

کیفیت زندگی و یائسگی: تبیین چند عاملی جسمی

فروغ جعفری^۱، دکتر کیومرث فرحبخش^۲، دکتر عبدالله شفیع‌آبادی^۳، دکتر علی دلاور^۴

چکیده

هدف: در این پژوهش متغیرهای معنای زندگی، خودکارآمدی و تصویر بدن (رضایت از نواحی بدن، ارزیابی سلامتی و ارزیابی ظاهری) در ارتباط با یکدیگر و همچنین در رابطه با کیفیت زندگی در زنان یائسه مورد بررسی قرار گرفتند. روش: جامعه مورد تحقیق شامل زنان یائسه (۴۵-۵۵) ساله و با حداقل تحصیلات دیپلم بود که در شهر تهران زندگی می‌کردند. حجم نمونه ۳۴۹ نفر بود که در نیم‌سال اول ۱۳۸۸ از فرهنگسراهای شهر تهران انتخاب شدند و هر یک از آنان ۴ پرسشنامه را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزارهای SPSS و AMOS و با استفاده از روش تحلیل مسیر اجرا شد. یافته‌ها: برآزش مدل با روش‌های مختلف تأیید شد. نتایج به دست آمده از روابط مدل نشان می‌دهد که بین معنای زندگی و خودکارآمدی و رضایت از نواحی بدن و ارزیابی سلامتی با کیفیت زندگی رابطه مستقیم معناداری وجود دارد. همچنین متغیرهای مدل ۳۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی زنان یائسه را پیش‌بینی می‌کند. بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ها به ترتیب شامل رضایت از نواحی بدن، ارزیابی سلامتی و خودکارآمدی می‌باشد. نتیجه تحلیل رگرسیون مرحله‌ای نیز نتایج به دست آمده را تأیید می‌کند. نتیجه‌گیری: براساس نتایج رابطه مستقیم و معناداری بین متغیرهای مستقل تحقیق و کیفیت زندگی وجود دارد. بنابراین به منظور افزایش کیفیت زندگی زنان یائسه می‌توان همه یا هر یک از متغیرها را بهبود بخشید.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، زنان یائسه، معنای زندگی، خودکارآمدی، تصویر بدن.

دریافت: ۸۹/۱/۲۵ پذیرش: ۸۹/۶/۲۵

مقدمه و بیان مسأله

متوسط انتظار از زندگی برای زنان در همه مناطق جغرافیایی در سراسر جهان به صورتی جالب در طول قرن گذشته از ۴۸/۳ در سال ۱۹۰۰ به ۷۹/۸ در سال ۲۰۰۱ رسیده است (چن^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). در قرن آینده، تنها گروه سنی که انتظار رشد قابل توجهی از آن وجود دارد، افراد بالای ۵۵ سال هستند. در این گروه سنی، تعداد زنان به نسبت ۲/۶ به ۱ بیش‌تر از مردان خواهد بود (اسپیروف^۲، ۱۹۹۹، ترجمه امینی نایینی و همکاران، ۱۳۷۹). یائسگی به دوره گسترده‌ای از تغییرات هورمونی در زنان اشاره می‌کند که نشانه پایان مرحله باروری در زندگی است (میشرا^۳، کوه^۴، ۲۰۰۶). انتقال یائسگی با خطر بالای ابتلا به افسردگی بالینی در زنان همراه است، حتی در افرادی که پیش از یائسگی تاریخچه‌ای از افسردگی نداشته‌اند (گنازانی^۵ و همکاران، ۲۰۰۶؛ کینگ، هانترو و هریس^۶، ۲۰۰۵). نشانه‌های یائسگی کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد، تغییرات در سنی ظاهر می‌شود که کیفیت زندگی بنیادین قبلی تهدید شده است. زمانی که زنان به سن پنجاه سالگی نزدیک می‌شوند، بسیاری از آن‌ها با انواعی از تجربه‌های استرس‌زا مواجه می‌شوند، از جمله از دست دادن فرزندان در حال بلوغ و در حال ترک خانه، نیاز به مراقبت از والدین مسن، بازنشستگی (خود یا همسر) و کاهش چالش‌ها و رضایت از کار. ممکن است جدا کردن این مسائل از عوامل مربوط به خود یائسگی دشوارتر باشد. بسیاری از

forugh_jafary@yahoo.com

!!!!!!!!!!!!!! !! !!!!!!! !! !!!!!!! !!
! !!!!!!! !! !!!!!!! !! !!!!!!! !! !!!!!!! !! !!!!!!! !!
! !!!!!!! !! !!!!!!! !! !!!!!!! !!
! !!!!!!! !! !!!!!!! !! !!!!!!! !!

- ۱. Chen
- ۲. Speroff
- ۳. Mishra & Kuh
- ۴. Genazzani
- ۵. King, Hunter, Harris

نشانه‌های یائسگی به خودی خود استرس‌زا هستند و آن‌ها برای زندگی در یک دنیای مدرن، انتظار بیش‌تری از خود دارند (شورت، ۲۰۰۳).

در حالی که بسیاری از زنان در دوران یائسگی اضطراب و افسردگی از خود نشان می‌دهند دلایل این اختلالات خلقی را نمی‌توان تنها به وضعیت یائسگی نسبت داد؛ سایر نشانه‌های متداول مثل تغییرات خلقی، آشفتگی خواب، بی‌اختیاری ادرار، تغییرات شناختی، شکایت‌های بدنی، اختلالات جنسی و کیفیت زندگی کاهش یافته ممکن است از نشانه‌های ثانویه یا مرتبط با سایر نشانه باشد. تأثیر عوامل روانی، شیوه زندگی، تصویر بدن، روابط بین فردی، نقش‌ها، عوامل اجتماعی فرهنگی، در پیش‌بینی سطح اضطراب و افسردگی افراد یائسه نباید نادیده گرفته شود (دیک و آماند، ۲۰۰۳).

در بیان کیفیت زندگی می‌توان گفت، کیفیت زندگی از دو شاخص ذهنی و عینی تشکیل شده است. منظور از شاخص ذهنی در کیفیت زندگی همان رضامندی و یا احساس خشنودی است که حاصل برداشت ذهنی و ارزشیابی فرد از زندگی خود است و اگر چه در این احساس جنبه‌های شناختی نیز مطرح هستند، ولی جنبه عاطفی آن در سنجش کیفیت زندگی بیش‌تر مد نظر قرار دارد. شرایط مشابه همان شرایط محیطی مؤثر بر متغیرهای کیفیت زندگی است و مشتمل بر مواردی مثل وضعیت رفاه، اقتصادی، جنبه‌های سیاسی، عوامل محیطی و فرهنگی و غیره می‌باشد (اندروز و زالی، ۱۹۸۰، به نقل از افضان، ۱۳۸۱). تلقی یا شناخت فرد از خود که شامل عواملی از قبیل مفید بودن، مولد بودن، تصویر ذهنی از خود، ذوق، نحوه نگرش نسبت به زندگی، درمان و آینده‌نگری می‌باشد، تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی دارند (هارتسون، ۱۱، ۱۹۹۲).

در تعریف معنای زندگی باید گفت زندگی برای مردم زمانی معنادار است که آن‌ها بتوانند الگو یا هدفی را در رویدادهای زندگی برای خود در نظر بگیرند. در نقطه مقابل زندگی زمانی بی‌معنا است که به نظر برسد همه چیز فرو ریخته است و نمی‌توان هیچ احساس را در ماورای آن‌چه انجام می‌شود یا رویدادهایی که در زندگی اتفاق می‌افتد، پیدا کرد. معنای زندگی به محتوایی اشاره می‌کند که مردم زندگی خود را از آن آکنده می‌کنند و به زندگی خود شکل و جهت می‌دهند و در ارتباط با هدف‌ها و ارزش‌های زندگی است (جیکابسون، ۱۲، ۲۰۰۸).

معنای زندگی یکی از عوامل مؤثر و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی است. توجه به ادراکات افراد درباره عوامل شخصی زندگی آن‌ها نقش مهمی را در کیفیت زندگی آن‌ها ایفا می‌کند (لواسور و تریبل، ۱۳، ۲۰۰۹). هم‌چنین مطالعات نشان می‌دهد که افرادی با نمره هدف بالاتر در زندگی (یعنی معنای بالاتر)، همراه با خودپذیری بیش‌تر (کرامبو و ماهولیک، ۱۴، ۱۹۶۹)، رضایت بیش‌تر در زندگی (رکروکازین، ۱۵، ۱۹۷۹) مسؤولیت‌پذیری و خودکنترلی بالاتر (سیمون، ۱۶، ۱۹۸۰) و خوب بودن (لازوراس و دیلونگیس، ۱۷، ۱۹۸۳) می‌باشد که همگی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی می‌باشد.

یائسگی برای یک زن زمانی است که او توقف می‌کند و باورهای خود را نسبت به خود و دنیای اطرافش مرور می‌کند و ممکن است یک زن به سویی گام بردارد که تاکنون خواستار آن بوده ولی عملی نشده است (کینگ، هانتر، هریس، ۱۸، ۲۰۰۵). در نتیجه یکی از تغییراتی که هم‌زمان با شروع یائسگی و ورود به میان‌سالی در زنان ایجاد می‌شود، ابهام و تغییر در معنای زندگی و گاه رسیدن به هدف‌های خاص و گاهی نیز به پوچی و بی‌هدفی است که تأکید بر مفهوم معنا را برای این گروه از زنان مفید می‌سازد.

خودکارآمدی یکی از مؤلفه‌های دیگر این پژوهش است. خودکارآمدی به احساس ارزش و عزت نفس، احساس کفایت و کارایی در برخورد با رویدادهای زندگی اطلاق می‌شود (بندورا، ۱۹۸۲). با توجه به این‌که تغییرات ایجاد شده جسمی و روانی در دوران یائسگی می‌تواند بر احساس فرد نسبت به کارایی، ظرفیت و توانایی خود تأثیر بگذارد و میان شرایط فیزیکی، خودکارآمدی و آشفتگی هیجانی رابطه نزدیکی وجود دارد، بالطبع زنان در این دوران، ارزیابی رو به کاهشی را نسبت به توانایی‌های خود دارند.

!! Deek & Amand

!! Hartshon

!! Jacobson

!! Leva sseur & Tribble

!! Crumbaugh & Maholick

!! Reker & Cousin

!! Simmon

!! Lazuras & Delongis

!! King, Hunter & Harris

عوامل حمایتی مثل خودکارآمدی، مفهوم خود و شایستگی اجتماعی می‌تواند احتمال ایجاد مشکلات روانی را در یک فرد به حداقل برساند.

بنابراین، این افراد نسبت به عوامل خطر موجود، انعطاف‌پذیرتر می‌شوند، انعطاف‌پذیری بیشتر با احساس خوب بودن بیش‌تر و موفقیت شخصی در زندگی رابطه دارد (روبرتز، ۱۹۹۲، ۲۰۰۲). ادراک بالاتر از توانایی نیز موجب تلاش بیش‌تر افراد در جهت چالش‌های خود و از سوی دیگر خودکارآمدی پایین موجب کاهش انگیزش و احساس بی‌کفایتی می‌شود (بندورا و وود، ۱۹۸۹). هم‌چنین تحقیقات نشان می‌دهد که بین عوامل سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی، یعنی سرزندگی و خودکارآمدی ارتباط معناداری وجود دارد (ویشک، ۲۱، ۲۰۰۳). بنابراین از آنجایی که توانایی‌های مذکور در زنان یائسه کاهش پیدا می‌کند، می‌توان افسردگی و استرس بالاتر و خودکارآمدی پایین‌تری را انتظار داشت.

تصویر بدن که به معنای احساسات، نگرش‌ها و ارزش‌های یک فرد درباره بدن و کارکرد آن می‌باشد (هابلی و کوئین لان، ۲۲، ۲۰۰۳) نیز (که در این تحقیق شامل سه متغیر رضایت از نواحی بدن، ارزیابی ظاهری و ارزیابی سلامتی می‌باشد) یکی از عناصر اصلی کیفیت زندگی نگرش فرد است که شامل نگرش درباره خود از جمله تصویر ذهنی از تن و نگرش درباره درمان و علایم بیماری می‌باشد (بلاندر، ۲۳، ۱۹۹۴). تصویر بدنی مهم‌ترین بخش تصور فرد از خود است؛ زیرا ظاهر فیزیکی فرد، اولین ویژگی است که در برخورد افراد با فرد دیگر، مورد قضاوت قرار می‌گیرد (دلامتر، ۲۴، ۲۰۰۲).

تحقیقات کمی در مورد تصویر بدنی پس از یائسگی وجود دارد. با این حال تحقیقات نشان می‌دهد که تغییرات روانی و نیز فیزیولوژیکی که به دنبال افزایش سن و یائسگی رخ می‌دهد باعث ایجاد نگرانی زن یائسه در مورد وزن و تغذیه آن می‌شود. توزیع وزن طی یائسگی تغییر می‌کند، در نتیجه شکل بدن گردتر شده، سینه‌ها و کمر بزرگ‌تر شده و در قسمت فوقانی پشت بدن تجمع چربی رخ می‌دهد (لويس، ۲۵، ۲۰۰۱ به نقل از امینی، خو، ۱۳۸۷).

یافته‌ها نشان می‌دهد که تصویر بدن به‌خصوص برای زنان یک نگرانی همیشگی فراگیر محسوب می‌شود (تینگمن و لینچ، ۲۶، ۲۰۰۱). تحقیقات درباره تأثیرات بالقوه مخرب این پدیده نشان می‌دهد که تصویر بدنی ضعیف تأثیر منفی بر سازگاری روانی (کش، وینستد و جاندا، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶) و افزایش افسردگی (نولس، کش و وینستدو جاندا، ۱۹۸۵) و بر شرایط سلامت روانی و فیزیکی (هارد، ۲۷، ۲۰۰۰) دارد. هم‌چنین زنان در مرحله پیش از یائسگی (که احتمالاً جوان‌تر بودند) نرخ مثبت‌تری از ارزشیابی ظاهری و ارزشیابی تناسب را نسبت به زنان یائسه‌ای که احتمالاً مسن‌تر بودند، از خود نشان می‌دهند (دیک و مک کابل، ۲۰۰۱).

در مقایسه با کشورهای پیشرفته، مطالعات بسیار کمی درباره کیفیت زندگی دوران یائسگی در کشورهای در حال توسعه در آسیا انجام شده است. علاوه بر این کشورهای آسیایی از لحاظ سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و نیز در سازمان‌های سیستم‌های مراقبت از سالمندی با یکدیگر تفاوت دارند. در نتیجه یافته‌های گزارش شده از مطالعات مناطق آسیایی برخی ناهمگونی‌ها را نشان می‌دهد (پویناهوترا، دنرستین و لهرت، ۲۸، ۱۹۹۷). درمان‌های غیر دارویی در زمینه یائسگی با تأکید بر تغذیه، ورزش، کنترل فشارخون و کنترل وزن بر کاهش علایم و نه افزایش کیفیت زندگی تأکید می‌کنند. همه این درمان‌ها بر علایم جسمی تمرکز دارند، اما هیچ‌یک از آن‌ها پاسخی برای تغییرات خلقی و عاطفی ناشی از یائسگی از جمله افسردگی، اضطراب و نوسانات خلقی ارائه نمی‌کنند. هم‌چنین مطالعات توجه کمی به تأثیر انتقال یائسگی بر بهداشت روان و خوب بودن داشته‌اند (هاردی، کوه، ۲۰۰۲). در نظر گرفتن این که درمان‌های روان‌شناختی به سوی دیدگاه‌های چند بعدی پیش می‌رود، ارائه این تحقیق را ضروری می‌سازد.

!! . Roberts

!! . Wood

!! . Wyshak

!! . Hubley & Quinlan

!! . Bulander

!! . Delamater

!! . Lewis

!! . Tiggeman & Lynch

!! . Hurd

!! . Ponyahotra & dennerstein&lehert

آشنایدر، مک لنان و فینی ۲۹ (۲۰۰۸) در تحقیق خود نشان دادند که اشکال یائسگی و موضوعات مربوط به آن بر سلامتی زنان تأثیر می‌گذارد، در نتیجه سن به این صورت می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد. فیلیپس ۳۰ و همکاران (۲۰۰۵) در زمینه عملکرد روانی - اجتماعی و کیفیت زندگی در اختلال بد ریختی بدن دریافتند که افراد مبتلا به اختلال بد ریختی بدن، بدون توجه به وضعیت درمانی، به‌طور برجسته عملکرد ضعیف و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. نتایج تحقیق بلاچ ۳۱ (۲۰۰۲) نشان داد که نوع نگرش به خود مانند چگونگی تطابق فردی تأثیر زیادی بر شدت عوارض یائسگی دارد.

در نتایج تحقیق لی ۳۲ و همکاران (۲۰۰۷) نشان می‌دهد توجه به مسائل روحی روانی در بهبود نمره کیفیت زندگی در دوران یائسگی نقش مهمی دارد. چپوزو ۳۳ و همکاران (۲۰۰۲) به ارزیابی عواملی می‌پردازند که بر کیفیت زندگی زنان در مرحله میان‌سالی در تایوان تأثیر می‌گذارد. نتایج نشان‌دهنده تأثیر مستقیم منفی نشانه‌های یائسگی هم بر مؤلفه‌های ذهنی و هم فیزیکی کیفیت زندگی است. راگازونی ۳۴ و همکاران (۲۰۰۲) در پژوهشی بر روی زنان چاق، رضایت از زندگی، اضطراب و نگرش نسبت به خوردن را مطالعه کردند و دریافتند که آشفتگی روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی جنبه‌های مهم سنجش کیفیت زندگی هستند. چیمبرلین و زیکا ۳۵ (۱۹۸۸) در پژوهش‌های خود رابطه معناداری را میان داشتن معنا در زندگی و رضایت‌مندی از زندگی نشان دادند. نتایج تحقیق اسماعیلی (۱۳۸۴) با عنوان بررسی ارتباط کیفیت زندگی با خودکارآمدی بیماران تحت همودایالیز نشان می‌دهد که ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی وجود دارد

با وجود این‌که تحقیقات گوناگون، یک یا دو متغیر از مؤلفه‌های بالا را در زنان یائسه مورد بررسی قرار دادند و یا رابطه آن‌ها را با کیفیت زندگی مطالعه کردند، اما محقق تاکنون به پژوهشی که این ابعاد را در کنار یکدیگر مورد مطالعه قرار دهد، برخورد نکرده است.

در این پژوهش سه مؤلفه معنای زندگی (برگرفته از رویکرد معنادرمانی)، خودکارآمدی (اقتباس از رویکرد شناختی - اجتماعی بندورا) و تصویر بدن (که دارای سه مؤلفه رضایت از نواحی بدن، ارزیابی ظاهری و ارزیابی سلامتی می‌باشد و برگرفته از نظریه اجتماعی فرهنگی می‌باشد) و تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم آن‌ها بر یکدیگر و بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار می‌گیرد و به تعیین میزان پیش‌بینی‌کنندگی کیفیت زندگی می‌پردازد.

به نظر می‌رسد تغییر در معنای زندگی به دلیل بازنشستگی و کاهش فعالیت‌های معنادار و هدمند زندگی و ترس از نزدیک‌تر شدن مرگ می‌تواند به‌طور مستقیم کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین تغییر در معنای زندگی می‌تواند موجب شود باورهای خودکارآمدی فرد و همچنین تصویر بدن دچار افت شده و به‌صورت غیرمستقیم با تأثیر گذاشتن بر این دو متغیر کیفیت زندگی را کاهش دهد. کاهش توانایی، انرژی جسمی و جذابیت جنسی و همچنین از دست دادن امکان بچه‌دار شدن می‌تواند اعتقاد فرد به کارآمدی‌اش را خدشه‌دار کند و فرد احساس ناکارآمدی و بی‌کفایتی کند و در نتیجه کیفیت زندگی او کاهش پیدا کند. همچنین کاهش خودکارآمدی فرد می‌تواند تصویر بدن منفی در زنان ایجاد کند و از طریق این متغیر بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد. از سوی دیگر تغییرات هورمونی و جسمی ناشی از یائسگی و کاهش سلامتی و افزایش ابتلا به بیماری‌های مختلف می‌تواند بر خودکارآمدی تأثیر منفی داشته باشد و با تأثیر منفی هم‌زمان بر معنای زندگی موجب کاهش کیفیت زندگی شود. در این تحقیق نقش هر یک از سه متغیر اصلی و همچنین متغیرهای فرعی نهفته در هر کدام در افزایش یا کاهش کیفیت زندگی در زنان یائسه با توجه به شرایط خاص آنان مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

مهم‌ترین سؤال پیش روی محقق این است که آیا بین هر یک از متغیرهای مستقل با متغیر کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد؟ آیا بین هر یک از متغیرهای مستقل با دیگری نیز رابطه معناداری وجود دارد یا نه؟ همچنین متغیرهای مستقل موجود در تحقیق چه مقدار از متغیرهای مستقل دیگر و همچنین متغیر وابسته کیفیت زندگی را تبیین و پیش‌بینی می‌کنند؟

!! . Schneider , MacLennan , Feeny

!! . Phillips

!! . Blotch

!! . Lee

!! . Chiu

!! . Ragazzoni

!! . Chamberlain & Zika

روش تحقیق

جامعه آماری این تحقیق شامل زنان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر تهران است که شروع اولین علائم یائسگی، یعنی قطع غیر دائمی عادت ماهیانه را تجربه کرده‌اند. این زنان در سنین بین ۴۵-۵۵ سال قرار دارند و مدرک تحصیلی آنان نیز حداقل دیپلم است. در ضمن زنانی که در نتیجه بیماری و جراحی به یائسگی پیش از موعد مبتلا شده‌اند و زنان یائسه‌ای که در حال حاضر با بیماری‌های جدی مربوط به زنان مبتلا هستند در این تحقیق مشارکت داده نشده‌اند. روش انتخاب گروه نمونه به صورت خوشه‌ای منظم بود، به این صورت بود که نخست از بین فرهنگسراهای شهر تهران ۱۰ فرهنگسرا به صورت تصادفی انتخاب شد و سپس از بین زنانی که واجد شرایط این تحقیق بودند و در کلاس‌های مختلف ورزشی، فرهنگی، آموزشی و مذهبی شرکت می‌کردند و یا عضو کانون بانوان فرهنگسراها بودند از هر فرهنگسرا ۴۰ زن به صورت تصادفی از فهرست اسامی انتخاب شدند و پس از کسب موافقت به تکمیل ۴ پرسشنامه پرداختند. حجم نمونه کلی افرادی که در این تحقیق به آن‌ها پرسشنامه ارائه شد، ۴۰۰ نفر بودند که ۵۰ نفر از آنان به عنوان افراد تکمیلی برای پرسشنامه‌های تکمیل نشده و یا بازگشت داده نشده در نظر گرفته شده بود. برای هر یک از ۴ پرسشنامه یک سؤال پاسخ داده نشده قابل پذیرش بوده و در غیر این صورت پرسشنامه مورد استفاده قرار نمی‌گرفت. از تعداد کل ۴۰۰ پرسشنامه، ۳۴۹ پرسشنامه تکمیل و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، اطلاعات هر یک از چهار پرسشنامه برای هر یک از ۳۴۹ نفر به صورت جداگانه ثبت شد. از طریق نرم‌افزارهای SPSS شاخص‌های آمار توصیفی در مورد آن‌ها به دست آمد و پس از محاسبه همبستگی بین هر یک از متغیرها ماتریس همبستگی بین آن‌ها ترسیم شد. سپس تحلیل رگرسیون گام به گام و هم‌چنین تدوین معادلات پیش‌بین برای هر یک از متغیرهای وابسته محاسبه شد. در مرحله طراحی مدل نیز در نخست طرحی فرضی مبتنی بر یافته‌های موجود در مبانی نظری ترسیم شد و با استفاده از نرم‌افزار AMOS و روش تحلیل مسیر، مدل فرضی آزمون شد و در نهایت مدل کیفیت زندگی به دست آمد و برارزش مدل با روش‌های مختلف مورد ارزیابی قرار گرفت. هم‌چنین با استفاده از تحلیل مسیر تأثیرات کلی، مستقیم و غیرمستقیم میان متغیرها محاسبه شد. در نهایت تأیید و رد فرضیه‌ها مورد تبیین قرار گرفت. برای گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه کیفیت زندگی $Sf-36$: برای سنجش کیفیت زندگی در این پژوهش از مقیاس استاندارد شده سنجش کیفیت زندگی $Sf-36$ استفاده شد که به‌وسیله منتظری و همکاران (۲۰۰۵، ۱۳۸۴) در ایران ترجمه و مطالعات روان‌سنجی لازم برای مهیاسازی این ابزار برای استفاده در کشور صورت گرفته است. مطالعات آن‌ها نشان از کفایت لازم این ابزار برای استفاده در جامعه ایران دارد. ضرایب آلفای کرونباخ گزارش شده برای ابعاد هشت‌گانه این ابزار در دامنه ۶۵ درصد تا ۹۰ درصد قرار دارد.

این مقیاس دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد فیزیکی، محدودیت عملکرد ناشی فیزیکی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، محدودیت عملکرد ناشی از مسائل عاطفی و سلامت روانی است که ضرایب آلفای گزارش شده برای آن‌ها به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴ و ۰/۷۷ است و نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است. بررسی‌های روان‌سنجی دیگر از قبیل روایی‌یابی نیز نشان از مناسب بودن این ابزار دارد. نمره‌بندی سؤالات براساس سیستم نمره‌دهی RAND از صفر تا ۱۰۰ می‌باشد و با جمع نمرات سؤالات مخصوص هر بعد و تقسیم عدد به‌دست آمده بر تعداد سؤالات همان بعد، نمره آن بعد به‌دست می‌آید که نمره بالا نشان‌دهنده کیفیت زندگی مطلوب است.

پرسشنامه معناجویی: این پرسشنامه با توجه به معیارها و ملاک‌های استخراج شده از نظریات دکتر ویکتور فرانکل (که مبین وجود بی‌معنایی در زندگی می‌باشد) به‌وسیله صالحی (۱۳۷۳) تنظیم شده است. پرسشنامه معناجویی شامل ۵۰ سؤال در ارتباط با بی‌معنایی زندگی است. هر سؤال ۷ ارزش به خود می‌گیرد که پاسخ‌دهنده با توجه به میزان تأیید یا رد هر سؤال ارزش‌هایی از ۱ تا ۷ را به هر سؤال می‌دهد. ارزش ۱ نشانگر عدم توافق کامل با سؤال مورد پرسش می‌باشد و به‌ترتیب هر چه قدر میزان توافق بیش‌تر باشد، ارزش‌های بیش‌تری می‌تواند مورد انتخاب قرار گیرد و ارزش ۷ نمایانگر توافق کامل با متن سؤال مورد پرسش می‌باشد. سؤالات ۱۷، ۱۴، ۱۲، ۱۰، ۵، ۹، ۱، ۲۲، ۲۱، ۱۹، ۲۵، ۲۴، ۳۸، ۲۹، ۲۷، ۴۶، ۴۴، ۴۳، ۳۹ نمره معکوس می‌گیرند. روایی محتوایی و صوری به‌وسیله هفت نفر از اساتید دوره دکتری تأیید شده است. ضریب پایایی پرسشنامه معنابخش بودن زندگی با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. برای اعتبار بیش‌تر اعتبار دوباره محاسبه شد که ۰/۷۱ به دست آمد و تأیید شد.

پرسشنامه خود کارآمدی: پرسشنامه خود کارآمدی به وسیله شرر^{۳۶} و همکاران (۱۹۸۲) برای سنجش باورهای خودکارآمدی عمومی ساخته شده است (میرسمیعی، ۱۳۸۵). آزمون دارای ۱۷ سؤال است و آزمودنی‌ها باید میزان موافقت خود را با هریک از پرسش‌های آزمون خودکارآمدی با تعیین یکی از گزینه‌ها مشخص می‌کردند. مواد آزمون شامل:

الف - گرایش به آغازگری رفتار^{۴۷}؛

ب- تمایل به تکمیل رفتار^{۳۸}؛

ج - پافشاری در انجام تکالیف در صورت ناکامی^{۳۹} (باسچر^{۴۰} و اسمیت^{۴۱}، ۱۹۹۸) می‌باشد.

براتی (۱۳۷۶) برای بررسی پایایی مقیاس خودکارآمدی از روش دو نیمه کردن استفاده کرد. ضریب اعتبار آزمون از طریق روش اسپیرمن - براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش دو نیمه کردن گاتمن برابر ۰/۷۶ به دست آمد. آلفای کرونباخ یا همسانی کلی سؤالات برابر ۰/۷۹ و به دست آمد که رضایت بخش می‌باشد. ضریب قابلیت اعتماد از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ برای هر یک به دست آمد (مجیدیان، ۱۳۸۴).

برای سنجش روایی مقیاس خودکارآمدی عمومی، امتیازات به دست آمده به وسیله آن با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی هم‌بسته شد. این اندازه‌های شخصیتی عبارتند از مکان مهار درونی^{۴۲}، صلاحیت بین شخصی^{۴۳}، نیرومندی من^{۴۴}، عزت نفس^{۴۵}، جرأت ورزی^{۴۶}، خصیصه‌های شخصیتی نرینه^{۴۷} و همسازی هیجانی^{۴۸} (شرر و همکاران، ۱۹۸۲).

هم‌بستگی به دست آمده بین نمرات مقیاس خودکارآمدی و دیگر اندازه‌های شخصیتی در جهت تأیید روایی سازه‌ای مقیاس تهیه شده است. براتی (۱۳۷۶) در تحقیق خود برای به‌دست آوردن اعتبار سازه‌ای آزمون، این آزمون را همراه با آزمون دیگری به نام مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت، روی یک گروه ۱۰۰ نفری انجام داد و هم‌بستگی ۰/۶۱ را گزارش کرد که در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشد. علت استفاده محقق از مقیاس عزت نفس، این است که شرر و همکاران (۱۹۵۲) آن را به عنوان یکی از متغیرهای هم‌بسته با خود کارآمدی معرفی کرده‌اند (مجیدیان، ۱۳۸۴؛ میرسمیعی، ۱۳۸۵). شیوه نمره‌گذاری مقیاس خودکارآمدی عمومی به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. به طور کلی این پرسشنامه شامل ۱۷ ماده است که امتیاز ماده‌های شماره ۳ و ۸ و ۹ و ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه از چپ به راست افزایش پیدا می‌کند.

پرسشنامه چند بعدی رابطه خود و بدن (MBSRQ): یک پرسشنامه ۶۹ سؤالی برای ارزیابی نگرش شخص از جنبه‌های مختلف ساختار بدنی است. این پرسشنامه به وسیله کش (۲۰۰۰) برای اندازه‌گیری سطوح مختلف رضامندی و ناراضی‌تای تصویر بدنی ساخته شد. فرم اولیه این آزمون شامل ۲۹۴ ماده بود که به وسیله (کش، ونیستید و جاندا، ۱۹۸۵) ساخته شد. پاسخ به سؤالات بر روی مقیاس لیکرت از (۱) به معنای کاملاً مخالفم تا (۴) به معنای کاملاً موافقم تنظیم شده‌اند. اعتبار خرده آزمون‌ها براساس آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۱ برای مردان و ۷۳ دد تا ۸۹ درصد برای زنان گزارش شده است (کش، ۲۰۰۰). تعیین میزان اعتبار و روایی آزمون در ایران به وسیله باقری‌پور (۱۳۸۷) اجرا شد. نخست برای تعیین "روایی صوری" آزمون، پرسشنامه به فارسی ترجمه شده، سپس ترجمه مورد نظر به وسیله شخص دیگری به زبان اصلی ترجمه شد. ترجمه اخیر از سوی اساتید راهنما و مشاور با متن اصلی مورد مقایسه قرار گرفت و با انجام قضاوت و اصلاحات و تأیید ایشان ترجمه نهایی پرسشنامه

!! . Sherer

!! . Willing to initiate behavior

!! . Willing to expend effort in completing the behavior

!! . Persistence in the face of adversity

!! . Boscher , R. J.

!! . Smith , J. H.

!! . Interpersonal locus of control

!! . Interpersonal competency

!! . Ego strenght

!! . Self-esteem

!! . Assertiveness

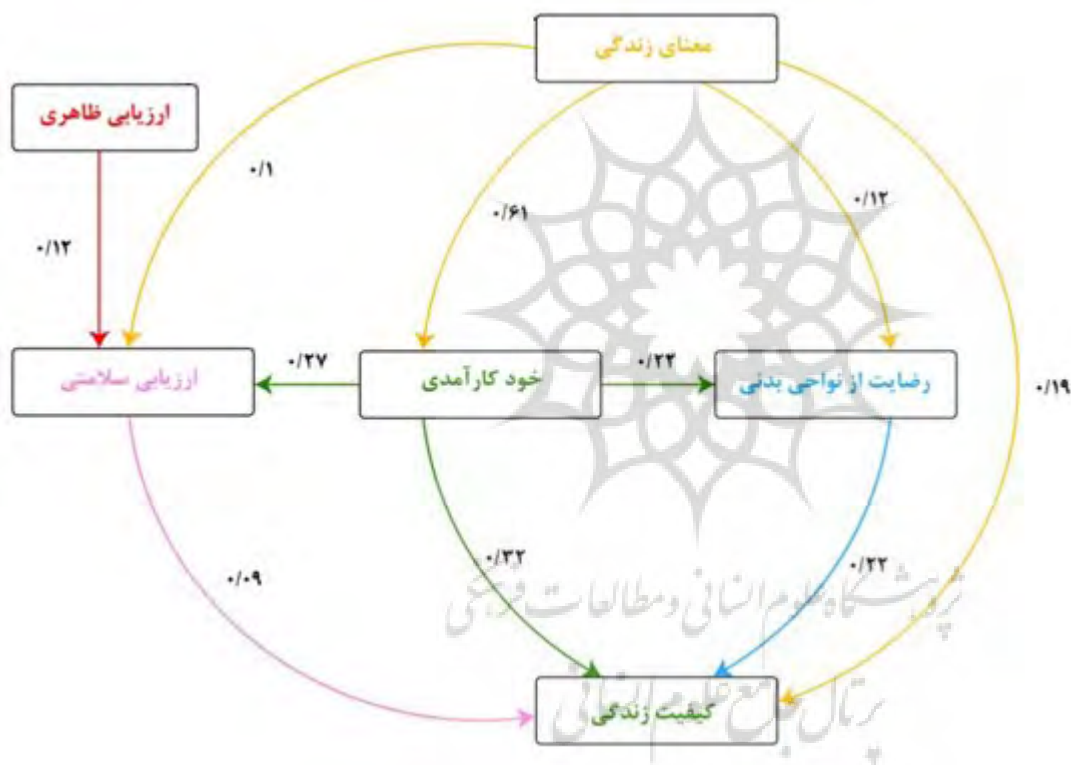
!! . Masculine personality characteristics

!! . Emotional adjustment

جهت پژوهش مقدماتی استفاده شد. برای تعیین روایی آزمون از روایی همگرا استفاده شد. به این ترتیب که پرسشنامه چند بعدی رابطه خود و بدن به همراه پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت به دو نمونه ۵۰ نفری داده شد. همبستگی معنادار بین پرسشنامه عزت نفس و خرده‌مقیاس‌های تصویر بدنی، حداقل ۰/۱۳۵ - و حداکثر ۰/۳۴۵ به دست آمد. این پرسشنامه از ۱۰ خرده‌آزمون تشکیل شده است که شامل ارزیابی ظاهری ۴۹، سرمایه‌گذاری ظاهری ۵۰، ارزیابی قابلیت جسمانی ۵۱، سرمایه‌گذاری قابلیت جسمانی ۵۲، ارزیابی سلامت ۵۳، سرمایه‌گذاری سلامت ۵۴، سرمایه‌گذاری بیماری ۵۵، رضایت از قسمت‌های بدن ۵۶، اشتغال ذهن به اضافه وزن ۵۷، خود طبقه‌بندی وزن ۵۸. هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از چند آیتم تشکیل شده است. سپس نمره‌گذاری نهایی هر خرده‌مقیاس براساس دستورالعمل محاسبه می‌شود.

نتایج

مدل نهایی به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار AMOS به شکل زیر می‌باشد:
 شکل ۱: مدل مسیر نهایی بر حسب ضرایب برآورده شده



- !! Appearance evaluation
- !! Appearance orientation
- !! Fitness evaluation
- !! Fitness orientation
- !! Health evaluation
- !! Health orientation
- !! Illness orientation
- !! Body areas satisfaction
- !! Over weight preoccupation
- !! Self-classified weight

میانگین، انحراف معیار و واریانس نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای معنای زندگی، خودکارآمدی، رضایت از نواحی بدن، ارزیابی ظاهری، ارزیابی سلامتی و کیفیت زندگی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های آماری معنای زندگی، خودکارآمدی، رضایت از نواحی بدن، ارزیابی ظاهری، ارزیابی سلامتی و کیفیت زندگی

کیفیت زندگی	ارزیابی ظاهری	ارزیابی سلامتی	رضایت بدنی	خودکارآمدی	معنای زندگی	
۹۵/۰۵	۲/۹۲	۳/۱۵	۲/۵۶	۵۰/۳۵	۱۴۰/۵۹	میانگین
۶۹/۰۰	۳/۰۰	۳/۱۶	۲/۵۰	۵۱/۰۰	۱۴۵/۰۰	میانه
۱۵/۴۵	۰/۴۷	۰/۴۳	۰/۶۶	۷/۸۰	۲۲/۸۴	انحراف معیار
۲۳۸/۸۱	۰/۲۲	۰/۱۸	۰/۴۳	۶۰/۸۵	۵۲۱/۷۹	واریانس

در پاسخ به سؤال اول تحقیق که آیا بین هر یک از متغیرهای مستقل با متغیر کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد؟ با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل مسیر متغیرهای معنای زندگی ($B = ۰/۱۹, t = ۳/۰۴, p < ۰/۰۱$) و خودکارآمدی ($P < ۰/۰۱$)، $t = ۴/۵۹, p < ۰/۰۱$) ارزیابی سلامتی ($B = ۰/۳۲, t = ۴/۰۴, p < ۰/۰۵$) و رضایت از نواحی بدنی ($B = ۰/۰۹, t = ۱/۸۳, p < ۰/۰۵$) و متغیر ارزیابی ظاهری از طریق متغیر ارزیابی سلامتی ($B = ۰/۱۲, t = ۲/۵۶, p < ۰/۰۵$) با متغیر کیفیت زندگی دارند و متغیر ارزیابی ظاهری از طریق متغیر ارزیابی سلامتی ($B = ۰/۱۲, t = ۲/۵۶, p < ۰/۰۵$) با متغیر کیفیت زندگی به طور غیر مستقیم ارتباط برقرار می‌کند. در پاسخ به سؤال دوم پژوهش که آیا بین هر یک از متغیرهای مستقل با دیگری نیز رابطه معناداری وجود دارد یا نه؟ نتایج نشان می‌دهد رابطه معناداری بین معنای زندگی با خودکارآمدی ($B = ۰/۶۱, t = ۸/۸۸, p < ۰/۰۰۱$)، معنای زندگی و رضایت از نواحی بدن ($B = ۰/۰۵, t = ۱/۷۳, p < ۰/۰۵$)، رابطه معنای زندگی با ارزیابی سلامتی ($B = ۰/۱, t = ۱/۴۳, p < ۰/۰۵$)، خودکارآمدی و رضایت از نواحی بدنی ($B = ۰/۲۲, t = ۲/۷۹, p < ۰/۰۱$) و ارزیابی سلامتی و خودکارآمدی ($B = ۰/۰۱, t = ۳/۶۵, p < ۰/۰۱$) وجود دارد.

در جدول ۳ رابطه و میزان هم‌بستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داده شده است:

جدول ۳: ماتریس هم‌بستگی متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	خودکارآمدی	معنای زندگی	ارزیابی سلامتی	ارزیابی ظاهری	رضایت بدنی	کیفیت زندگی
خودکارآمدی	۱					
معنای زندگی	۰/۵۱**	۱				
ارزیابی سلامتی	۰/۲۹**	۰/۲۷**	۱			
ارزیابی ظاهری	-۰/۰۳	۰/۱۴	۰/۱۴**	۱		
رضایت بدنی	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۱۲*	-۰/۳۶	۱	
کیفیت زندگی	۰/۴۶**	۰/۴۶**	۰/۲۶**	۰/۰۸	۰/۳۷**	۱

∅: معناداری در سطح ۰/۰۵

∅∅: معناداری در سطح ۰/۰۱

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد رابطه معنای زندگی و خودکارآمدی، معنای زندگی و رضایت از نواحی بدن، خودکارآمدی و رضایت از نواحی بدن، ارزیابی سلامتی و معنای زندگی، ارزیابی سلامتی و ارزیابی ظاهری، ارزیابی سلامتی و خودکارآمدی، کیفیت زندگی و معنای زندگی، کیفیت زندگی و رضایت از نواحی بدن، کیفیت زندگی و خودکارآمدی، کیفیت زندگی و ارزیابی سلامتی رابطه مثبت معنادار ($P < 0.01$) و بین معنای زندگی و ارزیابی ظاهری رابطه معناداری وجود ندارد. هم‌چنین معادلات پیش‌بین بین متغیرهای وابسته در مدل نهایی در جدول ۴ نشان داده شده است:

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۴: معادله، خطای استاندارد و ضریب تبیین متغیرهای وابسته

متغیر وابسته در مدل	معادله	انحراف استاندارد	ضریب تبیین به درصد
خودکارآمدی	$Y_1 = 25/816 + 0/175X_1$	۶/۷۱	۲۵
ارزیابی سلامتی	$Y_2 = 1/76 + 0/01X_2 + 0/003X_1 + 0/12X_3$	۰/۴۱	۱۱

رضایت از نواحی بدن	$Y_3 = 1/0.9 + 0/0.1 X_2 + 0/0.05 X_1$	۰/۶۳	۸
کیفیت زندگی	$Y_4 = 22/14 + 0/16 X_1 + 5/34 X_2 + 0/46 X_3 + 3/74 X_5$	۱۲/۶۷	۳۲

X_1 = معنای زندگی X_2 = خودکارآمدی X_3 = ارزیابی ظاهری X_4 = رضایت از نواحی بدن
 X_5 = ارزیابی سلامتی Y_1 = خودکارآمدی Y_2 = ارزیابی سلامتی Y_3 = رضایت از نواحی بدن

در پاسخ به سؤال سوم تحقیق که متغیرهای مستقل موجود در تحقیق چه مقدار از متغیرهای مستقل دیگر و هم‌چنین متغیر وابسته کیفیت زندگی را تبیین و پیش‌بینی می‌کنند؟ می‌توان گفت با توجه به مندرجات جدول بالا ۲۵ از واریانس متغیر خودکارآمدی از طریق معنای زندگی تعیین می‌شود، هم‌چنین ۱۱ درصد از واریانس ارزیابی سلامتی از طریق متغیرهای خودکارآمدی، معنای زندگی و ارزیابی ظاهری تعیین می‌شود. واریانس رضایت از نواحی بدن نیز به میزان ۸ درصد به‌وسیله معنای زندگی و خودکارآمدی تعیین می‌شود و درنهایت ۳۲ درصد از واریانس کیفیت زندگی به‌وسیله متغیرهای معنای زندگی، خودکارآمدی، رضایت از نواحی بدن و ارزیابی سلامتی تعیین می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل مسیر چهار رابطه مستقیم و شش رابطه غیرمستقیم بین متغیرهای مستقل و میانجی تحقیق با متغیر وابسته کیفیت زندگی وجود دارد. بین معنای زندگی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. از تحقیقات هم‌سو با این نتیجه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: استیگر و همکاران (۲۰۰۹): معنای زندگی نقش مهمی را در خوب بودن در سراسر گستره زندگی انسان ایفا می‌کند؛ لو و مولزان (۲۰۰۷): معنای زندگی به طور مستقیم و مثبت کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ اسکرابسکی و همکاران (۲۰۰۵): نمره معنای زندگی هم‌بستگی قوی با مقیاس خوب بودن سازمان بهداشت جهانی دارد. هم‌بستگی‌ها نشان می‌دهد که وجود معنا ارتباط نزدیکی با خوب بودن درون گستره زندگی دارد؛ در حالی که جستجوی معنا با کاهش شدید خوب بودن در مراحل زندگی بعدی همراه است (استیگر و همکاران، ۲۰۰۹). از دیگر ویژگی‌های معنا که مرتبط با کیفیت زندگی است، می‌توان به احساس ارزشمندی (جیکابسون، ۲۰۰۸)، آرامش درونی، هیجانات مثبت، احساسات و افکار رضایت از زندگی (ریچاردسون ۵۹ و همکاران، ۲۰۰۶) و ایجاد ارتباط مثبت با دیگران (ریت و کی یس، ۱۹۹۵) اشاره کرد. بنابراین زنانی که با وجود تغییرات گوناگون پس از یائسگی دارای احساس ارزشمندی و هدف متناسب با شرایط هستند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند.

بین رضایت از نواحی بدن و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. تحقیقات زیر در تأیید فرضیه است فیلیپس و همکاران (۲۰۰۵): افراد مبتلا به اختلال بد ریختی بدن، بدون توجه به وضعیت درمانی، به‌طور برجسته عملکرد ضعیف و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند، راگازونی و همکاران (۲۰۰۲): رضایت از زندگی در زنان چاق با اضطراب، افسردگی، هیستری و نگرش به خوردن رابطه دارد، تامپسون، کوورت و استومر (۱۹۹۹): مقایسه‌های اجتماعی مبتنی بر ظاهر میانجی تأثیر ادیت‌شدن از ظاهر بر اساس تصویر بدن و آشفتگی خوردن است و اختلال خوردن تأثیر مستقیم بر کارکرد روان‌شناسی به صورت کلی دارد. زنان در دوران یائسگی دچار تغییرات خاصی می‌شوند (لوپس، ۲۰۰۱، به نقل از امینی‌خو، ۱۳۷۸)، شاو، ابیک و اسنو (۲۰۰۰) نیز دریافتند زنان مسن نسبت به تصویر بدن آسیب پذیرترند که می‌تواند تأثیر منفی بر خود ارزشی آن‌ها داشته باشد، چرا که با استانداردهای جامعه تفاوت پیدا می‌کنند. از آنجایی که کیفیت زندگی به اعتقاد بسیاری از اندیشمندان شامل نگرش فرد درباره خود از جمله تصویر ذهنی از تن (پادیلا و گرانت، به نقل از بولاندر، ۱۹۹۴) و درک و اعتقاد فرد درباره بدن خود (ویلسون و کلیاری، ۱۹۹۹) می‌باشد، کاهش رضایت از بدن می‌تواند در راستای کاهش کیفیت زندگی باشد. بنابراین رضایت از نواحی بدن و احساس همراه با این نگرش در زنان یائسه نیز به طور مستقیم کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. پژوهش‌های زیر هم‌سو با این نتیجه است: آلتمایر و همکاران (۱۹۹۳) و مارکز و اسکولز و همکاران (۱۹۹۹): افسردگی افراد با سطح کارآمدی شخصی تصویری و کفایت شخصی آن‌ها رابطه داشته است، اسماعیلی (۱۳۸۴): ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی دیده شد.

تحقیقات نشان داده است که خودکارآمدی می‌تواند با احساس فرد درباره خوب بودن کلی ارتباط داشته باشد (آلوی، آبرامسون، ۱۹۷۹؛ بندورا، ۱۹۸۶؛ بندورا و وود، ۱۹۸۹؛ کلاسکو و آرویکتز، ۱۹۸۰) و احساس فرد درباره خوب بودن یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی محسوب می‌شود. از سوی دیگر زنان یائسه‌ای که از سطح خودکارآمدی بالاتری برخوردارند، با ایجاد اهداف واقع‌بینانه‌ای منطبق بر توانایی‌های کنونی خود و تلاش و کوشش در جهت آن از کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردار می‌شوند.

بین ارزیابی سلامتی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. این پژوهش هم‌سو با تحقیقات زیر است، اسکیندر، مک لنان و فینی (۲۰۰۸): اشکال یائسگی و موضوعات مربوط به آن بر سلامتی زنان تأثیر می‌گذارد به این صورت سن می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد، لو و مولزان (۲۰۰۷): سلامتی و معنای زندگی به طور مستقیم و مثبت کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، هیز و همکاران (۱۹۹۶): بین خود ارزیابی سلامتی و افسردگی رابطه وجود دارد. بسیاری از نظریه‌پردازان سلامتی را یکی از مهم‌ترین و اصلی‌ترین ابعاد کیفیت زندگی در نظر گرفته‌اند که بدون آن احساس خوب بودن در فرد وجود نخواهد داشت (اندرسون، ۱۹۹۹). سلامتی زنان در این دوران دستخوش تغییر می‌شود و احساس و نگرش نسبت به آن و هم‌چنین آسیب‌پذیری در برابر تغییرات فیزیکی و روانی بر کیفیت زندگی زنان و احساس خوب بودن آنان تأثیرگذار است. هر چند این‌که افراد ممکن است وضعیت‌های سلامتی مشابه را به شکلی متفاوت ارزیابی کنند که حتی با سلامتی واقعی فرد فاصله زیادی داشته باشد، اما این ارزیابی در احساس آرامش، توان‌مندی و رضایت و کیفیت زندگی آنان نقش به‌سزایی داشته باشد.

بین معنای زندگی و خودکارآمدی رابطه معناداری وجود دارد. این پژوهش هم‌سو با تحقیقات زیر است دی ویتز، ولسی و والش (۲۰۰۹)، اسکرابسکی (۲۰۰۵) و دیبایان و کرمی (۱۳۸۵): معنای زندگی هم‌بستگی مثبتی با خود کارآمدی دارد، جوزف (۲۰۰۴): بین باورهای خودکارآمدی و هدف در زندگی رابطه معنادار مهمی وجود دارد. خودکارآمدی بالاتری که یک فرد احساس می‌کند موجب می‌شود که اهداف بالاتری وضع کند و تعهد بیشتری را نسبت به این اهداف احساس کند (بندورا و وود، ۱۹۸۹؛ لاک، فردریک، لی و بابکو، ۱۹۸۴). در حقیقت این ارزش‌ها و هدف‌های قابل دسترس بخش زیربنایی معنایی است که آن‌ها به زندگی خود می‌بخشند (جیکابسون، ۲۰۰۸). بنابراین زنان یائسه‌ای که از زندگی هدفمند و با ارزش برخوردارند براساس میزان هدف‌های خود احساس توانایی و قابلیت در رسیدن به آن‌ها را دارند، از خودکارآمدی بالاتری برخوردارند تلاش بیشتری جهت ایجاد یک زندگی معنادار خواهند داشت.

بین معنای زندگی و رضایت از نواحی بدن رابطه معناداری وجود دارد. این پژوهش هم‌سو با تحقیق اسکرابسکی و همکاران (۲۰۰۵) است که نشان می‌دهد نمره معنای زندگی هم‌بستگی قوی را با جذابیت دارد. افرادی که معنایی برای زندگی خود پیدا می‌کنند، از احساس ارزش بالاتری نسبت به سایر افراد برخوردارند. از سوی دیگر جذابیت ظاهر فیزیکی زنان ارتباط مستقیمی با سطح خود ارزش آنان دارد (فریدمن، ۱۹۸۴).

بنابراین افراد براساس میزان احساس ارزشمندی نسبت به خود به ارزیابی نواحی بدنشان می‌پردازند. زنانی که از بدن خود رضایت بالاتری دارند، احساس آنان از ارزش شخص خود بالاتر است (اسودو، ۲۰۰۴).

بین معنای زندگی و ارزیابی سلامتی رابطه معناداری وجود دارد. این پژوهش هم‌سو با تحقیقات هارلو و نیوکامب (۱۹۹۰) اسکرابسکی و همکاران (۲۰۰۵): معنای زندگی هم‌بستگی قوی را با سلامتی ارزیابی شده به‌وسیله فرد نشان می‌دهد، می‌باشد. لازم به ذکر است که تغییرات ناشی از یائسگی ارزیابی فرد را از سلامتی تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد مسنی که با مشکلات سلامتی مواجه نشده‌اند، در ایجاد حفظ راهبردهای شناختی در جهت هدف‌های ارزشمند در مقایسه با کسانی که با مشکلات سلامتی مواجه شده‌اند، توانایی بیشتری از خود نشان می‌دهند (گانا و همکاران، ۲۰۰۴). تغییرات هورمونی و هم‌چنین تغییرات خلقی (شورت، ۲۰۰۳) نیز می‌تواند موجب ارزیابی منفی‌تر زنان از خود شود و به این صورت کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد.

بین خودکارآمدی و رضایت از نواحی بدن رابطه معناداری وجود دارد. این پژوهش هم‌سو با تحقیقات زیر می‌باشد، تاد (۲۰۰۷): زنانی که تمایل بیشتری را به نظارت بر بدن و تجربه شرمندگی بدنی داشتند، نشانه‌های افسردگی بیش‌تر و خودکارآمدی فیزیکی و عمومی پایین‌تری را گزارش کردند، وودرو (۲۰۰۶): زنانی با تصویر بدنی بهتر، خودکارآمدی تصمیم‌گیری حرفه‌ای بالاتری را از خود نشان می‌دهند، فراست (۲۰۰۴): رابطه معنادار مثبتی بین عزت نفس، تصویر بدن و رضایت از وزن وجود دارد. رسیدن زنان به استانداردهای بدنی فرهنگی به زنان احساس مسوولیت و کنترل می‌دهد و نسبت به بدنشان احساس تسلط و صلاحیت می‌کنند (مک کینگی و هاید، ۱۹۹۶). خودکارآمدی نیز داوری فرد در مورد صلاحیت خودش می‌باشد. بنابراین زمانی که زنان به دلیل فاصله گرفتن از معیارهای اجتماعی بدنی احساس عدم صلاحیت می‌کنند، دچار خودکارآمدی پایین می‌شوند (تاد، ۲۰۰۷). تغییر در کیفیت رابطه جنسی به دلایل فیزیکی و روانی نیز می‌تواند هم بر احساس جذابیت و رضایت از نواحی بدن و هم بر احساس خودکارآمدی زنان یائسه در نقش زنانه‌شان تأثیر بگذارد.

بین خودکارآمدی و ارزیابی سلامتی رابطه معناداری وجود دارد. این پژوهش هم‌سو با تحقیقات پسا، سیر و جونز (۲۰۰۶)، وودرو (۲۰۰۶): زنانی با تصویر بدنی بهتر، خودکارآمدی تصمیم‌گیری حرفه‌ای بالاتری را از خود نشان می‌دهند، می‌باشد. در واقع خودکارآمدی فرد تا حد زیادی بر برداشت فرد از سلامتی خود تأثیر می‌گذارد؛ به این معنا که زنان با احساس کنترل، قدرت و توان بالاتر خود را سالم‌تر ارزیابی می‌کنند. همچنین خودکارآمدی و ارزیابی سلامتی هر دو باورهایی است که جنبه شناختی دارد و زمانی که افراد مستعد تفکر منفی‌تر نسبت به خود می‌شوند، هر دو به طور هم‌زمان تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

بین ارزیابی سلامتی و ارزیابی ظاهری رابطه معناداری وجود دارد. این پژوهش هم‌سو با تحقیق پاتریک (نیبرز و نی، ۲۰۰۴): زنانی که از عزت نفس شرطی بالاتری برخوردارند بعد از مقایسه اجتماعی احساس بدتری دارند) می‌باشد. افرادی که به طور دائم به ارزیابی ظاهری می‌پردازند و به مقایسه خود با ایدئال‌های جامعه می‌پردازند از عزت نفس شرطی بالاتری برخوردارند. این افراد بعد از مقایسه اجتماعی احساس بدتری دارند، چرا که آن‌ها اصولاً خودشان را با بالاتر مقایسه می‌کنند که این مقایسه آشفته‌کننده‌تر است و افراد جذابیت ادراک شده پایین‌تری از خود نشان می‌دهند (پاتریک، نیبرز و نی، ۲۰۰۴). این آشفتگی می‌تواند بر ارزیابی آن‌ها از سلامتی خود نیز تأثیر بگذارد. در واقع براساس نتایج تحلیل مسیر، ارزیابی زنان نسبت به ظاهرشان با ارزیابی آن‌ها از سلامتی رابطه دارد و هر چه قدر اعتقاد به جذابیت و ظاهر محبوب‌تر برای خود داشته باشند، آنان سلامتی خود را بالاتر ارزیابی می‌کنند و همچنین کیفیت زندگی بالاتری نیز خواهند داشت.

در نهایت این‌که همه متغیرهای پژوهش، یعنی معنای زندگی، خودکارآمدی و تصویر بدن، نوعی باور مرتبط با یکدیگر هستند که می‌توان با تغییر در آن‌ها شرایط آرامش و شادی، احساس خوب بودن، کفایت، توانمندی و هدفمندی و ارزشمندی و به‌طور کلی کیفیت زندگی را در زنان یائسه افزایش داد.

دستیابی به زنان یائسه دارای مدرک دیپلم، اجرای پرسشنامه فقط در مورد زنان ساکن شهر تهران، تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه‌ها محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود. همچنین مقایسه کیفیت زندگی بین زنان یائسه و مردانی که در سن مشابه به سر می‌برند، مقایسه کیفیت زندگی و دیگر مؤلفه‌های تحقیق بین زنان یائسه و غیر یائسه و بررسی عوامل روانی دیگر به غیر از متغیرهای تحقیق که بتواند کیفیت زندگی را در زنان یائسه تبیین کند از جمله پیشنهادات هم‌سو با این پژوهش می‌باشد.

منابع

- اسپیروف و همکاران (۱۳۷۹) / *اندوکرینولوژی بالینی زنان و نازایی اسپیروف*. ترجمه: فرحناز امینی نائینی و همکاران. تهران: مؤسسه فرهنگی هنری تیمورزاده.
- اسکیدمور، ویلیام (۱۳۷۵) *تفکر نظری در جامعه‌شناسی*، ترجمه: علی محمد حاضری و دیگران. تهران: انتشارات تابان.
- اسماعیلی، مریم (۱۳۸۴) *بررسی ارتباط کیفیت زندگی با خودکارآمدی بیماران تحت همودالیاز در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- افضلان، فاطمه (۱۳۸۱) *بررسی کیفیت زندگی خانواده‌های بیماران روانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

امینی خو، معصومه (۱۳۸۷) بررسی و مقایسه اثر بخشی روایت درمانی. درمان شناختی - رفتاری بر تصویر بدن و عزت نفس زنان مبتلا به سرطان سینه. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه علامه طباطبائی.

باقری پور، احمد (۱۳۸۷) مقایسه تصویر بدنی و رابطه آن با تحول روانی - اجتماعی بین مردان بارور و نابارور شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

دیبایان، شهرزاد و کرمی، ابوالفضل (۱۳۸۵) بررسی رابطه میان معناجویی و شادکامی. همایش ملی تفریح و شادمانی: دانشگاه اصفهان با همکاری شهرداری اصفهان: اصفهان.

صالحی، مهدیه (۱۳۷۳) بررسی مسائل نوجوانان و جوانان از دیدگاه روانشناسان انسانگرا. پایان نامه دکترای روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

فاضلی، الهه (۱۳۸۶) تأثیر آموزش خود متمایزسازی بر باورهای خودکارآمدی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.

مجیدیان، فرزاد (۱۳۸۴) بررسی رابطه بین باورهای خودکارآمدی و سخت رویی با استرس شغلی مدیران مقطع متوسط سندج. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.

مژدهی، محمدرضا (۱۳۸۲) مقایسه باورهای خودکارآمدی دانش آموزان پسر شاخه های نظری، فنی و حرفه ای و کاردانش، دانشگاه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.

منتظری، علی و همکاران (۱۳۸۴) ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی SF-۳۶. فصل نامه پایش پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی. سال پنجم، شماره اول، صص: ۵۶-۴۹.

نیک سیرت، زهرا (۱۳۸۴) بررسی کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته عضو سازمان بازنشستگی ساکن تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

Alloy, L., & Abramson, L. (۱۹۷۹) "Judgment of contingency in depressed and non-depressed student: Sadder but wiser?" *Journal of Experimental Psychology*, ۱۰۸, pp: ۴۴۱-۴۸۷.

Altmaier, E. M., Russell, D. W., Koa, C. F., Lehmann, T. R., & Weinstein, J. N. (۱۹۹۳) "Role of self-efficacy in rehabilitation outcome chronic low back pain Patients", *Journal of Counseling Psychology*, ۴۰, ۳۳۵-۹.

Anderson K. I, Barchhad C.S. (۱۹۹۹) *Conceptualization and surment of quality of life as an outcome variable for health core intervention and research*. Adv. Nurs.

Asevedo, H. L. (۲۰۰۴) *Self-perceptions of body image, weight, and appearance among women with doctorates in counseling: Implications for counselor training and practice*. University of New Orleans.

Bandura, A., Wood, R. E (۱۹۸۹) "Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision making", *Journal of personality and Social Psychology*, Vol. ۵۶, pp: ۸۰۵-۸۱۴.

Bandura, A. (۲۰۰۱) "Social cognitive theory. A Genetic Perspective", *Annual Review of Psychologie*, Vol. ۲۵, No. ۱, ۲۶.

Blotch. (۲۰۰۲) "A self-awareness during the menopause", *Maturiatas*. pp: ۴۱-۶۱.

Bolander Voeroly B. (۱۹۹۴) "Sorensen & Luckman's basic nursing apsycho physiologic", (Approach Third Edition, W. B. S A Unders Company.

Cash, T. F., Winstead, B. A., & Janda, L. H. (۱۹۸۵). "Your body, yourself: A psychology today reader survey", *Psychology Today*, ۱۹ (۷), pp: ۲۲-۲۶.

- Chamberlain, K., & Zika, S.(1988) Measuring meaning in life; an examination of three scales, *Personality And Individual Differences*, 9(3),pp:589-596.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1969) "Manual of instructions for the purpose- in- life test", *Munstre:Psychometric Affiliates*.
- Deek ,S.,Amand.A. (2003) *Clinical endocrinology metabolism: Psychological aspects of menopause management*, Vol.17,No. 1, pp:17-31.
- Deek S.,A.,A., Mccable M.,P. (2001), "Menopausal stage and age and perception of body image", *Psychology Health*,Vol.19,No.3,pp:367-379.
- Delamater, J. L. (2002),"A study to determine the effect of the media on the perception of adolescent femal body image and resultant relationship to academic achievement" Requirement For The Master of Science Degree.University of Wisconsin- Strout.
- Dewitz, J.S., Woolsey, L.M., Walsh,B.W.(2009) "College student retention: An exploration of the relationship between self-efficacy beliefs and purpose in life among college students", *Journal of College Student Development*:50(1), pp 19-34.
- Fontaine, K-R; Barofsky , I;Bartlett, S.C.(2004) "Weight loss and health-helated quality of life", *Journal of Eating Behaviors*,Vol.5,pp: 85-89.
- Frost, J.(2004) " Self esteem and body satisfaction in male and female elementary school, High School And University Students",*Sex Roles*,Vol. 51,pp:45-54.
- Gana,K.,D. Alphilippe And N. Bailly: 2004, "Positive illusions and mental and physical health in later life", *Aging And Mental Health*, 1(1),pp:58-64.
- Harlow, L. L., Newcomb, M. D.,&Bentler, P. M.(1986) " Depression, self-degradation, substance use and suicide ideation", *Journal of Clinical Psychology*, Vol.42, No.21.
- Hartshon J.C.B Yers V.(1992) "Impact of epilepsy on quality of life", *J Neuroscience Nursing*.
- Hays, J. C.,Schoenfeld , D. E., And Balzer, D.G.(1996) " Determinants of poor self-rated health in late life" *Am.J. G Eriatr.Psychiatry*.Vol.4,pp:188-196.
- Thompson. J .K.,Covert. M.D.,Stormer S.M.(1999) " Bodyimage, social comparison and eating disturbance:A covariance structure modeling investigation", *International Journal of Eating Disorders*,Vol. 26,No.1,pp:43-51.
- Hubley, A. M., Quinlan, L.(2003) *Body image in men and women across the adult life span*.Viii Eropcean Congress of Psychology Vienna, Austria, July, 6-11,.
- Hurd,L.C.(2000) "Older women's body image and embodied experiences: An exploration", *Journal of Women & Aging*,Vol.2,No.(3/4),pp:77-97.
- Hurdy R, Kuh D.(2002) "Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause",*Soc Sci Med* .Vol.55:1975-88.
- Jacobsen, B.(2008) *Intarvention to existential psychology:A psychology for the unique human being and its application intherapy* .England:Wiely.
- Jim. H.S., Richardson.S.A, Golden-Kreutz, D. M, Anderson, B. L. (2006) *Strategies used In coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors*.
- Joseph.D,S.(2004) *Exploring the relationship between self- efficacy beliefs and purpose in life*. Ph. D. Dissertation Ohio State University.

King,D.,E.; Hunter, M., H.& Harris, J.,R. (۲۰۰۵) *Dealing psychological and spiritual aspects of menopause*,The Waworth Pastoral Press.

Kuhner , C. & Burger , C.(۲۰۰۵) " Determinants of subjective quality of life in depressed Patient", *Journal of Affective Disorder"s*. ۸۶, pp: ۲۰۵-۲۱۳.

Lazuras R.,&DeLongis, A. (۱۹۸۳) " Psychological stress and coping with aging", *American Psychiatrist*, ۳۸, pp: ۲۴۵-۲۵۴.

Lee,J S, Oh. Wo.(۲۰۰۷) "Factore influencing vitality among nurses", *Journal of Korean Acad Nurs*.۳۷(۵), pp:۶۷۶-۶۸۳.

Levasseur,M., St-Cyr Tribble, D.(۲۰۰۹) " Meaning of quality of life for older adults:Importance of human functioning component", *Arch Gerontol Geriatr*:۴۰(۲):۹۱-۱۰۰.

Locke, E. A., Frederick, E., Lee, C., & Bobko, P. (۱۹۸۴) " Effect of self self-efficacy, goals, and task strategies on task performance", *Journal of Applied Psychology*.Vol ۶۹(۴),۶۹۴-۶۹۹.

Low, G.,Molzahn.A.E.(۲۰۰۷) " Predictors of quality of Life in old age: Across- validation study", *Research In Nursing & Health*: ۳۰(۲):۱۴۱-۱۵۰.

Mckinely , N.M.,&Hyde ,J. S .(۱۹۹۶) "The objectified body consciousness scale: Development and validation", *Psychology of Women Quarterly* , ۲۰ ,pp: ۱۸۱-۲۱۵.

Newcomb, M.D.,& Harlow, L. L.(۱۹۸۶) " Life events and substance use among adolescents:Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in Life", *Journal of Personality Social Psychology*, ۵۱, pp:۵۶۴-۵۷۷.

Noles,S. W., Cash, T. F.,& Winstead, B.A.(۱۹۸۵) " Body image, physical attractiveness, and depression", *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, ۵۳,pp:۸۸-۹۴.

Patrick, H., Neighbors, C., & Knee, C.R. (۲۰۰۴) " Appearance -related social comparisons: The role of contingent self-esteem and perceptions of attractiveness", *Personality And Social Psychology Bulletin*, ۳۰(۴),pp: ۵۰۱-۵۱۴.

Pesa, J.,Syre, T.,Jones, E.(۲۰۰۰) " Psychosocial differences associated with body weight among femal adolescents", *Journal of Adolescent Health*,۲۶,pp:۳۳۰-۳۳۷.

Phillips ,K. A; Menard, W; Fay ,C& Pagano, M .E .(۲۰۰۵) " Psychologico runctioning and quality of life in body dysmorphic disorders",*Journal of Lipe. Journal of Comprehensive Psychiatry*. ۴۶,pp: ۲۴۶-۲۶۰.

Ponyahotra S, Dennerstein L. Lehert P.(۱۹۹۷) "Menopausal experiences of Thai women. Part ۱: Symptoms and their correlates", *Maturitas*. Jan;۲۶(۱):۱-۷.

Ragazzoni , P.,Molinari , A.(۱۹۹۶) "Satisfaction with life, anxiety and eating attitude in a sample of Obse woman", *Journal of European Neuropsychopharmacology*.

Reker. G. T.,& Cousins, J. B. (۱۹۷۹) "Factor structure, construct validity and reliability of the seeking of noetic goals(Song) and purpose of life (Pil) tests", *Journal of Clinical Psychology*,۳۵,pp:۸۵-۹۱.

Roberts R,K.(۲۰۰۷) *Self efficacy,self-concept ,and social competence as resources supporting resilience and psychological well-being in young adults reared within the military community* . Ph. D. Dissertation ,pp:۲۴-۲۸.

- Schneider. H. P. G. Maclennal. A. H., Feeny D.(۲۰۰۸) "Assessment health-related quality of life in menopause and aging", *Climacteric*, Vol. ۱۱, No. ۲, pp:۹۳-۱۰۷.
- Shaw, J.M., Ebbeck, V., & Snow, C.M.(۲۰۰۰) "Body composition and physical self- concept in older women", *Journal of Women & Aging*, Vol. ۱۲, pp: ۵۹-۷۵.
- Short, M. (۲۰۰۳) " Menopause , mood and management" , *Climacteric*, Vol. ۶, pp:۳۳-۳۶
- Simmon, D. D.(۱۹۸۰) " Porpuse in life and the three aspects of valuing", *Journal of Clinical Psychology*, Vol. ۳۶, pp:۹۲۱-۹۲۲.
- Skrabski, A., Kopp, M; Rozsa, S., Rethely, J., Rah. R. H.(۲۰۰۵) "Life meaning : An important correlate of health in the hungarian population" , ۱۲(۲), pp:۷۸-۸۵.
- Steger, M.F., Oishi, Sh., Kashdan, T.B.(۲۰۰۹) " Meaning in life across that life span:Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood", *Journal of positive psychology*, ۴(۱), pp:۴۳-۵۲.
- Tiggemann , M., & Lynch , J . E .(۲۰۰۱) "Bodyimage across the life span in adult women:The role of self-objectification", *Developmental Psychology* , ۳۷ (۲), pp: ۲۴۳-۲۵۳.
- Tod, Megan M.(۲۰۰۷) *A mediational model linking objected body consciousness, symptoms of depression, and perceptions of self-efficacy in women.* Doctoral Dissertation, University International University.
- Woodrow- Keys, E.(۲۰۰۶). *The effect of body image on carrer decision making self-efficacy and assertiveness in female athletes and non-athlets.* Doctoral Dissertation, Marshall University.
- Wyshak G.(۲۰۰۳) "Health rating in relation to illness- physical functioning", *General Mental Health And Well-Being :Self- Reports Of College Aluminate, Ages <۴۰-۸۰ And Older*, *Qualife Res* ۱۲(۶):۶۶۷-۶۷۴.