشویق؛ خلاصه کل جلسات؛ آموزش پیشگیری از عود؛ تکلیف منزل؛ بازخورد؛ اختتامیه و ارزیابی دوم.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۲۳ نفر شرکت کردند که پایین‌ترین سن ۲۷ و بالاترین سن ۴۹ سال بود. همچنین میانگین سنی شرکت‌کنندگان، ۴۰ سال بود. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنو استفاده شد که داده‌های آن در جدول شماره ۲ قابل مشاهده است و بیانگر این نکته است که توزیع داده‌ها در همه متغیرها، در بین افراد گروه نرمال است.

▼ جدول ۲- نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنو

متغیرها	سبک زندگی عمومی ۱	سبک زندگی عمومی ۲	بهبزبستی روان‌شناختی ۱	بهبزبستی روان‌شناختی ۲	پیشانی روان‌شناختی ۱	پیشانی روان‌شناختی ۲
کولموگروف-اسمیرنو Z	۰/۴۶	۰/۴۴	۰/۶۲	۰/۴۸	۰/۷۲	۰/۷۲
(tailed-۲) Sig	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۸۲	۰/۹۷	۰/۶۶	۰/۶۷

همچنین به منظور بررسی معناداری فرضیه‌های پژوهش، از آزمون t برای گروه‌های همبسته استفاده شد. خصوصیات توصیفی متغیرها در جدول شماره ۳ و نتایج آزمون در جدول شماره ۴ آورده شده است.

▼ جدول ۳- خصوصیات توصیفی نتایج گروه

متغیر	میانگین	انحراف معیار
جفت ۱	سبک زندگی عمومی ۱	۲/۳۹
	سبک زندگی عمومی ۲	۲/۶۹
جفت ۲	بهبزبستی روان‌شناختی ۱	۵۱/۴۷
	بهبزبستی روان‌شناختی ۲	۵۸/۹۱
جفت ۳	پیشانی روان‌شناختی ۱	۳۴/۵۶
	پیشانی روان‌شناختی ۲	۳۴/۸۶

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، مداخله آموزشی سبک زندگی عمومی بر کلیه متغیرها به جز متغیر درماندگی روان‌شناختی تأثیر مثبت معنادار داشته است. نیمی از فرضیه اول نیز بر اساس یافته‌های پژوهش تأیید شد. یعنی مداخله آموزشی مبتنی بر سبک زندگی عمومی، سلامت روانی را در بعد بهبودی روان‌شناختی افراد در معرض خطر بیماری قلبی به صورت معنادار ($P > 0/01$) افزایش داده است. اما در بعد درماندگی روان‌شناختی

نتوانست منجر به کاهش معنادار شود. نتایج نشان داد که مدل مداخله آموزشی مبتنی بر سبک زندگی عمومی، رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی را به طور معنادار ($P > 0/01$) بهبود بخشیده است. بر این اساس، فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود.

▼ جدول ۴- نتایج آزمون t برای گروه‌های همبسته

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	(tailed-۲)Sig
سبک زندگی عمومی ۲ - سبک زندگی عمومی ۱	۰/۳۹	۰/۳۱	۴/۴۸	۲۲	۰/۰۰۱
بهبودی روان‌شناختی ۲ - بهبودی روان‌شناختی ۱	۷/۴۳	۱۱/۶۹	۳/۰۴	۲۲	۰/۰۰۶
پیشانی روان‌شناختی ۲ - پیشانی روان‌شناختی ۱	۰/۳۰	۹/۱۸	۰/۱۵۹	۲۲	۰/۸۷۵

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، مدل مداخله آموزشی مبتنی بر سبک زندگی عمومی، بهبودی روانی و رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی را به صورت معنادار افزایش داد. همان‌طور که بیان شد، یافته‌های پژوهشی فرضیه اول را تأیید کردند. یعنی مداخله آموزشی مبتنی بر سبک زندگی عمومی، سلامت روانی افراد در معرض خطر بیماری قلبی را ارتقاء می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (جان استون ۱، ۲۰۰۱؛ کیانی، سودانی، سیدیان و شفیق‌آبادی، ۱۳۸۹)، همسو است. مداخله آموزشی سبک زندگی عمومی، رفتارهای سلامت را افزایش می‌دهد که همین تغییر می‌تواند منجر به افزایش احساس خودکارآمدی فرد و در نتیجه افزایش سلامت روانی شود. همچنین از متغیرهای مهمی که بر سلامت روانی اثرگذار است و در صورت زیاد بودن، اثرات سوء فراوانی بر سلامت جسمی دارد، استرس

است. مداخله آموزشی سبک زندگی عمومی با در بر گرفتن فن آرام‌سازی به کنترل استرس و افزایش آرامش کمک می‌کند. چگونگی پاسخ فرد به استرس نیز بر سلامت او مؤثر است. در مداخله آموزشی سبک زندگی عمومی فن حل مسئله آموزش داده شده است که منجر به مهارت بیشتر فرد در حل مسائلش می‌شود که این به سلامت فرد کمک می‌کند. همچنین در این پژوهش رفتار سالم ورزش کردن تقویت شد که یکی از راه‌های بسیار مفید مدیریت استرس است. ورزش می‌تواند با اثرات مضر استرس مقابله کند. افرادی که ورزش می‌کنند، پاسخ بدنی کمتری به استرس نشان می‌دهند. ورزش منظم همچنین خطر افسردگی را که عامل خطر دیگری برای بیماری قلبی است، کاهش می‌دهد (هالووی، ۲۰۱۵). مداخله آموزشی سبک زندگی، کیفیت زندگی افراد را افزایش می‌دهد که این ادعا در پژوهش‌های پیشین تأیید شده است (اریکسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ جان استون، ۲۰۰۱؛ چینیانی - وو و همکاران، ۲۰۱۱؛ سراپاکوتا و همکاران، ۲۰۱۰) و می‌تواند منجر به افزایش سلامت روانی افراد شود. همچنین کسانی که در این پژوهش شرکت کرده‌اند، در معرض توجه مثبت و سازنده گروه مجری پژوهش قرار گرفته‌اند. در نتیجه این توجه، احساس مثبت در فرد شکل می‌گیرد که می‌تواند منجر به افزایش سلامت روانی شود. همچنین مداخله سبک زندگی عمومی، مداخله‌ای روان‌شناختی محسوب می‌گردد و مداخلات روان‌شناختی می‌توانند منجر به کاهش اضطراب و افسردگی (لیندن، ۱، ۲۰۰۰) و در نتیجه افزایش سلامت روانی شوند. یافته‌های پژوهش حاضر مؤید این واقعیت مهم است که درمان‌های روان‌شناختی تا ۵۵٪ خطر مرگ و میر و وقایع CV را کاهش می‌دهند (انجمن اروپایی قلب‌شناسی، ۲۰۱۳) و لازم است که در برنامه‌های پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی بیشتر مورد توجه قرار گیرند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، مدل مداخله آموزشی سبک زندگی عمومی نتوانست درماندگی روان‌شناختی را کاهش دهد. یکی از دلایل احتمالی این یافته ممکن است این باشد که شرکت کنندگان در این پژوهش طبق معیارهای ورود لازم بود که مبتلا به اختلال روان‌شناختی نباشند و سابقه این اختلال‌ها را نیز نداشته باشند. بر اساس این معیار،

شرکت کنندگان از سلامت روانی برخوردار بودند و می‌توان این احتمال را مطرح کرد که از نظر درماندگی روان‌شناختی خود در پایین‌ترین سطح قرار داشتند. این وضعیت، کاهش درماندگی روان‌شناختی را منتفی می‌سازد. این احتمال نیز مطرح است که در این شرایط خاص، کاهش درماندگی روان‌شناختی مستلزم طول دوره بیشتر مداخله و یا استفاده از مداخلات تخصصی‌تر باشد.

نتایج پژوهش با تأیید فرضیه دوم، نشان داد که مدل مداخله آموزشی مبتنی بر سبک زندگی عمومی، رفتارهای سلامت افراد در معرض خطر بیماری قلبی را ارتقاء می‌دهد. کارآمدی روش‌های مورد استفاده در این مداخله به منظور تغییر مثبت رفتارهای سلامت در پژوهش‌های گذشته (اریکسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ باکلین - تیبود و همکاران، ۲۰۱۰؛ درایی، ۱۹۹۲؛ شیر و همکاران، ۲۰۱۲؛ لیدین و همکاران، ۲۰۱۲)، مورد تأیید قرار گرفته است. در نتیجه همان‌طور که انتظار می‌رفت، این روش‌ها در این پژوهش نیز موفق به ایجاد تغییرات مثبت در رفتارهای سلامت شده‌اند. در جریان این مداخله به افراد در مورد وضعیت جسمی‌شان آگاهی داده شده است (در مورد سبک زندگی، قوت و ضعف‌های آن و نتایج آزمایش خون) که این آگاهی در کنار آموزش‌های مؤثری که دریافت کرده‌اند، می‌تواند منجر به ارتقای رفتارهای سلامت شده باشد. تأثیر مثبت افزایش آگاهی افراد از وضعیت خود بر سلامت آنها در پژوهش‌ها نیز تأیید شده است (کریمی زارچی و نقی‌ئی، ۱۳۸۸). در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزش و در کنار آن فنون شناختی - رفتاری که در این پژوهش به منظور ارتقاء رفتارهای سلامت به کار گرفته شده‌اند، کارایی لازم را داشته‌اند و رفتارهای سلامت افزایش یافته‌اند.

پیشنهاد‌های پژوهشی این مطالعه به پژوهشگران آینده شامل این موارد است: اجرای مداخله آموزشی سبک زندگی در جوامع پژوهشی متنوع و افرادی با سطوح اجتماعی - اقتصادی، تحصیلات و مشاغل متفاوت و مقایسه اثربخشی آن در این گروه‌ها؛ بررسی اثربخشی مداخله آموزشی سبک زندگی عمومی بر پیشگیری از سایر بیماری‌ها و مقایسه اثربخشی مداخله آموزشی سبک زندگی عمومی با سایر مداخلات سبک زندگی. این پژوهش در اجرا با محدودیت‌هایی روبرو بود: به دلیل اجرای این پژوهش در بین کارمندان بیمارستان، تعمیم

نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین به دلیل محدودیت‌های زمانی شرکت‌کنندگان، زمان جلسات فقط یک ساعت بود. با توجه به اهمیت زیاد مداخلات آموزشی روان‌شناختی در پیشگیری از بیماری‌های قلبی، ضروری است مداخلات پیشگیرانه از بیماری‌های قلبی، ابعاد روان‌شناختی را نیز در برگیرند. همچنین به دلیل کم‌هزینه بودن مداخلات آموزشی نسبت به بسیاری از مداخلات، استفاده بیشتر از آموزش به افراد جامعه به منظور پیشگیری از بیماری‌های قلبی بسیار مفید خواهد بود.



منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI) فصلنامه دانشور رفتار، ۱۶، ۱۱-۱۶.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سولی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. مجله علمی پزشکی قانونی، ۵۴، ۸۷-۹۱.
- کرمی، منوچهر؛ مباشری، فرزانه و خسروی شادمانی، فاطمه (۱۳۹۲). سهم تأثیر بالقوه برخی عوامل خطر تعدیل‌پذیر در بار بیماری‌های قلبی - عروقی در ایران: ارزیابی مقایسه‌ای. مجله علوم پزشکی رازی، ۱۰۹، ۶۲-۷۱.
- کریمی زارچی، علی اکبر و نقی‌ئی، محمدرضا (۱۳۸۸). شیوع عوامل خطر ساز بیماری شریان کرونری و تأثیر راهنمایی‌های اصلاح سبک زندگی. مجله پزشکی کوثر، ۳، ۱۵۷-۱۶۲.
- کیانی، رویا؛ سودانی، منصور؛ سیدیان، سیدمسعود و شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس بر نشانگان جسمانی و اضطراب بیماران عروق کرونر قلب شهر اهواز. مجله عملی پزشکی، ۵، ۴۹۵-۵۰۶.
- گال، مردیت؛ بورگ، والتر و گال، جویس (۱۳۸۶). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی (جلد دوم). ترجمه زیر نظر نصر، احمدرضا. تهران: سمت: دانشگاه شهید بهشتی. [تاریخ چاپ اثر اصلی: ۲۰۰۵].
- محمدی‌زیدی، عیسی؛ پاکپورجادی آقا، امیر و محمدی‌زیدی، بنفشه (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۱، ۱۱۳-۱۰۳.
- هکاری، دیانا؛ محمدزاده، رحمت؛ خواجوی کیا، هنگامه؛ و زارعی، سهیلا (۱۳۹۱). مقایسه سبک زندگی زنان یائسه مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر با زنان غیرمبتلا در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۱، ۶۹-۷۷.
- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings, *Social Science Medicine*, 32 (8), 899-908.

- Adler graduate school (2015). Alfred Adler theory and application.
- Artinian, N. T., Fletcher, G. F., Mozaffarian, D., Kris-Etherton, P., Horn, L. V., Lichtenstein, A. H., et al. (2010). Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Journal of American Heart Association*, 122, 406-441.
- Bartlett, E. E. (1995). Cost-benefit analysis of patient education. *Patient Education and Counseling*, 26, 87-91.
- Buclin-Thiebaud, S., Pataky, Z., Bruchez, V., & Golay, A. (2010). New psychopedagogic approach to obesity treatment: A 5-year follow-up. *Patient Education Counseling*, 79, 333-337.
- Bufford, R. K., Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1991). Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 45-70.
- Carlsson, A. C., Wändell, P. E., Gigante, B., Leander, K., Hellenius, M. L., Faire, U. D. (2012). Seven modifiable lifestyle factors predict reduced risk for ischemic cardiovascular disease and all-cause mortality regardless of body mass index: A cohort study. *International Journal of Cardiology xxx* (2012) xxx-xxx
- Chainani-Wu, N., Weidner, G., Purnell, D. M., Frenda, S., Merritt-Worden, T., Pischke, C., Campo, R., Kemp, C., Kersh, E. S., & Ornish, D. (2011). Changes in emerging cardiac biomarkers after an intensive lifestyle intervention. *American Journal of Cardiology*, 108, 498 - 507.
- Cleanthous, X., Noakes, M., Brinkworth, G. D., Keogh, J. B., Williams, G. & Clifton, P. M. (2011). A pilot comprehensive lifestyle intervention program (CLIP) – Comparison with qualitative lifestyle advice and simvastatin on cardiovascular risk factors in overweight hypercholesterolaemic individuals. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 21, 165-172.

- Duryee, R. (1992). The efficacy of inpatient education after myocardial infarction. *Heart Lung*, 21, 217-225.
- Eriksson, M. K., Hagberg, L., Lindholm, L., Malmgren-Olsson, E. B., Osterlind, J., & Eliasson, M. (2010). Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *Arch International Medicine*, 170, 1470–1479.
- European Society of Cardiology (2013). Psychological interventions halve deaths and CV events in heart disease patients.
- Foreyt, J. P. (2005). Need for lifestyle intervention: How to begin. *American Journal of Cardiology*, 96, 11-14.
- Frattaroli, J., Weidner, G., Merritt-Worden, T. A., Frenda, S., Ornish, D. (2008). Angina Pectoris and Atherosclerotic Risk Factors in the Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. *American Journal of Cardiology*, 101, 911 - 918.
- Hendricks, J., & Hatch, L. R. (2006). *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Sixth Edition. Copyright © 2006 by Academic Press.
- Johnston, D. W. (2001). Rehabilitation (Cardiac): Psychosocial Aspects. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 12986 - 12988.
- King, M., Marston, L., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., & Bebbington, P. (2013). Religion, spirituality and mental health: Results from a national study of English households. *The British Journal of Psychiatry*, 202 (1), 68-73.
- Linden, W (2000). Psychological treatments in cardiac rehabilitation: Review of rationales and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 443-454.

- Lidin, M., Ekblom-Bak, E., & Hellènius, M. (2012). Sedentary time decrease in patients with cardiovascular risk factors participating in a structured lifestyle intervention program. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15, 188–264.
- Lin, H., Wu, Q. H., Liu, j., Zhu, X. F., Shen, Y. M., & Zhang, G. Q. (2010). Primary effects of comprehensive lifestyle modification on status of pre-chronic diseases. *Bone*, 47, 385- 458.
- Loef, M. & Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 55, 163-170.
- Noordman, J., V. D. Weijden, T., & V. Dulmen, s. (2012). Communication-related behavior change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 89, 227–244.
- Oh, E. G., Bang, S. Y., Hyun, S. S., Kim, S. H., Chu, S. H., Jeon, J. Y., Im, J. A., Lee, M. K. & Lee, J. E. (2010). Effects of a 6-month lifestyle modification intervention on the cardiometabolic risk factors and health-related qualities of life in women with metabolic syndrome. *Metabolism Clinical and Experimental*, 59, 1035-1043.
- Ripoll, R. M. (2012). Lifestyle medicine: The importance of considering all the causes of disease *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*, 5 (1), 48-52.
- Share, B., Kemp, J., Naughton, G., Obert, P., Aumand, E. (2012). Lifestyle intervention improves cardiovascular disease risk factors in young overweight women. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15, 188–264.
- Srimahachota, S., Wunsuwan, R., Siritantikorn, A., Boonla, C., Chaiwongkarjohn, S., & Tosukhowong, P. (2010). Effects of lifestyle modification on oxidized LDL, reactive oxygen species production and

- endothelial cell viability in patients with coronary artery disease. *Clinical Biochemistry*, 43, 858-862.
- Szakály, Z., Szente, V., Kövér, G., Polereczki, Z., & Szigeti, O. (2012). The influence of lifestyle on health behavior and preference for functional foods. *Appetite*, 58, 406-413.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36 (2), 76-81.
- World Health Organization (2002). The impact of chronic disease in the Islamic Republic of Iran. www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/
- World Health Organization (2012). Cardiovascular diseases (CVDs).
- World Health Organization (2013). Health topics: Cardiovascular diseases.
- World Health Organization (2013). Mental health: a state of well-being.
- World Health Organization (2014). Health topics: mental health.
- World Health Organization (2015). Health topics: Cardiovascular diseases.
- World Health Organization (WHO). The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008. Available from: <http://www.who.int/evidence/bod>
- Design, implement and test the effectiveness of an educational intervention model based on general lifestyle on promoting mental health and health behaviors in people at risk for cardiovascular disease
- Short title: General lifestyle educational intervention model and cardiovascular health

Mohammad Ali Besharat, PhD., University of Tehran

Seyedeh Asma Hosseini, PhD. Student, University of Tehran

Hadi Bahrami Ehsan, Ph D., University of Tehran

Hossein Ali Jahed, Ph D., Azad Islamic University, Yadegar Imam Khomeini
Branch

Akbar Nikpajouh, Ph D., Iran University of Medical Science

