

بکارگیری مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید جهت بررسی بهزیستی روانشناختی زنان در دوران یائسگی

مهدی مشکی^۱، فاطمه محمدزاده^۲، رضا یعقوبی کریموی^۳، فریبا پری افسای^{۴*}

۱- دانشیار، دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۲- مربی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز مشاوره صابر مشهد، مشهد، ایران.

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۲/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۲۹

چکیده

زمینه و هدف

روانشناسی مثبت‌نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی مطرح و آن را در قالب بهزیستی روانشناختی بیان می‌کند و به عنوان داشتن ویژگی‌های مثبتی مانند اعتماد به نفس، روابط اجتماعی مثبت و رضایتمندی می‌داند. هدف از این مطالعه بررسی ابعاد بهزیستی روانشناختی زنان یائسه، بر اساس مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه بصورت مقطعی و به روش نمونه‌گیری تصادفی در مورد ۱۱۰ زن یائسه شهرستان فردوس در سال ۱۳۹۳ اجرا گردید. متغیر بهزیستی روانشناختی با بهره‌گیری از آزمون ۸۴ سوالی ریف و همکاران، که دارای ۶ مؤلفه خودمختاری، هدفمندی در زندگی، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود است سنجیده شد. در تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و نرم‌افزار SPSS v.17 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه 47.26 ± 51.62 سال و میانگین تعداد فرزندان 1.38 ± 3.42 بدست آمد. ۶۱/۸ درصد افراد، تحصیلات ابتدایی داشتند. آزمون همبستگی پیرسون، همبستگی مثبت و معنی‌داری بین بهزیستی روانشناختی با عوامل مستعدکننده (آگاهی، نوع نگرش نسبت به پدیده یائسگی)، عوامل محیطی- رفتاری، عوامل قادرکننده و عوامل تقویت‌کننده نشان داد ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه افزایش سطح آگاهی و ایجاد نگرش مثبت و ارتقاء رفتارهای سالم، گام‌هایی مؤثر جهت ارتقای بهزیستی روانشناختی زنان یائسه می‌باشد.

کلیدواژه‌ها

بهزیستی روانشناختی، یائسگی، تحلیل رفتاری، الگوی پرسید

* نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی گناباد، دانشکده بهداشت.

پست الکترونیک: Fpf357@gmail.com



■ مقدمه

ریف بهزیستی روانشناختی را «تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد می‌داند». در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود (۵).

بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روانشناختی از شش عامل پذیرش خود^۵ (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران^۶ (برقراری روابط گرم و صمیمانه و توانایی همدلی)، خودمختاری^۷ (احساس استقلال و توانایی مقاومت در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند^۸ (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی^۹ (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط^{۱۰} (توانایی فرد در مدیریت و سازگار شدن با تغییرات محیطی) تشکیل می‌شود (۶).

بهزیستی روانشناختی از مؤلفه‌های رضایت از زندگی و رضایت در زمینه‌هایی مانند ازدواج، کار، درآمد، مسکن و آسودگی، احساس عاطفه مثبت و منفی و حتی قضاوت درباره واقعی بودن و معنادار بودن زندگی تشکیل می‌شود (۷).

اگر چه زنان و مردان مباحث مشترکی در امر سلامت دارند اما زنان با مسایل ویژه‌ای ناشی از شرایط فیزیولوژیک خود، مواجه هستند. یکی از این مسایل، دوره گذار یائسگی^{۱۱} می‌باشد که کاهش استروژن در این دوران مشکلات مضاعفی را به دنبال خواهد داشت (۸). طی این دوره به دلیل تغییرات هورمونی، قدرت باروری کاهش و خطر بروز تغییرات جسمی و روانی افزایش می‌یابد (۹) و شناخت عوامل خطر و کنترل عوارض آن، از ضروریات زندگی زنان محسوب می‌شود که از طریق آموزش بهداشت به این گروه عملی است (۱۰). بر اساس آمار منتشر شده توسط سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، تا سال ۱۴۰۰ هجری شمسی، حدود ۵ میلیون زن در سنین یائسگی خواهند بود (۱۱).

مطالعات انجام شده در ایران جهت تعیین میزان آگاهی و عملکرد زنان میانسال نشان داد ۴۰/۳ تا ۴۴/۵ درصد از این گروه دارای آگاهی ضعیف بوده و ۵/۴ تا ۹/۶ درصد از آنان نگرش منفی در

سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را به عنوان «حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای روانی بهنجار زندگی کنار آید، به نحو پرتنر و مولدی کار کند و برای اجتماع خویش مفید باشد» تعریف می‌کند (۱). از ویژگی‌های مهم روانی که افراد سالم باید از آن بهره‌مند باشند، احساس بهزیستی^۱ یا رضایتمندی است.

Karademas بهزیستی را واکنش‌های عاطفی و شناختی برای درک توانمندی‌ها و ویژگی‌های شخصی، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان در رابطه مناسب با اجتماع و رشد و پیشرفت مثبت در طول زمان می‌داند که دربرگیرنده رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت است (۲).

مروری بر مقالات منتشر شده در یکصد سال گذشته از ۱۹۰۷ تا ۲۰۰۷ نشان می‌دهد که در مقایسه با ۷۷۶۱۴ مقاله منتشر شده پیرامون تنش، ۴۴۶۶۷ مقاله درباره افسردگی و ۲۴۸۱۴ مقاله پیرامون اضطراب، فقط تعداد ۶۴۳۴ مقاله درباره بهزیستی بوده است. با این وجود، در سال‌های اخیر پژوهشگران بطور روزافزونی به مطالعه بهزیستی ذهنی و روانشناختی علاقمند شده‌اند (۳).

بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می‌کند، رویکردهای جدید بر «خوب بودن»^۲ به جای «بد یا بیمار بودن»^۳ تأکید می‌کنند (۴). از این منظر، تنها عدم وجود نشانه‌های بیماری‌های روانی، شاخص سلامتی نیست، بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی‌های مثبتی از این دست نشان‌دهنده سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازی قابلیت‌های خود است. گروهی از روانشناسان به جای اصطلاح سلامتی روانی از بهزیستی روانشناختی که بیشتر، ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می‌کند استفاده کرده‌اند (۴). در این راستا، مدل‌هایی مانند مدل بهزیستی ذهنی^۴ Diener و مدل ۶ عاملی بهزیستی روانشناختی Ryff تدوین شده‌اند که در تعریف و تبیین سلامت روانی به جای تمرکز بر بیماری و ضعف، بر توانایی‌ها و داشته‌های فرد متمرکز هستند (۴).

^۵ Self – acceptance

^۶ Positive Relations with Others

^۷ Self-determination

^۸ Purpose in Life

^۹ Personal Growth

^{۱۰} Environmental Mastery

^{۱۱} Menopausal transition

^۱ Well – being

^۲ Wellness

^۳ Illness

^۴ Subjective Well-being

مورد جنبه‌های مختلف یائسگی داشتند (۱۲). زنان یائسه، اغلب از فقدان اطلاعات مربوط به دوران یائسگی رنج می‌برند و درک آنها از مشکلات و مسائل آن بسیار سودمند می‌باشد (۱۳).

این عدم آگاهی و دسترسی به اطلاعات مربوط به یکی از چالش‌های پیش رو در زمینه یائسگی تبدیل شده که با دریافت اطلاعات ضد و نقیض تشدید می‌شود. کلید حل این مشکل در آگاه‌سازی زنان در این زمینه با شیوه‌های یادگیری متناسب با بستر و هنجارهای اجتماعی است (۱۴).

در مباحثه گروهی انجام شده توسط Ohashi و Satoh در رابطه با بررسی نظرات زنان یائسه در کاربرد شیوه‌های آموزشی انجام شده، ۸۳ درصد خواستار کسب اطلاعات در مورد نشانه‌های یائسگی و راهکارهای روبرویی با آن از طریق روش‌های مختلف آموزشی بودند (۱۵).

یکی از اهداف بهداشت برای همه افراد جامعه در قرن ۲۱، ارتقای کیفیت زندگی است. لذا استفاده از یک الگو به عنوان چارچوبی برای شناسایی عواملی که در ضعف کیفیت زندگی زنان یائسه و کاهش وضعیت سلامت آنها دخیل هستند، لازم است. همچنین طراحی برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای کیفیت زندگی زنان یائسه امری ضروری به نظر می‌رسد. بررسی منابع، کارایی الگوی پرسید را در پیش‌بینی کیفیت زندگی گروه‌های مختلف مردم نشان می‌دهد (۱۶).

الگوی پرسید، فرایندی برای تغییر رفتار است و نتیجه احتمالی حاصل از یک برنامه آموزشی را بررسی می‌کند. این الگو، اول چراها و بعد چطورها را مطرح می‌نماید، به عبارتی در آموزش بهداشت از آخر شروع کرده و به اول می‌رسد. هدف از الگوی پرسید، پاسخ به این سؤالات است: چه می‌خواهیم؟ چگونه می‌توانیم به سلامتی برسیم؟ از پیشرفته‌ترین تکنیک‌ها چگونه استفاده کنیم؟ چگونه از انتها به ابتدا برسیم؟ چگونه از کل به جزء و از انتها به ابتدا برنامه‌ریزی کنیم. بطور کلی، کار با این الگو شبیه حل معماست. واژه پرسید^۱، کلمه ایست که از ترکیب حروف ابتدایی اجزای این الگو تشکیل شده است، و اجزاء مدل عبارتند از: عوامل مستعدکننده^۲، عوامل تقویت^۳، عوامل قادرکننده^۴، موجبات قادرسازی در تشخیص

علت‌ها^۵، آموزشی^۶، تشخیص^۷، ارزشیابی^۸.

طراحی یک برنامه آموزش بهداشت موثر، در الگوی پرسید شامل مراحل زیر می‌باشد:

تشخیص اجتماعی، تشخیص اپیدمیولوژیکی، تشخیص رفتاری، شناخت عوامل بالقوه موثر در رفتار بهداشت، تشخیص آموزشی (تعیین روش مواد)، تشخیص مدیریتی، ارزشیابی (۱۷).

در مطالعات مختلف الگوی پرسید، نظر مؤثری جهت شناسایی نیازها در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت شناخته شده است. مطالعه جلیلی کارایی این مدل آموزشی را در کنترل کم‌خونی کودکان نشان داد (۱۸). همچنین با توجه به نتایج پژوهش‌های متفاوت، این الگو (که در سال ۱۹۸۰ توسط لارنس گرین تدوین یافت) چارچوبی را فراهم می‌کند که به موجب آن عوامل مستعدکننده (دانش، نگرش، ادراکات، باورها و...)، تقویت‌کننده (تأثیر دیگران، خانواده، همسالان، کارکنان بهداشتی و ...) و قادرکننده (قابل دسترس بودن منابع، مهارت‌ها و ...) به عنوان عوامل مؤثر بر رفتار در تشخیص آموزشی تعیین می‌گردند (۱۸).

■ مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی است و جامعه پژوهش، زنان یائسه ۴۷ تا ۵۵ ساله شهرستان فردوس در سال ۱۳۹۳ می‌باشد. معیار ورود زنان به مطالعه، وقوع یائسگی بطور فیزیولوژیک و گذشت یک سال از آن، تأهل، باسواد بودن و سکونت در شهرستان فردوس بود. نمونه‌ها از مراکز بهداشتی درمانی شهرستان فردوس به روش تصادفی انتخاب شدند.

حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه قبلی (۱۹) و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۱۱۰ نفر تعیین گردید. ابزار گردآوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول، پرسشنامه محقق-ساخته که طبق مطالعات مشابه (۴۱، ۱۶) جهت سنجش و تحلیل عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید می‌باشد و در ۵ بخش تدوین گردیده است. روایی پرسشنامه مذکور توسط اساتید مجرب در این زمینه تأیید شد و پایایی آن با آزمون آلفا کرونباخ محاسبه گردید ($\alpha = 0/83$).

^۵ Causes

^۶ Educational

^۷ Diagnosis

^۸ Evaluation

^۱ PRECEDE

^۲ Predisposing

^۳ Reinforcing

^۴ Enabling

وی در سال ۱۹۸۹ در پژوهشی روی نوجوانان و بزرگسالان جوان، پایایی بین ۰/۹۳ و ۰/۸۶ برای عوامل بدست آورد. نتایج Ryff و Keyes با روش معادلات ساختاری روی آزمودنی‌های میانسال، حاکی از تأیید مدل و پایایی مناسب آزمون بود (۲۱).

در مطالعه دیگری نیز به منظور هنجاریابی مقیاس بهزیستی روانشناختی در ایران روی نمونه‌ای ۱۴۵ نفری، ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روانشناختی Ryff، ۰/۸۲ (۰/۰۱ < P) بدست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود (۲۲). همچنین همبستگی این مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی اکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب (۰/۴۷)، (۰/۵۸) و (۰/۴۶) بدست آمد (۲۳).

مقدار پایایی این آزمون به روش دو نیمه کردن و آلفا کرونباخ ۰/۷۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است (۲۴). در نتیجه این پرسشنامه برای استفاده در ایران معتبر می‌باشد و در پژوهش‌های متعدد در جامعه ایرانی مورد استفاده قرار گرفته است.

جهت سنجش میزان خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی Sherer و همکاران استفاده شد که ضریب اعتبار (پایایی) گزارش شده در آن نسبتاً بالا و رضایت‌بخش می‌باشد. آلفا کرونباخ بدست آمده برای مقیاس خودکارآمدی عمومی برابر ۰/۸۶ بود و سؤالات پرسشنامه بصورت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، حد وسط، موافقم و کاملاً موافقم) سنجیده شد. (۲۵).

پس از کسب موافقت شرکت‌کنندگان و جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.17 و به کمک آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، تعداد و درصد) و آزمون همبستگی اسپیرمن (به دلیل نرمال نبودن داده‌ها با توجه به نتیجه آزمون کلموگروف-اسمیرنوف)، ANOVA و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

■ یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۱۱۰ نفر از زنان یائسه سالم ۴۵ تا ۶۵ ساله شهر فردوس، از نظر بهزیستی روانشناختی و رابطه آن با برخی عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید، مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان مورد بررسی 42.6 ± 5.1 سال و میانگین تعداد فرزندان خانواده 1.38 ± 3.42 بود. سایر مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد بررسی در جدول شماره یک نشان داده شده است.

بخش اول پرسشنامه، ۸ سؤال اطلاعات فردی در زمینه سن، سطح تحصیلات، شغل و غیره بود. در بخش دوم نیز ۱۷ سؤال محیطی-رفتاری مطرح شد. بخش سوم پرسشنامه اختصاص به سنجش عوامل مستعدکننده در قالب ۶ سؤال آگاهی و ۱۴ سؤال نگرش بود که، سؤالات سنجش آگاهی، در سه حیطه آگاهی از علائم یائسگی، آگاهی از عوارض آن و نیز برخی راه‌های کنترل این عوارض بود. در این سنجش به هر پاسخ صحیح یک امتیاز داده شد و در غیر این صورت امتیازی تعلق نگرفت. سؤالات سنجش نگرش، بصورت مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) طراحی شده بود. بالاترین امتیاز برای نگرش مثبت، ۵ و کمترین امتیاز نگرش منفی، یک در نظر گرفته شد.

بخش چهارم این پرسشنامه اختصاص به عوامل قادرساز داشت که در قالب ۶ سؤال سنجیده شد. در این مطالعه، دسترسی به منابع اطلاعاتی، برگزاری کلاس‌های آموزشی و مهارت‌های لازم جهت کنترل عوارض این دوره از جمله فعالیت‌های اجتماعی در نظر گرفته شدند. پاسخ به سؤالات بصورت بلی، تا حدودی و خیر طراحی شده بود که به پاسخ خیر امتیاز یک، به پاسخ تا حدودی امتیاز ۲، و به پاسخ بلی امتیاز ۳ تعلق گرفت. در بخش پنجم پرسشنامه مذکور، سنجش عوامل تقویت‌کننده در قالب ۳ سؤال، و بخش حمایت خانواده با ۵ سؤال مطرح شد که درک زنان یائسه را از حمایت درک شده از اطرافیان و خانواده می‌سنجید. پاسخ به سؤالات بصورت بلی، تا حدودی و خیر بود که به پاسخ‌های خیر امتیاز یک، تا حدودی امتیاز ۲ و بلی امتیاز ۳ تعلق گرفت.

پرسشنامه استاندارد بهزیستی روانشناختی Ryff

این پرسشنامه ابزار جمع‌آوری اطلاعات مقیاس بهزیستی روانشناختی بود که در سال ۱۹۸۹ توسط ریف ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل را دربرمی‌گیرد. آزمودنی‌ها در مقیاسی ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند.

آلفا کرونباخ بدست آمده در مطالعه Ryff برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است (۲۰).

مطالعات متعددی ویژگی‌های روانسنجی نسخه‌های کوتاه آزمون Ryff را بررسی کرده‌اند (۲۱).

یائسگی، عوامل محیطی رفتاری، عوامل قادرکننده، عوامل تقویت-کننده و خودکارآمدی همبستگی دارد ($\alpha = 0/01$). همچنین آنالیز رگرسیون لجستیک برای متغیرهای الگوی پرسید نشان داد که سازه نگرش و عوامل تقویت کننده نسبت به عوامل محیطی رفتاری، عوامل قادرکننده و خودکارآمدی از قدرت پیش-بینی کنندگی بیشتری در بهزیستی روانشناختی زنان در دوران یائسگی برخوردار است.

این جدول همچنین میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد بهزیستی روانشناختی و همچنین نمره عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید را نشان می دهد که میانگین نمره کلی بهزیستی روانشناختی زنان یائسه، $47/72 \pm 340/13$ بدست آمد.

جدول شماره ۲ همبستگی بین بهزیستی روانشناختی با عوامل مرحله تحلیل رفتاری الگوی پرسید را نشان می دهد. بهزیستی روانشناختی کلی زنان یائسه، با آگاهی و نگرش آنها نسبت به پدیده

جدول شماره ۱- میانگین نمره ابعاد بهزیستی روانشناختی زنان یائسه و میانگین نمره عوامل مرحله تحلیل رفتاری مدل پرسید

متغیر	میانگین	انحراف معیار
خودمختاری	۵۳/۳۹	۷/۱۵
تسلط بر محیط	۵۹/۷۸	۸/۴۸
رشد شخصی	۵۸/۹۶	۸/۲۱
روابط مثبت	۶۰/۶۸	۹/۴۸
زندگی هدفمند	۵۸/۵۵	۹/۳۷
عامل پذیرش خود	۵۶/۹۵	۸/۸۷
عوامل مستعدکننده آگاهی نگرش	۶/۷۳	۱/۷۶
	۵۳/۰۵	۷/۰۰
عوامل محیطی - رفتاری	۳۶/۲۸	۵/۱۳
عوامل قادرکننده	۱۳/۵۳	۲/۷۲
عوامل تقویت کننده	۷/۶۹	۱/۶۰
خودکارآمدی	۱۱/۲۵	۱/۰۹
بهزیستی روانشناختی	۳۳۹/۳۳	۴۷/۶۲

جدول شماره ۲- همبستگی بین سازه های الگوی پرسید

متغیرها	نگرش	محیطی- رفتاری	قادرکننده	تقویت کننده	خودکارآمدی	بهزیستی روانشناختی
نگرش	۱					
محیطی رفتاری	۰/۵۱۵*	۱				
قادرکننده	۰/۴۴۴	۰/۵۱۴*	۱			
تقویت کننده	۰/۳۲۵	۰/۴۶۳	۰/۳۲۰	۱		
خودکارآمدی	۰/۲۹۴	۰/۲۸۶	۰/۲۹۸	۰/۲۸۶	۱	
بهزیستی	۰/۵۶۷*	۰/۵۱۵*	۰/۴۵۱	۰/۴۵۶	۰/۳۷۱	۱

■ بحث

یائسه با نوع نگرش آنها نسبت به پدیده یائسگی وجود دارد، بطوریکه زنانی که از نگرش مثبتی نسبت به این پدیده برخوردار بودند بهزیستی روانشناختی بالاتری داشته و در نقطه مقابل مطالعات دیگر نیز بروز شدت بیشتر در علائم یائسگی را در بین زنان با نگرش منفی پیش‌بینی نموده‌اند (۳۲).

در مطالعه‌ای میزان افسردگی در زنانی که نگرش منفی نسبت به یائسگی دارند بیشتر گزارش شده است (۳۳). Lucas و Diner در بررسی تفاوت در سطوح شادی اجتماعی نشان دادند که افراد با احساس بهزیستی بالا هیجانات مثبت را تجربه و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند. درحالی‌که افراد با احساس بهزیستی پایین، رویدادهای زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌نمایند (۳۴).

نتایج حاضر نشان‌دهنده وجود ارتباط معنی‌دار میان بهزیستی روانشناختی با عوامل محیطی-رفتاری آنهاست. عوامل محیطی-رفتاری شامل شرایط زندگی اجتماعی، اقتصادی، عوامل رفتاری و غیررفتاری می‌باشد که تغذیه، کار، تفریح و عدم تحرک جزء عوامل رفتاری و سن و جنس جزء عوامل غیررفتاری محسوب می‌شوند (۳۵). تفاوت‌هایی که از نظر وضعیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت مشاهده می‌گردد، می‌تواند در نتیجه تأثیرات مؤلفه‌های سلامتی یا دامن‌های از عوامل شخصی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی باشد که وضعیت سلامتی افراد را تعیین می‌کنند. عوامل تأثیرگذار بر سلامتی متعدد هستند و ارتباط متقابلی بین آنها وجود دارد (۳۶). مطالعه حاضر نشان داد بهزیستی روانشناختی زنان یائسه با خودکارآمدی درک شده آنان ارتباط مستقیم دارد که این یافته با سایر مطالعات در زمینه بررسی تأثیر خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت همخوانی دارد (۳۷). خودکارآمدی درک شده مقدمه یک رفتار است و باعث سازماندهی مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان می‌گردد (۳۸). مطالعه مشابهی نشان داد احساس کنترل داشتن بر وقایع و خودکارآمدی بالا، موجب بالا رفتن سطح بهزیستی روانی و رضایت از زندگی می‌شود (۳۹).

Mishra معتقد است اعتماد فرد به توانایی‌هایش در کنترل علائم یائسگی از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشد (۴۰).

یائسگی فرایند زیستی، اجتماعی، روانی و فرهنگی و یک تجربه عمومی بیولوژیک و در برگیرنده تظاهرات فیزیولوژیکی است که در نتیجه تغییرات هورمونی ایجاد شده و می‌تواند بحران‌های روانی اجتماعی و مشکلات بهداشتی جدی را در پی داشته باشد (۲۶). آشنایی زنان با این تغییرات و درک دلایل آن ضروری‌ست و کمک می‌نماید با آگاهی کافی و نگرش مثبت وارد این مرحله از زندگی خود شوند. در واقع آموزش، یکی از مهم‌ترین راه‌های توانمندسازی بانوان است (۲۷).

مطالعه حاضر سن متوسط یائسگی را 41 ± 4 سال نشان داد. گروه تحقیقاتی سازمان بهداشت جهانی این فاکتور را در جوامع صنعتی ۵۱ سالگی و در کشورهای در حال رشد اواخر دهه چهارم زندگی گزارش کرده‌اند. بر اساس الگوی پرسید، فاکتورهای بالقوه مؤثر بر یک مشکل بهداشتی، در مرحله آموزشی این مدل، در سه دسته عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده و همچنین عوامل محیطی-رفتاری قرار می‌گیرد. در این مطالعه آگاهی و نگرش زنان یائسه به عنوان عوامل مستعدکننده مد نظر است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بهزیستی روانشناختی زنان یائسه، با آگاهی آنها در زمینه مسائل یائسگی ارتباط مستقیم آماری دارد که با نتایج مطالعات مشابه همخوانی دارد. زنان یائسه، اغلب از فقدان اطلاعات دوران یائسگی رنج می‌برند و درک آنها از مشکلات و مسائل آن بسیار سودمند می‌باشد. آگاهی، اثر مثبتی در مراقبت از سلامت و افزایش رفتارهای بهداشتی خواهد داشت و منجر به پیشرفت در دریافت خدمات و افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی می‌گردد. در نتیجه برای همه زنانی که یائسگی را تجربه می‌کنند باید آموزش و حمایت لازم انجام شود (۲۸). برای ایجاد تغییر مداوم در رفتار، ایجاد آگاهی و نگرش مثبت امری مفید و منطقی است (۲۹).

مطالعه Osinowo تأثیر درک از یائسگی و رضایت از این دوران، ضرورت ایجاد حساسیت در زنان در مورد یائسگی و آموزش آنان در مورد بهبود «تصور از خود» را بر رضایت‌مندی زناشویی و جنسی نشان داد و نهایتاً افزایش آگاهی را دلیلی در بهبود کیفیت زندگی معرفی نمود (۳۰). همچنین ارتقاء آگاهی در خصوص مسائل یائسگی، این دوره را توأم با آسایش، آرامش و لذت بیشتر از زندگی می‌نماید (۳۱). پس بنابراین افزایش آگاهی زنان موجب بهبود وضعیت آنان در دوران یائسگی خواهد شد. همچنین در یافته‌های مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری بین بهزیستی روانشناختی زنان

بعضی مطالعات نیز نشان داده‌اند قدرت سازگاری افراد که ارتباط زیادی با خودکارآمدی آنها دارد، عامل بسیار مهمی در سلامت ذهنی بهتر و افسردگی کمتر زنان یائسه می‌باشد (۴۱). طبق نتایج برخی مطالعات، زنانی که از شرایط اقتصادی خود راضی بودند از علائم جسمی و روانی-اجتماعی کمتری رنج می‌بردند (۴۲). در مطالعه‌ای نیز زنان دارای درآمد بالاتر از سطح سلامت بهتری برخوردار بودند و علائم یائسگی کمتری داشتند. در این مطالعه این گروه از زنان، نشانه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی کمتری نسبت به زنان با درآمد پایین‌تر گزارش نمودند (۴۳). مؤلفه‌های سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی، از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان یائسه شناخته شده‌اند که در زمینه سطح تحصیلات اغلب مطالعات وجود این رابطه را تأیید می‌کنند (۴۰، ۴۴). هر چه سطح تحصیلات زنان یائسه پایین‌تر باشد شرایط روحی-روانی آنها نامطلوب‌تر است و سلامت روانی آنها کاهش می‌یابد. آنچه مسلم است این است که زنانی که تحصیلات بالاتری دارند، دسترسی بیشتری به خدمات بهداشتی و منابع اطلاعاتی داشته، از آگاهی بالاتری برخوردار بوده و از مشاوره پزشکی بیشتری بهره می‌برند و در نتیجه، تجربیات آزاردهنده کمتری دارند (۴۵-۴۱).

در این مطالعه ارتباط مستقیم معنی‌داری بین بهزیستی روانشناختی زنان یائسه با عوامل قادرکننده همچون دسترسی به منابع اطلاعاتی، شرکت در برنامه‌های آموزشی در زمینه مسائل یائسگی و فعالیت‌های اجتماعی وجود داشت. نتایج مطالعات مختلف در زمینه نقش برنامه‌های آموزشی در ارتقای کیفیت زندگی زنان یائسه، نشان می‌دهد که شرکت در کلاس‌های آموزشی، علاوه بر افزایش آگاهی ایشان، باعث بهبود نگرش و ایجاد حس اطمینان، قدرت و ارزشمندی بیشتری شده و در نتیجه شدت بروز علائم یائسگی در آنها کاهش می‌یابد و کیفیت زندگی بهبود پیدا می‌کند (۴۶). پژوهشی در سال ۲۰۱۰ نشان داد تعداد دوستان نزدیک، حمایت اجتماعی و فراوانی مشارکت اجتماعی رابطه مثبت و مستقیمی با سلامت خود ارزیابی شده دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معکوسی با عاطفه منفی دارد و خطر بیماری قلبی-عروقی، مرتبط با خلق و خوی افسرده را تضعیف می‌کند (۴۷). Miao و Wang در بررسی تحقیقاتی از بهزیستی روانشناختی دانشجویان نشان دادند که زنان و مردان در ابعاد مختلف این زمینه با هم متفاوتند، زیرا منابع استرس و امکانات متفاوتی در اختیار هر جنس قرار می‌گیرد که باعث به وجود آمدن تفاوت در وضعیت سلامتی آنها می‌شود (۴۸).

در این مطالعه ارتباط میان بهزیستی روانشناختی با عوامل تقویت‌کننده معنی‌دار شد. عوامل تقویت‌کننده، حمایت اجتماعی درک شده توسط زنان بود که نتایج سایر مطالعات نیز حاکی از تأثیر گذاری این فاکتور در کیفیت زندگی ایشان می‌باشد (۴۹). حمایت اطرافیان مخصوصاً همسر می‌تواند شرایط روانی مثبتی را برای زنان یائسه رقم بزند. در این زمینه برخی مطالعات نشان داده که تأسیس شبکه‌های اجتماعی نقش مثبتی در ارتقای سلامت جسمی و روانی ایشان دارد. همچنین نتایج برخی مطالعات گویای این مطلبند که زنانی که در خانواده از حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند از جانب همسر برخوردارند کمتر دچار مشکلات روحی روانی می‌شوند (۵۰). همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که در فرهنگ‌هایی که در آنها مقام و منزلت زنان، پس از یائسگی، در خانواده و اجتماع افزایش یافته و حمایت اجتماعی از طرف اعضای خانواده، خصوصاً همسر صورت گرفته است، زنان کمتر دچار اختلالات روحی-روانی شده و از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند (۵۱). Irina و همکارانش نشان دادند افراد دارای بهزیستی روانشناختی بالا، از زندگی خانوادگی خود رضایت دارند، روابط خوبی برقرار می‌کنند و دوستان زیادی دارند. در ضمن بهزیستی روانی با انگیزه‌های درونی ارتباط دارد و سطوح بالاتر شادکامی موجب ارتقاء مهارت‌های اجتماعی شده و از افسردگی جلوگیری می‌کند (۵۲).

در پژوهش Seawell و همکاران با عنوان تأثیر حمایت اجتماعی بر تبعیض نژادی در بهزیستی زنان آمریکایی-آفریقایی تبار با بررسی ۵۹۰ زن در دو زمان، نقش حمایت کلی اجتماعی و مناسب را یک سال بعد از مداخله در کاهش اثرات مخرب تبعیض نژادی روی نشانه‌های افسردگی مؤثر نشان دادند (۵۳).

برخی محققان بر این باورند که وضعیت سلامت افرادی که بیشتر توسط خانواده یا دوستان حمایت می‌شوند در مقایسه با گروهی که از لحاظ اجتماعی حمایت کمتری داشتند، در جایگاه بهتری قرار دارد (۵۴). Friedlander و همکاران معتقدند که حمایت اجتماعی ادراک شده بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد و به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته شده است (۵۵). در این زمینه Berkman معتقد است حمایت اجتماعی از طریق حمایت عاطفی، حس صمیمیت ایجاد می‌کند و خانواده مهم‌ترین عامل برقراری ارتباط محبت‌آمیز یا پشتیبانی عاطفی است (۵۶).

تجربه می‌کنند که دامنه‌ای از برانگیختگی و اشتیاق تا عصبانیت، اضطراب و افسردگی را به دنبال دارد. در این میان افراد خوش‌بین انتظار نتایج مثبت را دارند و این اطمینان آمیزه‌ای از احساسات نسبتاً مثبت را به همراه دارد که باعث دوری ایشان از احساسات منفی مانند اضطراب، عصبانیت و غمگینی می‌شود و از سلامت بیشتری برخوردار می‌شوند (۶۱).

■ نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه بانوان حدود یک سوم عمر خود را بعد از یائسگی طی کرده و در این دوران در معرض مشکلات روانشناختی قرار می‌گیرند، در راستای اهمیت سلامت این گروه و نقش ایشان در سلامت جامعه، ضرورت وجود بخشی جهت مراقبت از زنان یائسه در سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی و وجوب تدوین برنامه‌های آموزشی لازم، احساس می‌شود. با توجه به اینکه از محدودیت‌های این پژوهش عدم مداخله آموزشی زنان در دوران یائسگی و همچنین عدم آموزش خانواده آنان به عنوان عوامل تقویت‌کننده می‌باشد، لازم است علاوه بر افزایش آگاهی و ایجاد نگرش مثبت زنان نسبت به پدیده یائسگی، نقش مؤثر حمایت اجتماعی خانواده به منظور حمایت عاطفی و بهبود بهزیستی روانشناختی آنان مورد توجه قرار گیرد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد آموزش لازم در خصوص شیوه‌های زندگی سالم جهت ارتقاء آگاهی و ترغیب زنان یائسه و اعضای خانواده آنان در این زمینه صورت پذیرد و همچنین بررسی و طراحی مداخلات آموزشی با استفاده از الگوها و تئوری‌های دیگر آموزش بهداشت در زمینه سلامت زنان در دوران یائسگی و به خصوص بهزیستی روانشناختی برای خانواده‌ها پیشنهاد می‌گردد. توسعه فرهنگ ورزش بین زنان یائسه، رفع موانع موجود و دسترسی آنان به امکانات مورد نیاز و بهینه‌سازی اوقات فراغت زنان در دوران یائسگی با برنامه‌ریزی فعالیت‌های اجتماعی فرهنگی نیز باید در راستای بهبود بهزیستی روانشناختی زنان در دوران یائسگی مد نظر قرار گیرد.

■ تشکر و قدردانی

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد، شبکه بهداشت و درمان شهرستان فردوس، بویژه همکاران محترم مراکز بهداشتی درمانی و کلیه بانوان شرکت‌کننده در اجرای این طرح تشکر نماییم.

وجود حمایت اجتماعی در افراد می‌تواند باعث کاهش بیماری‌های قلبی، فشارخون، سردردهای عصبی، ناراحتی‌های گوارشی و غیره شود و اعتماد به نفس و عزت نفس را در افراد افزایش می‌دهد (۵۷). مطالعه حاضر نشان داد بین سازه‌های الگوی پرسید و بهزیستی روانشناختی همبستگی وجود دارد و این همبستگی بین دو سازه نگرش و محیطی- رفتاری با بهزیستی روانشناختی بیشتر است. همچنین آنالیز رگرسیون لجستیک برای متغیرهای الگوی پرسید نشان داد که سازه نگرش و عوامل تقویت‌کننده در مقایسه با عوامل محیطی- رفتاری، عوامل قادرکننده و خودکارآمدی از قدرت پیش-بینی‌کنندگی بیشتری در بهزیستی روانشناختی برخوردار است. نتایج مطالعه Francis نشان داد افراد با خودکارآمدی بالا روابط بهتری برقرار می‌کنند و احساس رضایتمندی بیشتری از زندگی دارند. افراد با خودکارآمدی بالا، معمولاً درک درست‌تری از ویژگی‌های روانی خود دارند، در برقراری ارتباط با دیگران راحت‌ترند، به آسانی می‌توانند عواطف منفی را کنترل کنند و از رضایتمندی بالاتری در زندگی برخوردارند (۵۸).

از نظر راجی و همکاران، احساس خودکارآمدی بالا، سلامت شخصی، توانایی انجام تکالیف و کارها را به طرق متعدد افزایش می‌دهد و باعث می‌شود تا افراد، تکالیف مشکل را به عنوان چالشی در نظر بگیرند که باید بر آن مسلط شوند. آنها اطمینان دارند که می‌توانند تهدیدهای بالقوه را تحت مهار خود درآورده و به خوبی با شرایط سازگاری یافته و اضطراب و افسردگی کمتر و بهزیستی روان شناختی بالاتری را تجربه کنند (۵۹). عوامل تقویت‌کننده و عوامل حمایتی با بهزیستی روانشناختی رابطه دارد و به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی است که یافته‌های این پژوهش، با دیگر تحقیقات همسویی دارد. می‌توان گفت افرادی که دارای سطوح بالای حمایت اجتماعی هستند از احساس تعلق و عزت نفس بیشتری برخوردار بوده و با یک چشم‌انداز مثبت و خوش‌بینانه، می‌توانند برای سلامتی افراد سودمند باشند. خانواده، کانون مهم اجتماعی است که نقش بسیار مهمی در رشد و بالندگی افراد دارد و حمایت این نهاد، به افراد کمک می‌کند تا احساس خودارزشمندی نمایند (۶۰).

نگرش‌ها و گرایش‌های مثبت می‌توانند برنامه‌ریزی برای بهبود، جستجوی اطلاعات و بازسازی موقعیت‌های نامناسب بر حسب مثبت‌ترین جنبه‌هایشان را پیش‌بینی کنند. از سویی هنگامی که افراد با ناملایمات و مشکلات روبرو می‌شوند هیجانات متنوعی را



■ References

1. Joshanloo M, Rostami R, Nosratabadi M. Examining the Factor Structure of Keyes' Comprehensive Scale of Well-being. *Developmental Psychology*. 2006;3(9):35-51. [Persian]
2. Momeni Kh, Karami J, Shahbazirad A. The relationship between Spirituality, psychological resiliency and coping strategies with students. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2013;16(8):626-34. [Persian]
3. Dastjerdi R, Farzad V, Kadivar P. The role of five big personality factors in predicting psychological well-being. *J Birjand Univ Med Sci*. 201;18(2):126-33. [Persian]
4. Michaeli Manee F. The Study of Undergraduate Students' Psychological Well-being Status in Urmia University. *Ofoghedanesh*. 2011;16(4):65-72. [Persian]
5. Ryff CD. Psychological Well-being in Adult Life. *Curr Dir Psychol Sci*. 1995;4:99-104.
6. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*. 1995;69(4):719-27.
7. Taheri M, Yaryari F, Sarami GH, Adibmanesh M. The Relationship between Identity Styles, Happiness and Psychological Wellbeing in Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2013;14(1):72-82. [Persian]
8. Abdi N, Solhi M. Quality of Life in Postmenopausal Women. *Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014;Vol 2, No 2. [Persian]
9. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 10th ed. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE, Editors. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
10. Mazhar SB, Gul-e-Erum. Knowledge and Attitude of Older Women towards Menopause. *J Coll Physicians Surg Pak* 2003;13(11):621-4.
11. Noroozi E, Miri MR, Gol Mohammadi Sh. Application of Behavioral Analysis phase of PRECEDE Model for Quality of Life Survey in Postmenopausal women in Birjand. *J Birjand Univ Med Sci*. 2012;19(3):312-23. [Persian]
12. Hasanpour Azghadi B, Abbasi Z. Effect of education on middle-aged women's knowledge and attitude towards menopause in Mashhad. *J Birjand Univ Med Sci*. 2006;13(2):9-15. [Persian]
13. Yazdkhasti M, Keshavarz M, Merghati Khoei E, Hosseini A.f. The Effect of Structured Educational Program by Support Group on Menopause Women's Quality of Life. *Iran J Med Educ*. 2012;11(8):986-94. [Persian]
14. Ehsanpour S, Eivazi M, Davazdah Emami Sh. Quality of life after the menopause and its relation with marital status. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2007;12(4):130-5. [Persian]
15. Satoh T, Ohashi K. Quality-of-life assessment in community-dwelling, middle-aged, healthy women in Japan. *Climacteric*. 2005;8(2):146-53.
16. Naderi Z, Zigheymat F, Ebadi A, Kachooei H, Mehdizadeh S. Evaluation of the Application of the PRECEDE-PROCEED Model on the Quality of Life of People Living with Epilepsy Referring to Baqyatallah Hospital in Tehran. *Daneshvar Medicine*. 2009;16(82):37-44. [Persian]
17. Matin H, Afkari M, Taghdisi M. The Effect of an Educational Intervention Based on the PRECEDE Model on Quality of Life Improvement in the Elderly Afilated With Tehran Culture House for the Aged, *Journal of health education, health promotion*. 2012 ; N 1. [Persian]
18. Jalili Z, Faghihzadeh S, Heydarnia AR, Hezaveei MM, Sadat Hashemi SM. Using the PRECEDE model for causal analysis of mothers' preventive behaviors in iron deficiency anemia of children aged 1-5 years old . *J Kerman Univ Med Sci*. 2001;9(2):93-101. [Persian]



19. Parvin N, kazemian A, Alavi A, Safdari F, Hssanpour Dehkordi A, Hosseinzadeh SH, et al. The effect of supportive group therapy on menopause mental health. J Gorgan Univ Med Sci. 2007;9(3):74-9. [Persian]
20. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Perso and Soci Psych. 1989;57(6):1069-81.
21. Mikaeli Mani F. [Factor structure of Ryff's scales of psychological well-being among students of Urmia]. J Psychology. 2010;5(18):145-67. [Persian]
22. Bayani A, Goodarzi H, KoochaKi A. Relationship of dimensions of psychological well-being and general health among students of Islamic Azad University, Azadshahr branch. Knowledge and Research in Applied Psychology. 2007;36(1):153-64. [Persian]
23. Bayani AA, Koocheky AM, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2008;14(2):146-51. [Persian]
24. Vahedi Sh, Ghanizadeh S. Path analysis model between intrinsic religious motivation, praying, spiritual well-being and quality of life with psychological well-being of college students. Research in psychological health. 2009;3(2):27-42. [Persian]
25. Shabani S, Delavar A, Bolouki A, Mam Sharifi E. A Study of self-efficacy, social support and optimism in prediction of mental wellbeing: towards a structural model for students. Journal of Clinical Psychology studies. 2012;8(2):93-117. [Persian]
26. Heidari F, Mohammad Khan Kermanshahi S, Vanaki Z. The effect of a supportive health promotion program on the lifestyle of premenopause teachers. J Kashan Univ Med Sci. 2013;17(1):14-24. [Persian]
27. Pesteei KH, Allame M, Amir Khany M, Esmaeel Motlagh M. Clinical guide and executive health program team to provide menopausal services to women 60-45 years. Tehran: Pooneh Publication. 2008; p. 10-7. [Persian]
28. Hunter M, Odea I. An evaluation of a health education intervention mid-aged women: five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. Patient Educ Couns. 1999;38(3):249-55.
29. Palank CL. Determinants of health primitives' behavior. Nurs Clin North Am. 1991;26(4):815-32.
30. Osinowo HO. Psychosocial factors associated with perceived psychological health, perception of menopause and sexual satisfaction in menopausal women and controls. West Afr J Med. 2003;22(3):225-31.
31. Ebrahimi M, Naghibi F, Askarzadeh M, babayi H, Zomorodi S, Mirmohammadi P. [Investigation of pre-awareness of menopause in referral women to education-treatment center of Urmia in 2000]. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2003;1(1):42-35. [Persian]
32. Cheng MH, Wang SJ, Wang PH, Fuh JL. Attitudes toward menopause among middle-aged women: a community survey in an island of Taiwan. Maturitas. 2005;52(3-4):348-55.
33. Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005;34(2):233-40.
34. Diener E, Lucas RE. Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standard, need fulfillment, culture, and evaluation theory. J Happiness Stud. 2000;1(1):41-78.
35. Shojaeizadeh D, Heydarnia A, Ghofranpour F, Pakpour Hajiagha A, Saffari M. [Theories, models & methods of health education & promotion] [Persian]. Tehran: Asare Sobhan; 2009.
36. Alizadeh charandabi S, Mirghaforvand M, tavananejad N, karkhaneh M. Health Promoting Lifestyles and Self-Efficacy in Male Adolescents in Sanandaj, 2013. J Mazand Univ Med Sci. 2014;24(109):152-62. [Persian]

37. Greenglass E, Fiksenbaum L, Eaton J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety Stress & Coping*. 2006;19(1):15-31.
38. Yousefy A, Gharazi F, Gordanshekan M. Effects of teaching problem solving on self-efficacy and perceived self-efficacy in adolescents. *Behavioral Science Research*. 2012;10(6):421-30. [Persian]
39. Ahadi B, Naremani M, Abolghasmi A, Asiyayi M. The relationship between emotional intelligence, self-efficacy and attribution style life satisfaction among working women. *Studies in Education and Psychology*. 2009;10(1):117. [Persian]
40. Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Qual Life Res*. 2003;12(4):405-12.
41. Norozi E, Mostafavi F, Hassanzadeh A, Moodi M, Sharifirad Gh. Factors Related with Quality of Life among Postmenopausal Women in Isfahan, Iran, based on Behavioral Analysis Phase of PRECEDE Model. *J Health Syst Res* 37;2011 .):267-74. [Persian]
42. Williams RE, Levine KB, Kaliliani L, Lewis J, Clark RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*. 2009; 62(2):153-9.
43. Brzyski RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, Ross JS. Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertil Steril*. 2001;76(1):44-50.
44. Golyan Tehrani Sh, Mir Mohammad Ali M, Mahmoudi M, Khaledian Z. Study of quality of life and its patterns in different stages of menopause for women in Tehran. *Hayat*. 2002;8(3):33-41. [Persian]
45. Abedzadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. Quality of life and related factors in Menopausal women in Kashan city. *Iran South Med J*. 2009;12(1):81-8. [Persian]
46. Huntera MS, Liao KL. Problem-solving groups for mid-aged women in general practice: A pilot study. *J Reprod Infant Psychol*. 1995;13(2):147-51.
47. Kodzi IA, Gyimah SO, Emina J, Ezech AC. Religious Involvement, Social Engagement, and Subjective Health Status of Older Residents of Informal Neighborhoods of Nairobi. *J Urban Health*. 2010;88:370-80.
48. Wang WL, Miao DM. Reaserch review of college student's psychological quality. *US-China Educ Rev*. 2007;4(3):54-60.
49. Karaçam Z, Seker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*. 2007;58(1):75-82.
50. Duché L, Ringa V, Melchior M, Varnoux N, Piau S, Zins M, et al. Hot flushes ,common symptoms, and social relations among middle-aged no menopausal French women in the GAZEL cohort. *Menopause*, 2006;13(4):592-9.
51. Karaçam Z, Seker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas*. 2007;58(1):75-82.
52. Irina P, Igal S, Mark A. Chirality on Surfaces: Modeling and behavior. *Chimica Oggi*. 2007;25(5):18-22.
53. Seawell AH, Cutrona CE, Russell DW. The Effects of General Social Support and Social Support for Racial Discrimination on African American Women's Well-Being. *J Black Psychol*. 2014;40(1):3-26.
54. Karademas EC. Self-efficacy, social support and well-being the mediating role of optimism. *Pers Individ Dif*. 2006;40(6):1281-90.
55. Friedlander LJ, Reid GJ, Shupak N, Cribbie R. Social Support, Self-Esteem, and Stress as Predictors of Adjustment to University Among First-Year Undergraduates. *J Coll Student Dev*. 2007;48(3):259-74.



56. Rashedi V, gharib M, Rezayi M, Yazdani A. Social support and anxiety in the elderly of Hamedan, Iran. J Rehab. 2013;14(2):110-15. [Persian]

57. Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A, E Yoosefi. Relationship between Quality of Life and Social Support in Stroke Patient. Iran J Nurs. 2009;22(59):23-32. [Persian]

58. Francis L. Happiness is a thing called stable extraversion a further examination of the relationship between the Oxford Happiness Inventory and Eysencks dimensional model personality and gender. Pers Individ Dif. 1998;26(1):5-11.

59. Raggi A, Leonardi M, Mantegazza R, Casale S, Fioravanti G. Social support and self-efficacy in patients with Myasthenia G ravis: a common pathway towards positive health outcomes. Neurol Sci. 2010;31(2):231-5.

60. Van Leeuwen CM, Post MW, Van Asbeck FW, Van der Woude LH, De Groot S, Lindeman E. Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. J Rehabil Med. 2010;42(3):265-71.

61. Scheier MF, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical wellbeing: Theoretical perview and empirical update. J Cognitive Ther Res. 1992;16(2):201-28.



Application of Behavioral Analysis Phase of PRECEDE Model on Women's Psychological Well-being in the Menopausal Period

Mahdi Moshki¹, Fatemeh Mohammadzadeh², Reza Yaghubi³, Fariba Pariafsai^{*4}

1- Associate Professor, PhD of Health Education & Promotion, Faculty of Public Health, Social Development & Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

2- Lecturer, Faculty of Paramedical Sciences, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

3- MSc in Clinical Psychology, Saber Counseling Center of Mashhad, Mashhad, Iran.

4- Student of MSc of Health Education & Promotion, Faculty of Public Health, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Received Date: 19/01/2015

Accepted Date: 27/04/2015

Abstract

Background and Aims

Positive psychology introduce mental health as a positive psychological functioning and represent it as wellbeing psychology and having positive characteristics such as self-esteem, positive social relationships, and life satisfaction. The purpose of this study was to investigate the psychological wellbeing of postmenopausal women based on the behavioral analysis phase of PRECEDE model.

Materials and Methods

This study is a cross-sectional survey and carried out through random sampling in the case of 110 postmenopausal women at Ferdows city, Iran in 2014. The psychological wellbeing variable was studied by Ryff test, including 84 questions and six components containing autonomy, purposeful in life, dominance on environment, personal development, positive relationships with others, and self-acceptance. The collected data were analyzed by SPSS v.20 using descriptive statistics and analytic statistics through correlation and ANOVA.

Results

The mean age of participants and the average number of their children were 51.62 ± 4.26 and 3.42 ± 1.38 , respectively. 61.80 percent of participants had primary education. Pearson correlation test indicated a positive and significant relationship between psychological wellbeing and predisposing factors (knowledge, attitude toward menopause), environmental-behavioral factors, enabling factors and reinforcing factors ($P < 0.01$).

Conclusion

The results indicated that increasing awareness, creating positive attitude and promoting healthy behaviors are the effective steps to improve the psychological wellbeing in postmenopausal women.

Keywords

Psychological Wellbeing, Post-menopause, Behavioral Analysis, Precede Model.

* **Corresponding Author:** Gonabad University of Medical Sciences, Faculty of Public Health.
Email: Fpf357@gmail.com