




## Research Paper

# Study of Health Promotion Lifestyle and Psychological Well-being in Women Attending the Health Centers of Arak City in 2019



Fatemeh Khani<sup>1</sup> , \*Mehrnoush Inanlou<sup>2</sup> , Fatemeh Ganjeh<sup>3</sup> , Hamid Haghani<sup>4</sup>

1. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Psychiatric Nursing and Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Nursing, School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
4. Department of Biostatistics, school of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



**Citation** Khani Kh, Inanlou M, Ganjeh F, Haghani H. [Study of Health Promotion Lifestyle and Psychological Well-being in Women Attending the Health Centers of Arak City in 2019 (Persian)]. *Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS)*. 2022; 25(4):730-747. <https://doi.org/10.32598/jams.24.5.6342.1>

 <https://doi.org/10.32598/jams.24.5.6342.1>



### Article Info:

**Received:** 29 Dec 2020

**Accepted:** 07 Sep 2021

**Available Online:** 01 Nov 2022

## ABSTRACT

**Background and Aim** Women are the central pillar of social development and the main axis of family health. Success, survival, and promotion of society depend on the health of women in society. Since Health Promotion lifestyle and psychological well-being are important determinants of health, this study was conducted to determine the Health Promotion lifestyle and psychological well-being in women attending the health centers of Arak City in 2019.

**Methods & Materials** In this cross-sectional study, among women who attended health centers in Arak City, 221 women who met the inclusion criteria were included in the study by continuous sampling and the form of demographic information, health promoting lifestyle profile-II (HPLP-II), and Ryff Psychological well-being Questionnaire was completed. Data were described using descriptive statistics of frequency, frequency percentage, mean, standard deviation, and data analysis by analysis of variance, independent t-test, and regression using SPSS software v. 19.

**Ethical Considerations** This study was approved by the Ethics Committee of Research Deputy of Iran University of Medical Sciences (Code: IR.IUMS.REC.1398.609).

**Results** The mean health-promoting lifestyle in the study units was 135.96; the mean physical activity components were 16.31; The mean nutrition was 26.41, with the lowest and highest scores, respectively. The mean psychological well-being in the study units was 72.29. The mean components of purpose in life were 10.76, and the mean personal growth was 13.19, with the lowest and highest scores, respectively. Age, chronic diseases, employment, number of children, and alcohol consumption had a significant negative relationship with a health-promoting lifestyle, and a woman's and her husband's education had a significant positive relationship with a health-promoting lifestyle ( $P < 0.05$ ). Overall demographic variables predict as much as 13% of health-promoting lifestyles. Age, number of children, and chronic physical and psychological diseases had a significant negative relationship with psychological well-being and economic status. A woman's and her husband's education had a significant positive relationship with psychological well-being. Overall, demographic variables predict as much as 10% of psychological well-being.

**Conclusion** Considering that health-promoting lifestyle and psychological well-being are two critical determinants of health, studying these two indicators and the factors affecting them can help intervention planning to promote women's physical and mental health.

### Key words:

Women, Health, Lifestyle, Well-being, Psychological welfare

### Corresponding Author:

Mehrnoush Inanlou, PhD.

**Address:** Department of Psychiatric Nursing and Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Tel:** +98 (912) 3225761

**E-mail:** inanlou.m@iums.ac.ir

## Extended Abstract

### Introduction

**W**omen are the central pillar of social development and the main axis of family health. Success, survival, and promotion of society depend on women's health [1]. Middle age is a pivotal period in the whole period of life, and this period leads to various physical, psychological, social, and family changes that strongly affect women's health [3]. A healthy lifestyle is significant for maintaining health, improving quality of life, reducing disabilities caused by chronic diseases, and reducing mortality [7]. On the other hand, psychological well-being is an essential factor in the freshness and vitality and increase of individual and social performance of women [13]. It also plays an influential role in preventing the occurrence of Psychopathy [14]. therefore, this study was conducted to determine the Health Promotion lifestyle and psychological well-being in women attending the health centers of Arak City in 2019.

### Materials and Methods

In this descriptive cross-sectional study, among women who attended health centers in Arak City, 221 women who met the inclusion criteria were included in the study by continuous sampling. Inclusion criteria included age 30-60 years, no divorce and death of dears in the last six months, and no drug addiction. Demographic information form, Health Promoting Lifestyle Profile-II (HPLP-II), and psychological well-being were completed to collect data. HPLP II measures 52 healthy lifestyle behaviors on six scales, including responsibility for health, nutrition, physical activity, spiritual growth, stress management,

and interpersonal relationships. The overall score of this tool is in the range of 52 to 208 [27]. The Ryff Psychological Well-being Questionnaire (18 items) has 6 subscales of self-acceptance, positive relations with others, autonomy, purpose in life, personal growth, and environmental Mastery. The overall psychological well-being score is obtained from the sum of the subscales' scores. The total score range is 18 to 108 (25)0 Data were described using descriptive statistics of frequency, frequency percentage, mean, standard deviation, and data analysis by analysis of variance, independent t-test, and regression using SPSS software v. 19.

### Results

The mean health-promoting lifestyle in the study units was 135.96, the mean physical activity components were 16.31, and the mean nutrition was 26.41, respectively, the lowest and highest scores (Table 1). Age, chronic diseases, employment, number of children, and alcohol consumption had a significant negative relationship with the health-promoting lifestyle, and education of a woman and her husband had a meaningful positive relationship with the health-promoting lifestyle ( $P < 0.05$ ) (Table 2). The results of multiple regression between health-promoting lifestyle and demographic variables showed that after adjusting and maintaining the level of other variables, educational status ( $P = 0.009$ ) and job status ( $P = 0.012$ ) still depend on lifestyle. Overall demographic variables predict as much as 13% of health-promoting lifestyles.

The mean psychological well-being in the study units was 72.29, the mean components of purpose in life were 10.76, and the mean personal growth was 13.19, respectively, the lowest and highest scores (Table 3). Age, number of children, and chronic physical and psychological

**Table 1.** Determining each of the components of a health-promoting lifestyle in the studied women

HPLP and Subscales	Mean±SD (1-4)		Rang Observed	Average Based on 100±SD
Spiritual growth	2.77±0.56	24.86±5.09	11-36	58.76±18.86
Health responsibility	2.71±0.55	24.40±4.95	12-35	57.05±18.35
Interpersonal relations	2.81±0.49	24.37±4.38	13-36	60.62±16.21
Stress management	2.32±0.44	18.80±3.53	9-30	44.18±14.73
Physical activity	2.03±0.62	16.31±5	8-31	34.61±20.84
Nutrition	2.93±0.47	26.41±4.31	16-35	64.5±15.97
HPLP score total	2.61±0.39	135.96±20.40	87-186	53.82±13.07

**Table 2.** Results of measuring the relationship between health-promoting lifestyle and demographic variables in the studied women

Demographic Variables		Correlation	Test results
Age		R=-0.15	P=0.028
Number of children		R=-0.14	P=0.041

Demographic profile		No.	Mean±SD	Test results
Marital status	Single	8	142.06±18.15	F=0.487
	Married	204	135.87±20.76	P=0.615
	Widow-Divorced	9	132.50±12.75	
Chronic disease	Yes	56	129.38±22.09	T=2.835 df=219
	No	165	138.19±19.35	P=0.005
Education	Illiterate	42	125.01±23.30	F=10.182
	Secondary	108	140.95±17.76	P=0.00
	College	71	134.83±19.59	
Job	Housewife	181	37.14±20.59	T=2.03 df=216
	Employee	36	129.67±17.81	P=0.043
Income	Good	26	140.90±17.26	F=2.555
	Moderate	158	136.58±20.43	P=0.08
	Poor	37	129.81±21.39	
Drinking	Yes	11	124.23±12.89	T=1.96 df=214
	No	205	136.58±20.65	P=0.05

diseases had a significant negative relationship with psychological well-being and economic status. The education of a woman and her husband had a meaningful positive relationship with psychological well-being ( $P<0.05$ ). After adjusting and maintaining the level of other variables, psychological diseases remained an important factor in predicting psychological well-being ( $P=0.04$ ). Overall, demographic variables predict as much as 10% of psychological well-being.

## Discussion

The results showed that women's lifestyle and psychological well-being are far from reaching the desired state.

Women have the lowest score in the components of physical activity, stress management, and purposefulness in life, which is a threat to their physical and psychological health during the transition from middle age. Inactivity in research samples can be explained by the fact that women do not perceive the physical activity as part of a healthy lifestyle [29]. This can be due to insufficient motivation, lack of correct belief, lack of equipment and facilities, and sufficient time [2]. Therefore, it is necessary to investigate the causes of women's sedentary lifestyle, plan educational interventions, and adopt methods to improve physical activity. low scores in stress management and purpose in life indicate that Despite the employment of psychology experts in recent years in health centers and providing free

**Table 3.** Determining each of the components of psychological well-being in the studied women

Psychological Well-being and Subscales	Mean±SD	Rang Observed
Self-Acceptance	12.07±2.73	5-18
Autonomy	11.84±2.03	3-17
Purpose in Life	10.76±2.11	3-16
Personal Growth	13.19±2.80	5-18
Environmental Mastery	12.69±2.26	7-18
Positive Relations	11.76±2.85	4-18
Psychological Well-Being	72.29±9.85	43-97

counseling for clients. Still, serious planning for effective counseling and holding a training class seems necessary. Also, keeping extensive training courses for primary health care providers to screen clients accurately can help promote women's health.

Several demographic variables were related to lifestyle and psychological well-being. Paying attention to these variables can open a comprehensive view for women's health authorities to take action by using appropriate methods and educational, clinical, and research interventions for promoting physical and psychological women's health

## Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

The ethics committee has approved this study of research Deputy of [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.REC.1398.609).

### Funding

This article is an excerpt from the first author's master's thesis in the Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, [Iran University of Medical Sciences](#).

### Authors' contributions

All authors contributed equally in preparing all parts of the research.

### Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

## Acknowledgements

The authors thank all those involved in this study, including all women participants, Arak Health Center, and the Vice Chancellor for Research, [Iran University of Medical Sciences](#), for their financial support.

This Page Intentionally Left Blank

## مقاله پژوهشی

# بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت شهر اراک

فاطمه خانی<sup>۱</sup>، مهرنوش اینانلو<sup>۲</sup>، فاطمه گنجه<sup>۳</sup>، حمید حقانی<sup>۴</sup>

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. گروه پرستاری و روانپزشکی و پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
۴. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** زنان ستون اصلی توسعه اجتماعی و محور اصلی سلامت خانواده هستند. موفقیت، بقا و ارتقای جامعه به سلامت زنان جامعه وابسته است. از آنجایی که سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و بهزیستی روان‌شناختی از تعیین‌کننده‌های مهم سلامت هستند، این پژوهش با هدف تعیین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت اراک در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی از بین زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت شهر اراک، ۲۲۱ خانم که معیار ورود به مطالعه را داشتند به صورت نمونه‌گیری مستمر وارد مطالعه شده و فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی را تکمیل کردند. توصیف داده‌ها با استفاده از آماره‌های توصیفی فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار و تحلیل داده‌ها به وسیله آزمون‌های آنالیز واریانس، تی مستقل و رگرسیون با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار نسخه SPSS انجام شد.

**ملاحظات اخلاقی:** این مطالعه با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1398.609 به تصویب کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران رسیده است.

**یافته‌ها:** میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در واحدهای موردپژوهش ۱۳۵/۹۶ بود. مؤلفه‌های فعالیت بدنی با میانگین ۱۶/۳۱ و تغذیه با میانگین ۲۶/۴۱، به ترتیب کمترین و بیشترین امتیاز را داشتند. میانگین بهزیستی روان‌شناختی در واحدهای موردپژوهش ۷۲/۲۹ بود. مؤلفه‌های هدفمندی با میانگین ۱۰/۷۶ و رشد فردی با میانگین ۱۳/۱۹ به ترتیب کمترین و بیشترین امتیاز را داشتند. سن، بیماری‌های مزمن، اشتغال، تعداد فرزندان و مصرف الکل با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ارتباط معنادار منفی و تحصیلات زن و همسرش با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ارتباط معنادار مثبت داشتند. در مجموع، متغیرهای جمعیت‌شناختی در حد ۱۳ درصد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را پیش‌بینی می‌کند. سن، تعداد فرزندان، وجود بیماری‌های مزمن جسمی و بیماری‌های اعصاب و روان با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معنادار منفی و وضعیت اقتصادی، تحصیلات زن و همسرش با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معنادار مثبت داشت. در مجموع، متغیرهای جمعیت‌شناختی تا ده درصد بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اینکه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و بهزیستی روان‌شناختی دو تعیین‌کننده مهم سلامت محسوب می‌شوند، بررسی این شاخص‌ها و عوامل مؤثر بر آن‌ها می‌تواند به برنامه‌ریزی مداخلات برای ارتقای سلامت جسمی و روانی زنان کمک کند.

### اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۰۹ دی ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۱۶ شهریور ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ آذر ۱۴۰۰

### کلیدواژه‌ها:

زنان، سلامت، سبک زندگی، بهزیستی، بهزیستی روان‌شناختی

### نویسنده مسئول:

دکتر مهرنوش اینانلو

نشانی: تهران، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه پرستاری و روانپزشکی و پرستاری کودکان.

تلفن: ۳۲۲۵۷۶۱ (۹۱۲) +۹۸

پست الکترونیکی: inanlou.m@iums.ac.ir

## مقدمه

یکی دیگر از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت و بهداشت یک جامعه سلامت روان آن جامعه است. شاخص‌های سلامت روان زنان نشان‌دهنده اثربخشی اقدامات و برنامه‌های ارتقای سلامت و پیشگیری از مشکلات روانی است [۱۱]. بهزیستی روان‌شناختی یکی از شاخص‌های ارزیابی سلامت روان است که عامل مهمی در طراوت و شادابی و افزایش عملکرد فردی و اجتماعی زنان است و در پیشگیری از بروز بیماری‌های روان نقش مؤثری را ایفا می‌کند [۱۲]. در صورتی که به اندازه کافی مورد توجه قرار نگیرد، فراوانی مشکلات روانی و رفتاری رو به فزونی خواهد گذاشت. در حال حاضر، میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان ۴۲/۴ درصد برآورد شده است [۱۴]. عوامل فیزیولوژیک، استرس‌های محیطی و شغلی، وظایف فزاینده و گاه متضاد زنان، فرسودگی و خستگی، ناامیدی، شرایط مادی، روابط خانوادگی، نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی، عواملی هستند که در بهزیستی روان‌شناختی نقش دارند [۱۶، ۱۵].

مطالعات طولی نشان می‌دهد علاوه بر اینکه سطح بالایی از بهزیستی روانی یک عامل محافظ در برابر بیماری‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی است، سبب افزایش بهره‌وری در کار و حتی افزایش سلامت جسمی می‌شود [۱۸، ۱۷]. اختلال در بهزیستی روان‌شناختی با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های جسمی و حتی مرگ‌ومیر ناشی از برخی از بیماری‌های قلبی‌عروقی، سکتة مغزی و برخی از سرطان‌ها رابطه دارد [۲۰، ۱۹]. این ارتباط ممکن است با افزایش سن پررنگ‌تر شود، زیرا شیوع بیماری مزمن با افزایش سن زیادتر می‌شود و بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان عاملی برای افزایش امید به زندگی و درمان بیماری تهدیدکننده زندگی عمل می‌کند [۱۹]. این در حالی است که بسیاری از مطالعات طولی انجام شده از پسرقت تدریجی بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی و اضطراب در زنان میانسال و در دوران انتقال به یائسگی خبر داده‌اند [۲۱]. عوامل فیزیولوژیک، استرس‌های محیطی و شغلی، محدود بودن منبع رضایت و همچنین محدودیت مشارکت اجتماعی زنان در جامعه، وظایف فزاینده و گاه متضاد زنان، نقش‌ها و مسئولیت‌های اجتماعی زنان در دوران میانسالی، مانند مادرزرگ بودن و خستگی و محدودیت‌های ناشی از مراقبت از نوه‌ها و همچنین افزایش مشکلات خانوادگی، مانند بیماری شریک زندگی یا فوت والدین سالخورده آن‌ها، تأثیر قابل توجهی بر وضعیت بهزیستی آنان دارد [۱۶، ۱۵، ۱۳]. مطالعات در بیش از ۱۶۰ کشور، نشان می‌دهد که پایین‌ترین سطح بهزیستی روان‌شناختی در محدوده سنین ۵۵-۴۵ سالگی است [۱۹].

بهزیستی روان‌شناختی جامعه از متغیرهای مهم تأثیرگذار بر موفقیت برنامه‌های توسعه است [۱۱]. بر اساس یافته‌های سنجش ملی سرمایه اجتماعی در سال ۱۳۹۴، تنها حدود ۲۴ درصد از مردم کشور، آینده را بهتر ارزیابی می‌کنند. رتبه اول ناامیدی نسبت به آینده در یافته‌های طرح ملی سرمایه اجتماعی مربوط به استان مرکزی است [۲۳]. ارزیابی منفی نسبت به آینده می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی افراد جامعه تأثیر منفی داشته باشد.

زنان سنگ بنای سلامت خانواده و توسعه اجتماعی هستند. موفقیت، بقا و ارتقای جامعه به سلامت زنان جامعه وابسته است [۱]. آنان در جامعه و خانواده نقش‌ها و مسئولیت‌های مهمی دارند و سلامت جسمی و روانی پیش‌نیاز اصلی ایفای موفقیت‌آمیز نقش آن‌هاست. سلامت زنان یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی از منظر سازمان ملل است [۲]. دوران میانسالی (۶۰-۳۰ سال) به‌عنوان یک دوره محوری در کل دوره زندگی است و این دوره با تغییرات مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و خانوادگی همراه است که به‌شدت بر سلامت زنان تأثیر می‌گذارد [۳]. طبق آمار رسمی در سال ۱۳۹۵، این گروه سنی ۴۱ درصد از جمعیت زنان کشور و در شهر اراک ۴۴ درصد جمعیت زنان را به خود اختصاص داده است و با توجه به هرم جمعیتی در ایران، میزان این گروه جمعیتی در حال افزایش است [۴]. همین امر، برنامه‌ریزی برای سلامت آن‌ها را مهم‌تر می‌کند. تا جایی که اجرای خدمات نوین سلامت میانسالان از سیاست‌های جدید وزارت بهداشت برای این گروه سنی است.

شواهد علمی نشان می‌دهد انتخاب‌ها و الگوی سبک زندگی افراد بر سلامت و طول عمر آن‌ها تأثیرگذار است [۵]. مشخصه‌ای که با تغییر اپیدمیولوژیک<sup>۱</sup> و همه‌گیر شدن بیماری‌ها و جدی شدن موضوع بیماری‌های غیرواگیر بیشتر خود را نمایان کرده است، بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>، پنج نوع بیماری به‌عنوان مهم‌ترین بیماری‌های مزمن در جهان شناخته شده‌اند که عبارت‌اند از: چاقی، سکتة قلبی، دیابت، سرطان و پوکی استخوان که تمامی آن‌ها با سبک زندگی ارتباط مستقیم دارند [۶]. با توجه به اینکه سال‌های زیادی از عمر زنان با بیماری و ناتوانی سپری می‌شود، سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت برای حفظ سلامتی و بهبود کیفیت زندگی و کاهش ناتوانی‌های ناشی از بیماری‌های مزمن بسیار بااهمیت است و سبب کاهش واضح در مرگ‌ومیرها خواهد شد [۷]. بنابر اظهار سازمان بهداشت جهانی هر ساله ۴۰ میلیون مرگ یا ۷۰ درصد از کل مرگ‌ها، قابل پیشگیری است [۸]. علاوه بر این، سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت منبعی بارز برای مقابله مؤثر با عوامل استرس‌زای زندگی است و روشی برای افزایش بهزیستی و خودشکوفایی به حساب می‌آید. با این حال، مطالعات مختلف در ایران نشان داده است سبک زندگی زنان مطلوب نیست. در پژوهش پارسامهر و همکاران میانگین سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت در بین زنان کمتر از مردان بوده [۹] و در مطالعه انجام‌شده توسط طل و همکاران نمرات سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت در زنان ۴۹-۱۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی جنوب شهر تهران از متوسط نمره نیز پایین‌تر گزارش شده است [۱۰].

1. Epidemiology  
2. World Health Organization (WHO)



زیرمقیاس پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، هدفمندی، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. هر زیرمقیاس دارای سه پرسش است. دامنه امتیاز برای هر خردهمقیاس ۱۸-۳ است. شرکت کنندگان در مقیاس شش درجه‌ای از کاملاً موافق (نمره یک) تا کاملاً مخالف (نمره شش) به سوالات پاسخ می‌دهند. نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی از مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. محدوده نمره کل ۱۸ تا ۱۰۸ است و نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است [۲۵]. خانجانی و همکاران به منظور بررسی ساختار عاملی فرم کوتاه (هجده سؤالی) در پژوهشی بر روی ۹۷۶ دانشجو، نشان دادند این مقیاس از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ<sup>۴</sup> برای همه زیرمقیاس‌ها ۷۱/۰ به دست آمد [۲۶].

پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت<sup>۵</sup> که توسط والکر بر اساس مدل ارتقای سلامت پندر<sup>۶</sup> طراحی شد، برای سنجش ۵۲ رفتار سبک زندگی سالم در شش مقیاس شامل مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت (نه مورد)، تغذیه (نه مورد)، فعالیت بدنی (هشت مورد)، رشد معنوی (نه مورد)، مدیریت استرس (هشت مورد) و روابط بین‌فردی (نه مورد) است. نمره کلی این ابزار در محدوده ۵۲ تا ۲۰۸ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سبک زندگی سالم‌تر است [۲۷]. والکر برای پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را گزارش کرد و برای شش زیرشاخه آن طیف ۰/۷۰ تا ۰/۸۷ را گزارش کر [۲۸].

برای بررسی پایایی پرسش‌نامه‌ها در این مطالعه از روش آزمون مجدد برای بیست نفر از جمعیت هدف استفاده شد و پایایی ابزار پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و بهزیستی روان‌شناختی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۰ به دست آمد.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS انجام شد. از آمار توصیفی برای تعیین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، بهزیستی روان‌شناختی و متغیرهای جمعیت‌شناختی استفاده شد. آزمون آماری آنووا<sup>۷</sup> و تی مستقل<sup>۸</sup> و رگرسیون<sup>۹</sup> نیز برای بررسی ارتباط بین سبک زندگی و بهزیستی روان‌شناختی با متغیرهای جمعیت‌شناختی به کار رفت. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف<sup>۱۰</sup> برای بررسی نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد.

4. Cronbach's alpha
5. Health Promoting Lifestyle Profile-II (HPLP-II)
6. Pender
7. Anova
8. Independent-t-test
9. Regression Analysis
10. Kolmogorov-Smirnov test

علی‌رغم اینکه طی سال‌های اخیر تلاش‌هایی در جهت افزایش سلامت زنان صورت گرفته و خدمات نوین سلامت زنان میانسال که از سیاست‌های جدید وزارت بهداشت است در کشور اجرا شده است، به نظر می‌رسد این اقدامات کافی نیست. پرستاران آموزش جامعه‌نگر در نظام سلامت به عنوان کارآمدترین نیروهای انسانی در سطح جامعه که در ارتباط نزدیکی با اقشار جامعه هستند، می‌توانند با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و شناسایی منابع موجود بر ارتقای سلامت جسمی و روانی زنان تمرکز کرده و زنان را برای انتخاب‌های سالم در زندگی توانمند کنند و با طرح‌ریزی برنامه‌های آموزشی ارتقای سلامت جسمی و روانی، زمینه‌افزایش آگاهی و به دنبال آن تغییر رفتار و افزایش سلامت جسمی و روان را فراهم کنند [۲۴].

از آنجایی که ارائه خدمات سلامت در هر جامعه‌ای مستلزم برآورد دقیقی از وضعیت سلامت افراد آن جامعه است و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و بهزیستی روان‌شناختی از تعیین‌کننده‌های مهم سلامت است، بررسی و تعیین این شاخص‌ها یک ضرورت بسیار مهم در ارزیابی وضعیت سلامت زنان برای دست‌اندرکاران و برنامه‌ریزان است تا بر اساس آن اولویت‌های مهم سلامت را درک و برنامه‌های ارائه‌شده را به نحو مطلوب اجرا کنند.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی در زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت شهر اراک انجام شد. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که شهر اراک به پنج منطقه شهرداری تقسیم شد. با توجه به اینکه پراکندگی پایگاه‌های سلامت در همه مناطق شهرداری یکسان است، در هر منطقه سه پایگاه سلامت به صورت تصادفی انتخاب شد و حجم نمونه برای هر یک از مناطق شهرداری ۴۵ نفر برآورد شد و در نهایت ۲۲۱ نفر با توجه به معیارهای ورود در پژوهش، بر اساس روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰-۳۰ سال، عدم وقوع طلاق و مرگ عزیزان طی شش ماه اخیر و عدم اعتیاد به مواد مخدر بود. اطلاعات هر فرد از طریق پرسش‌نامه و با کسب رضایت آگاهانه فرد جمع‌آوری شد. برای گردآوری اطلاعات، فرم جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و پرسش‌نامه هجده سؤالی بهزیستی روان‌شناختی ریف<sup>۳</sup> استفاده شد. فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، قد، وزن، سابقه بیماری‌های مزمن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، میزان تحصیلات همسر، شغل همسر، تعداد فرزندان، سن آخرین فرزند، وضعیت درآمد خانواده، مصرف قهوه، مصرف سیگار و مصرف الکل بود. پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی شد. فرم هجده سؤالی آن دارای شش

3. Reef Psychological well-being Questionnaire



جدول ۱. تعیین هر یک از مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان مورد مطالعه

مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	میانگین هر گروه $\pm$ انحراف معیار (۱ - ۴)	میانگین $\pm$ انحراف معیار	دامنه	میانگین بر مبنای ۱۰۰ $\pm$ انحراف معیار
رشد معنوی و خودشکوفایی	۲/۷۷ $\pm$ ۰/۵۶	۲۴/۸۶ $\pm$ ۵/۰۹	۱۱-۳۶	۵۸/۷۶ $\pm$ ۱۸/۸۶
مسئولیت‌پذیری در برابر سلامت	۲/۷۱ $\pm$ ۰/۵۵	۲۴/۴۰ $\pm$ ۴/۹۵	۱۲-۳۵	۵۷/۰۵ $\pm$ ۱۸/۳۵
روابط بین‌فردی	۲/۸۱ $\pm$ ۰/۴۹	۲۵/۳۷ $\pm$ ۴/۲۸	۱۳-۳۶	۶۰/۶۲ $\pm$ ۱۶/۲۱
مدیریت استرس	۲/۳۲ $\pm$ ۰/۴۴	۱۸/۸۰ $\pm$ ۳/۵۳	۹-۳۰	۴۴/۱۸ $\pm$ ۱۴/۷۳
ورزش و فعالیت بدنی	۲/۰۳ $\pm$ ۰/۶۲	۱۶/۳۱ $\pm$ ۵/۰۰	۸-۳۱	۳۴/۶۱ $\pm$ ۲۰/۸۴
تغذیه	۲/۹۳ $\pm$ ۰/۴۷	۲۶/۴۱ $\pm$ ۴/۳۱	۱۶-۳۵	۶۴/۵۵ $\pm$ ۱۵/۹۷
سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	۲/۶۱ $\pm$ ۰/۳۹	۱۳۵/۹۶ $\pm$ ۲۰/۴۰	۸۷-۱۸۶	۵۳/۸۲ $\pm$ ۱۳/۰۷



درصد افراد مورد مطالعه، حداقل مبتلا به یک بیماری مزمن بودند و بیشترین شیوع بیماری مزمن در افراد مورد مطالعه فشار خون بالا (۹/۵ درصد) بود. ۵/۱ درصد از جامعه مورد پژوهش سابقه مصرف الکل داشتند و ۵/۴۵ درصد نیز سیگار مصرف می‌کردند.

بر اساس جدول شماره ۱ میانگین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در واحدهای مورد پژوهش ۱۳۵/۹۶ بود. با توجه به میانگین بر مبنای ۱۰۰، نمره سبک زندگی ۵۳/۸۲ بود. یعنی واحدهای مورد پژوهش به‌طور متوسط ۵۳ درصد نمره کل پرسش‌نامه را کسب کرده‌اند. بُعد تغذیه بیشترین میانگین نمره برابر ۶۴/۵ و بُعد ورزش و فعالیت بدنی کمترین میانگین نمره برابر ۳۴/۶۱ را داشت.

## یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌های پژوهش در این مطالعه دلالت بر این داشت که میانگین و انحراف معیار سنی زنان مورد مطالعه  $40/46 \pm 7/80$  سال بود. اکثر افراد مورد مطالعه متأهل (۹۲/۳ درصد) و خانه‌دار (۸۳/۳ درصد) و با تحصیلات متوسطه (۴۸/۹ درصد) بودند. شاخص توده بدن  $11$   $24/52 \pm 6/66$  درصد افراد مورد مطالعه، در محدوده اضافه‌وزن و چاقی قرار داشت. میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدن،  $27/24 \pm 4/87$  بود. وضعیت اقتصادی ۷۱/۵ درصد از زنان در سطح متوسط بود.  $25/33$

11. Body Mass Index

جدول ۲. تعیین هر یک از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در زنان مورد مطالعه

مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی	میانگین $\pm$ انحراف معیار	دامنه
پذیرش خود ۳-۱۸	۰۷,۱۲ $\pm$ ۷۳,۲	۵-۱۸
خودمختاری ۳-۱۸	۸۴,۱۱ $\pm$ ۰۳,۲	۳-۱۷
هدفمندی ۳-۱۸	۷۶,۱۰ $\pm$ ۱۱,۲	۳-۱۶
رشد شخصی ۳-۱۸	۱۹,۱۳ $\pm$ ۸۰,۲	۵-۱۸
تسلط بر محیط ۳-۱۸	۶۹,۱۲ $\pm$ ۲۶,۲	۷-۱۸
ارتباط مثبت با دیگران ۳-۱۸	۷۶,۱۱ $\pm$ ۸۵,۲	۴-۱۸
بهزیستی روان‌شناختی ۱۸-۱۰۸	۲۹,۷۲ $\pm$ ۸۵,۹	۴۳-۹۷



جدول ۳. نتایج سنجش ارتباط سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و متغیرهای جمعیت‌شناختی در زنان مورد مطالعه

نتایج آزمون	همبستگی	مشخصات جمعیت‌شناختی	
$P=۰,۰۲۸$	$R=-۰,۱۵$	سن	
$P=۰,۰۴۱$	$R=-۰,۱۴$	تعداد فرزندان	
نتایج آزمون	میانگین $\pm$ انحراف معیار	تعداد	مشخصات جمعیت‌شناختی
$P=۰,۰۶۳$	$۵۷,۱۳۷ \pm ۶۵,۱۹$	۷۴	زیر ۹,۲۴
$F=۰,۴۹۱$	$۹۱,۱۳۵ \pm ۲۸,۲۰$	۹۵	شاخص توده بدنی ۲۵-۹,۲۹
$F=۰,۴۸۷$	$۸۰,۱۳۳ \pm ۷۹,۲۲$	۵۲	۳۰ و بالاتر
$P=۰,۰۶۱۵$	$۰۶,۱۴۲ \pm ۱۵,۱۸$	۸	مجرد
$P=۰,۰۶۱۵$	$۸۷,۱۳۵ \pm ۷۶,۲۰$	۲۰۴	متاهل
	$۵۰,۱۳۲ \pm ۷۵,۱۲$	۹	بیوه-مطلقه
$T=۲,۸۲۵$ $df=۲۱۹$	$۳۸,۱۲۹ \pm ۰۹,۲۲$	۵۶	بلی
$P=۰,۰۰۵$	$۱۹,۱۳۸ \pm ۳۵,۱۹$	۱۶۵	خیر
$F=۱۰,۱۸۲$	$۰۱,۱۲۵ \pm ۳۰,۲۳$	۴۲	بی‌سواد-کم‌سواد
$P=۰,۰۰۰$	$۹۵,۱۴۰ \pm ۷۶,۱۷$	۱۰۸	متوسطه
	$۸۳,۱۳۴ \pm ۵۹,۱۹$	۷۱	دانشگاهی
$T=۲,۰۰۳$ $df=۲۱۶$	$۱۴,۱۳۷ \pm ۵۹,۲۰$	۱۸۱	خانهدار
$P=۰,۰۴۳۰$	$۶۷,۱۲۹ \pm ۸۱,۱۷$	۳۶	کارمند
$F=۴,۶۵۶$	$۹۹,۱۲۸ \pm ۱۶,۲۲$	۴۱	بی‌سواد-کم‌سواد
$P=۰,۰۱۱$	$۳۷,۱۴۰ \pm ۵۹,۲۰$	۸۹	متوسطه
	$۳۸,۱۳۴ \pm ۲۰,۱۹$	۷۳	دانشگاهی
$F=۲,۵۵۵$	$۹۰,۱۴۰ \pm ۲۶,۱۷$	۲۶	خوب
$P=۰,۰۸۰$	$۵۸,۱۳۶ \pm ۴۲,۲۰$	۱۵۸	متوسط
	$۸۱,۱۲۹ \pm ۳۹,۲۱$	۳۷	ضعیف
$T=۱,۹۶$ $df=۲۱۴$	$۲۳,۱۲۴ \pm ۸۹,۱۲$	۱۱	بلی
$P=۰,۰۵$	$۵۸,۱۳۶ \pm ۶۵,۲۰$	۲۰۵	خیر



ارتباط معنادار منفی و تحصیلات زن و همسرش با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ارتباط معنادار مثبت داشت ( $P>۰/۰۵$ ). بر اساس جدول شماره ۴ نتایج رگرسیون چندگانه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان‌دهنده آن بود که پس از تنظیم و ثابت نگهداشتن سطح بقیه متغیرها، همچنان وضعیت تحصیلی و وضعیت شغلی فرد بر سبک زندگی

بر اساس جدول شماره ۲ میانگین بهزیستی روان‌شناختی در واحدهای موردپژوهش ۷۲/۲۹ است. بُعد رشد شخصی و هدفمندی به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین نمره را داشتند.

بر اساس جدول شماره ۳ سن، بیماری‌های مزمن، اشتغال، تعداد فرزندان و مصرف الکل با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

جدول ۴. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و متغیرهای جمعیت‌شناختی در زنان مورد مطالعه

sig.	T	ضریب استاندارد بتا	ضریب غیر استاندارد		متغیر
			خطای معیار	ضریب	
۰/۰۰	۹/۸۳		۱۴/۲۴	۱۴۰/۰۵	ضریب ثابت
۰/۲۸۴	۱/۰۷	۰/۱۵	۰/۳۸	۰/۴۱	سن
۰/۳۰	-۱/۰۳	-۰/۰۹	۱/۸۰	-۱/۸۵	تعداد فرزندان
۰/۰۹۹	-۱/۶۶	-۰/۲۳	۰/۳۳	-۰/۵۵	سن آخرین فرزند
		گروه مینا			(بی‌سواد-کم‌سواد)
۰/۰۰۹	۲/۶۴	۰/۲۹	۴/۴۸	۱۱/۸۱	تحصیلات (متوسطه)
۰/۰۶	۱/۹	۰/۳۷	۶/۱۹	۱۱/۷۷	(دانشگاهی)
		گروه مینا			(خانه‌دار)
۰/۰۱۲	-۲/۵۳	-۰/۲۲	۴/۸۹	-۱۲/۳۶	وضعیت شغلی (کارمند)
۰/۶۲۵	-۰/۴۹	-۰/۰۷۴	۷/۱۴	-۳/۴۹	مزمین
۰/۹۶۶	-۰/۰۴۲	-۰/۰۰۷	۷/۹۵	-۰/۳۴	بیماری جسمی
		گروه مینا			(بی‌سواد-کم‌سواد)
۰/۴۲	۰/۸۰	۰/۰۸	۴/۱۲	۳/۳۰	تحصیلات همسر (متوسطه)
۰/۴۲	-۰/۸۱	-۰/۰۹۶	۵/۰۹	-۴/۱۵	(دانشگاهی)
		گروه مینا			(خوب)
۰/۲۵	-۱/۱۶	-۰/۱۱	۴/۴۷	-۵/۱۷	وضعیت اقتصادی (متوسط)
۰/۱۸۲	-۱/۳۴	-۰/۱۴	۵/۸۳	-۷/۸۱	(ضعیف)

$$R^2=0.190, R=0.436, ADJ.R^2=0.132$$



روان‌شناختی کسب کردند. در مجموع، متغیرهای جمعیت‌شناختی تا ۱۰ درصد بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند.

### بحث

این پژوهش با هدف تعیین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت اراک انجام شد. نتایج نشان داد نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در جامعه مورد پژوهش  $135/96 \pm 20/40$  بود. با توجه به حداقل و حداکثر امتیاز ابزار (۲۰۸-۵۲)، شرکت‌کنندگان در این مطالعه در سطح متوسط HPBS بودند که مشابه زنان سنین باروری شیراز، زنان سنین باروری قم و زنان یائسه شهر نکا و کمتر از زنان سنین باروری شهر تهران، زنان میانسال شهر یزد و زنان عرب ساکن در آمریکا کمتر بودند. میانگین HPBS در مطالعه حاضر از زنان ترک ۱۸-۶۴ سال، زنان چینی شهری، زنان سرپرست خانوار ایرانی، زنان میانسال بیرجند، زنان جنوب شهر تهران و از بزرگسالان ۶۰-۴۰ ساله تایوان [۳۰-۳۴، ۱۵، ۱۰، ۳، ۷] بیشتر بود. مؤلف‌های فعالیت بدنی با میانگین ۳۱/۱۶ و مدیریت استرس

ارتقادهنده سلامت مؤثر بود. بدین صورت که با تغییر سطح تحصیلات از بی‌سواد-کم‌سواد به تحصیلات متوسطه و ثابت نگه داشتن بقیه متغیرها، نمره سبک زندگی ۱۱/۸۱ افزایش یافت. همین‌طور با تغییر وضعیت شغلی از خانه‌دار به کارمند و ثابت نگهداشتن بقیه متغیرها، امتیاز سبک زندگی ۱۲/۳۶ کاهش یافت. در مجموع، متغیرهای جمعیت‌شناختی تا ۱۳ درصد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را پیش‌بینی می‌کنند.

بر اساس جدول شماره ۵، سن، تعداد فرزندان، وجود بیماری‌های مزمن جسمی و بیماری‌های اعصاب و روان با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معنادار منفی و وضعیت اقتصادی و تحصیلات زن و همسرش با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معنادار مثبت داشت ( $P > 0.05$ ). جدول شماره ۶ نشان داد حتی پس از تنظیم و ثابت نگهداشتن سایر متغیرها، بیماری‌های اعصاب و روان همچنان عامل مهمی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی باقی ماندند ( $P = 0.04$ ). بدین صورت که واحدهای مورد پژوهش که مبتلا به بیماری اعصاب و روان داشتند، نسبت به کسانی که مبتلا به بیماری اعصاب و روان نبودند، به اندازه ۸/۳۰ نمره کمتری در بهزیستی

جدول ۵. نتایج سنجش ارتباط بهزیستی روان‌شناختی و متغیرهای جمعیت‌شناختی در زنان مورد مطالعه

نتایج آزمون	همبستگی	مشخصات جمعیت‌شناختی		
$P=0/004$	$-0/20$	سن		
$P=0/036$	$-0/15$	تعداد فرزندان		
نتایج آزمون	میانگین $\pm$ انحراف معیار	تعداد	مشخصات جمعیت‌شناختی	
$F=0/416$	$72/20 \pm 9/96$	73	۱۸/۵-۲۴/۹	
$P=0/66$	$71/85 \pm 9/07$	۹۵	شاخص توده بدنی	
	$72/00 \pm 10/91$	۵۲	۳۰ و بالاتر	
$F=0/483$	$72/94 \pm 10/54$	۸	مجرد	
	$72/41 \pm 9/67$	۲۰۴	متاهل	
	$69/17 \pm 13/69$	۹	سایر	
$T=3/753$ $df=216$	$9/09$	$73/73$	۱۶۵	بیماری مزمن
	$10/86$	$68/16$	۵۶	بله
$T=3/013$ $df=216$	$11/10$	$68/53$	۴۷	بلی
	$9/25$	$73/33$	۱۷۴	خیر
$T=-3/211$ $df=215$	$10/31$	$62/92$	۱۳	بلی
	$9/58$	$72/76$	۲۰۸	خیر
$F=8/85$	$10/44$	$67/14$	۴۲	بی‌سواد - کم‌سواد
	$9/74$	$72/63$	۱۰۸	متوسطه - دیپلم
	$8/53$	$74/92$	۷۱	دانشگاهی
$T=-1/48$ $212df=$	$10/19$	$71/99$	۱۸۱	خانهدار
	$7/80$	$74/67$	۳۶	کارمند
$F=7/151$	$11/39$	$67/49$	۴۱	بی‌سواد - کم‌سواد
	$9/36$	$72/24$	۸۹	متوسطه - دیپلم
	$8/15$	$74/16$	۷۳	دانشگاهی
$F=2/069$	$8/44$	$74/73$	۶۳	کارمند
	$10/26$	$70/11$	۵۳	کارگر
	$9/48$	$72/17$	۵۳	آزاد
$P=0/086$	$10/84$	$70/77$	۳۱	بازنشسته

نتایج آزمون	میانگین $\pm$ انحراف معیار	تعداد	مشخصات جمعیت شناختی
F= ۲/۴۳۶ P= ۰/۰۴۸	۱۰/۸۸	۷۵/۳۸	۰
	۹/۴۷	۷۲/۱۴	۱
	۸/۵۱	۷۳/۴۲	۲
	۱۱/۶۰	۷۱/۹۴	۳
F= ۵/۸۲۱ P= ۰/۰۰۳	۱۰/۷۸	۷۴/۲۹	۴ و بالاتر
	۹/۴۵	۷۳/۱۴	خوب
	۹/۷۰	۶۷/۴۳	متوسط
			ضعیف
T= -۱/۶۸۷ df= ۲۱۵ P= ۰/۰۹۳	۷/۲۰	۶۷/۷۱	بلی
	۹/۹۳	۷۲/۶۲	خیر
T= ۱/۲۳ df= ۲۱۱ P= ۰/۲۲	۵/۳۸	۶۸/۶۵	بلی
	۱۰/۰۷	۷۲/۶۱	خیر



است [۳۱، ۲۷، ۱۰]. بنابراین برای بهبود توانایی زنان در کنترل استرس باید از طرق مختلف مشاوره حضوری، راهنمایی تلفنی و برگزاری کلاس های آموزشی حضوری و مجازی اقدامات موثری انجام شود.

در تحلیل اولیه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با سن، تعداد فرزندان، وجود بیماری های مزمن، تحصیلات، شغل و تحصیلات همسر و مصرف الکل با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ارتباط معنادار آماری وجود داشت. پس از تعدیل مدل رگرسیون خطی، وضعیت تحصیلی و شغلی فرد بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت مؤثر بود.

حتی پس از تنظیم و ثابت نگه داشتن سایر متغیرها، تحصیلات عامل مهمی در رفتارهای ارتقادهنده سلامت بود. مطالعات ملی و بین المللی یافته های مشابهی را گزارش داده اند. به عنوان مثال انجذاب و همکاران باکوبی، بحیرایی<sup>۱۴</sup>، جینا<sup>۱۵</sup> و خامی نشان دادند [۳۵، ۳۴، ۲۹، ۷، ۱] افراد با سطح تحصیلات بالاتر شیوه زندگی بهتری گزارش داده اند. تحصیلات یک عامل تأثیرگذار در سلامت زنان است و آموزش را باید یک عامل اصلی در توضیح نابرابری های بهداشتی دانست. افرادی که تحصیلات بالاتری دارند ممکن است دسترسی بیشتری به اطلاعات مربوط به سلامتی داشته باشند که منجر رفتارهای ارتقادهنده سلامت می شود.

با میانگین ۱۸/۸۰ کمترین نمره را داشتند. همانند سایر مطالعات پیشین در ایران و کشورهای خارجی، فعالیت بدنی کمترین امتیاز را داشت [۲۷-۳۳، ۱۰، ۷، ۲]. با این حال، واقعیتی که مطالعات متعددی نشان داده اند این است که فعالیت بدنی تأثیر مثبت بر علائم یائسگی و پیشگیری از آرتریت، پوکی استخوان و بیماری قلبی عروقی دارد. تحرک بدنی پایین زنان مورد مطالعه به علاوه چاقی و اضافه وزن (میانگین ۲۷/۲۴ شاخص توده بدنی) زمینه را برای ابتلا به دیابت، پرفشاری خون، دیس لیپیدمی و آرتریت فراهم می کند و این یک تهدید جدی برای سلامت زنان میانسال خواهد بود [۷]. فعالیت بدنی ناکافی در زنان مطالعه حاضر و سایر مطالعات بیانگر این است که کم تحرکی به عنوان یک چالش در تمام کشورها مطرح است. کم تحرکی در نمونه های پژوهش را می توان این گونه توضیح داد که زنان فعالیت بدنی را به عنوان بخشی از یک شیوه زندگی سالم درک نکرده اند [۲۹] که می تواند ناشی از عدم انگیزه کافی، نداشتن باور صحیح، نبود تجهیزات و امکانات و زمان کافی باشد [۲]. بنابراین بررسی علل کم تحرکی زنان و برنامه ریزی مداخلات آموزشی و اتخاذ روش هایی برای بهبود فعالیت بدنی ضروری است.

بعد از فعالیت بدنی، کمترین نمره به مدیریت استرس اختصاص یافت. این یافته توانایی های ضعیف زنان را برای مدیریت عوامل استرس زا نشان می دهد که همسو با مطالعه هردان خلیل<sup>۱۲</sup> در زنان عرب چوانگ<sup>۱۳</sup> در بزرگسالان و مطالعه طل در زنان همسو

14. Baheiraei  
15. Giena

12. HardanKhalil  
13. Chuang

جدول ۶. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه بین بهزیستی روان‌شناختی و متغیرهای جمعیت‌شناختی

sig.	T	ضریب استاندارد بتا	ضریب غیراستاندارد		مشخصات جمعیت‌شناختی
			خطای معیار	ضریب	
۰/۰۰	۱۰/۸۳		۶/۴۸	۷۰/۱۵	ضریب ثابت
۰/۶۷	۰/۴۳	۰/۰۶	۰/۱۸	۰/۰۸	سن
۰/۹۸۵	۰/۰۱۹	۰/۰۰۲	۰/۸۵	۰/۰۱۶	تعداد فرزندان
۰/۳۶	-۰/۹۲	-۰/۱۳	۰/۱۶	-۰/۱۵	سن آخرین فرزند
		گروه مینا			بی‌سواد-کم‌سواد
۰/۳۳۴	۰/۹۷	۰/۱۰	۲/۱۱	۲/۰۴	متوسطه
۰/۱۳	۱/۵۲	۰/۲۰	۲/۷۲	۴/۱۵	دانشگاهی
۰/۳۵	-۰/۹۳	-۰/۰۸	۱/۹۱	-۱/۷۸	جسمی
۰/۰۴	-۲/۹۲	-۰/۲۰	۲/۸۴	-۸/۳۰	اعصاب و روان
		گروه مینا			بی‌سواد-کم‌سواد
۰/۴۴	۰/۷۸	۰/۰۸	۱/۹۶	۱/۵۳	متوسطه
۰/۸۷	۰/۱۶	۰/۰۲	۲/۴۴	۰/۳۹	دانشگاهی
		گروه مینا			خوب
۰/۵۴	-۰/۶۲	-۰/۰۶	۲/۱۹	-۱/۳۶	متوسط
۰/۰۷	-۱/۸۱	-۰/۱۹	۲/۷۶	-۴/۹۹	ضعیف

$$R^2=0/154, ADJR^2=0/104, R=0/392$$

در رابطه با بررسی بهزیستی روان‌شناختی، میانگین در جامعه موردپژوهش  $29/72 \pm 85/9$  بود که مشابه پژوهش اورنگ در گروه بزرگسالان ۲۶-۴۶ سال بود و از مطالعه جبرایلی که در زنان بارور شهرستان مشکین‌شهر انجام شده بود، بیشتر بود [۳۹]. دلیل این نتیجه متناقض ممکن است مربوط به جامعه پژوهش باشد. چنانکه موقعیت اجتماعی و اقلیمی و فرهنگی جامعه می‌تواند بر روی بهزیستی روان‌شناختی افراد جامعه تأثیرگذار باشد. مطالعات گسترده‌تر و بیشتری در این زمینه در شهرهای مختلف توصیه می‌شود.

در میان خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، بیشترین نمره در رشد فردی با میانگین  $13/19$  بود که با مطالعه بابایی گیوی و همکاران همسو است [۴۰]. بالا بودن رشد فردی سبب می‌شود که شخص توانایی شکوفا کردن تمامی نیروها و استعدادها را داشته باشد و توانایی‌های جدیدی در روبه‌رویی با شرایط دشوار کسب کند. این دگرگونی بر نگرش مثبت فرد به زندگی جلوه‌گر شده و رضایت از زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان را به همراه دارد؛ کمترین میانگین نمره در حیطه هدف در زندگی با میانگین  $10/76$  بود که همسو با مطالعه اورنگ و همکاران است [۳۸]. هدفمندی، پایه سلامت روانی به شمار می‌رود [۴۰].

در مطالعه حاضر، زنان کارمند رفتار سلامتی کمتری از خود نشان دادند. اسلوپین<sup>۱۶</sup> نیز در بررسی خود نشان داد، زنان با مشاغل فعال و استرس بالا مشکلات بهداشتی بیشتری را گزارش می‌دهند [۳۶]. در مطالعه باکویی و احمدی و همکاران چنین ارتباط معناداری یافت نشد که احتمالاً نوع شغل و تعداد شاغلین در هر یک از مطالعات متفاوت و سبب تناقض در نتایج شده است [۲۸، ۲۹]. مطالعات بیشتری در گروه‌های مختلف شغلی پیشنهاد می‌شود. گرچه پیش بینی می‌شود وضعیت شغلی زنان تأثیر مثبتی بر توانمندسازی زنان داشته [۲۹] و عامل مهمی در ارضای نیازهای اساسی آدمی و بهبود شرایط زندگی باشد [۲]. اما گاهی ممکن است به علت افزایش تعداد نقش‌هایی که زنان بر عهده دارند به همان میزان فشار جسمی و روانی بیشتری بر زنان وارد شده و زن شاغل فرصت استراحت و رسیدگی به خود و مراقبت مربوط به خود را نداشته باشد [۳۷] و این منجر به پایین‌تر بودن نمره سبک زندگی می‌شود.

16. Slopen



مطالعه ماچادو<sup>۲۰</sup> در دانشجویان نشان داد، استفاده از تکنیک‌های افزایش بهزیستی ذهنی<sup>۲۱</sup>، سبب کاهش نشانه‌های اختلال روانی رایج در دانشجویان پزشکی شد [۴۴]. همه این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر همسواست.

در مطالعه حاضر تعداد فرزندان بیشتر با بهزیستی روان‌شناختی کمتری همراه بود. در مطالعه بهال‌الدینی نیز هرچه تعداد فرزندان زنان شاغل افزایش پیدا می‌کند، بهزیستی روانی زنان نیز کاهش پیدا می‌کند [۳۸] که با مطالعه حاضر همسو است. در مطالعه الله‌وردی‌پور این ارتباط اثبات نشد [۴۲].

در مطالعه حاضر، زنان با وضعیت اقتصادی خوب نسبت به زنانی که وضعیت اقتصادی خوب نداشتند از بهزیستی روان‌شناختی بهتری برخوردار بودند که با مطالعه الله‌وردی‌پور در زنان میانسال و پرندرس گاست<sup>۲۲</sup> که در گروه بزرگسالان جامعه انجام شد، همسو است [۴۵، ۴۱]. مطالعه والدگریو<sup>۲۳</sup> هم نشان داد زندگی در زیر فقر در دوران میانسالی با سلامتی روان پایین همراه است [۴۶]. سلیگمن<sup>۲۴</sup>، روان‌شناس مثبت‌نگر و مازلو<sup>۲۵</sup>، روان‌شناس انسان‌گرا معتقد بودند در صورتی که به نیازها به‌ویژه نیازهای اولیه و فیزیولوژیکی (غذا و مسکن) رسیدگی شود و ارضا شوند، سلامتی جسمانی و روانی افراد تا حد زیادی حفظ می‌شود و در صورتی که این نیازها نادیده گرفته شوند، لطمه‌ای ایجاد خواهد شد که سلامت فرد به‌ویژه بهزیستی روانی فرد را مختل خواهد کرد [۴۷]. بنابراین باید به سلامت روان قشر آسیب‌پذیر از نظر اقتصادی، افراد کم‌درآمد و بیکاران به‌طور ویژه توجه شود و هرگونه سیر نزولی اقتصادی در جامعه به‌عنوان هشدار تلقی شود.

### نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج پژوهش نشان داد سبک زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان تا رسیدن به وضعیت مطلوب فاصله زیادی داشته و زنان در مؤلفه‌های تحرک بدنی و مدیریت استرس و هدفمندی در زندگی کمترین امتیاز را کسب کرده‌اند و این یک تهدید برای سلامت جسمانی و روانی آنان در گذار از میانسالی است. این شاخص‌ها با تعدادی از متغیرهای جمعیت‌شناختی در ارتباط هستند که توجه به این متغیرها می‌تواند دید جامع‌تری برای متولیان امر سلامت زنان و راهی برای بهبود سلامت جسمی و روانی زنان ایجاد کند. با توجه به نتایج مطالعه می‌توان با آگاهی‌بخشی و اطلاع‌رسانی در زمینه ارتقای سلامت، برنامه‌ریزی برای بهبود سلامت جسمی و روانی زنان، حمایت اقتصادی و

و سبب تمایل به پیشرفت و برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف می‌شود. به گونه‌ای که فرد احساس می‌کند زندگی ارزش زیستن را دارد. از طرفی معنا دادن به زندگی و داشتن هدف، بسیاری از مشکلات و رخدادهای ناگوار را تحمل‌پذیر می‌کند [۴۱].

بر اساس مراقبت‌های انجام شده در پایگاه‌های سلامت اراک، بیست درصد زنان در ارزیابی سلامت روان، غربال مثبت شده‌اند. علی‌رغم اینکه طی سال‌های اخیر نیروی کارشناس سلامت روان در مراکز سلامت جذب شده است و امکان مشاوره رایگان برای مراجعین فراهم شده است، اما برنامه‌ریزی جدی برای مشاوره‌های اثربخش و برگزاری کلاس‌های آموزش گروهی ضروری به نظر می‌رسد. همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی گسترده برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در زمینه ارزیابی و مشاوره روان‌شناسی مراجعین می‌تواند کمک مؤثری برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی زنان باشد.

در مورد ارتباط بهزیستی روان‌شناختی با متغیرهای جمعیت‌شناختی، نتایج مطالعه حاضر همسو با مطالعه الله‌وردی‌پور نشان داد [۴۱] زنان بی‌سواد-کم‌سواد از بهزیستی روان‌شناختی کمتری برخوردار بودند نسبت به کسانی که دارای سطح تحصیلات بالاتر بودند. مطالعات مختلف تأکید کرده‌اند تحصیلات پایین تأثیرات منفی زیادی بر سلامت روان دارد. یک مطالعه در زنان هند نشان داد بین ابعاد مختلف بهزیستی در زنان تحصیل کرده و غیرتحصیل کرده تفاوت وجود دارد [۴۲]. بنابراین تحصیلات نقش مهمی در توانایی مقابله با فشارهای روانی و دشواری‌های زندگی دارد. بر این اساس حمایت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دولت برای تحصیل زنان در جامعه گام بزرگی در افزایش سلامت جامعه خواهد بود.

در مطالعه حاضر همسو با مطالعه الله‌وردی‌پور زنانی که سابقه بیماری‌های مزمن را داشتند [۴۱]، از بهزیستی روان‌شناختی کمتری برخوردار بودند. همین‌طور استپتو<sup>۱۷</sup> نشان داد افرادی که از بیماری‌هایی مانند بیماری قلب و عروق کرونر رنج می‌برند، خلق‌وخوی افسرده و اختلال در بهزیستی داشتند [۱۹]. با توجه به اینکه این موضوع تأثیر منفی بر روند کنترل بیماری دارد، لزوم انجام مشاوره‌های حضوری و تلفنی توسط کارشناسان سلامت روان در مراکز جامع سلامت برای این بیماران در کنار سایر مراقبت‌های جسمی ضروری به نظر می‌رسد.

در مطالعه حاضر، زنانی که اختلال اعصاب و روان داشته‌اند، از بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری برخوردار بودند. وود<sup>۱۸</sup> و همکاران در یک بررسی طولی ده‌ساله نشان دادند افراد با سلامت روانی<sup>۱۹</sup> پایین احتمالاً طی ده سال آینده افسرده می‌شوند [۴۳].

20. Machado

21. Subjective wellbeing

22. Prendergast

23. Waldegrave

24. Martin Seligman

25. Abraham -Harold- Maslow

17. Steptoe

18. Wood

19. Psychological well-being

اجتماعی بیشتر توسط دولت در جهت پیشبرد سلامتی و توانمندسازی این گروه گام برداشت و در حفظ و ارتقای کل جامعه مؤثر بود. لازم است مراقبین سلامت که وظیفه آموزش زنان در پایگاه‌های سلامت را بر عهده دارد، در این باره آموزش‌های گسترده‌ای ببینند.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله با کد IR.IUMS.REC.1398.609 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران به تصویب رسیده است.

#### حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول، فاطمه خانی در گروه پرستاری، دانشکده پرستاری-مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران است.

#### مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله شرکت داشته‌اند.

#### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مطالعه هیچ تعارض منافی ندارد.

#### تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی دست اندرکاران این مطالعه از جمله تمامی زنان شرکت‌کننده، مرکز بهداشت اراک و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران برای حمایت مالی شان تشکر می‌کنند.

## References

- [1] Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Mohammadi E. Facilitators and inhibitors of health-promoting behaviors: The experience of Iranian women of reproductive age. *Int J Prev Med.* 2013; 4(8):929-39. [PMCID]
- [2] Abedi P, Jorfi M, Afshari P. [Evaluation of the health promotion lifestyle and its related factors in reproductive aged women in Ahvaz, Iran (Persian)]. *Community Health J.* 2015; 9(1):68-74. [http://chj.rums.ac.ir/article\\_45748.html](http://chj.rums.ac.ir/article_45748.html)
- [3] Amirabadizadeh Z, Sharifzadeh G, Moodi M. Middle-aged women's quality of life and health-promoting lifestyle. *Mod Care J.* 2016; 13(3):e11597. [DOI:10.5812.modernc.11597]
- [4] Statistical Center of Iran. [Selection of the general population and housing census (Persian)]. Tehran: Statistical Center of Iran; 2016. <https://www.amar.org.ir/>
- [5] Fathi A, Sadegi S, Malekiran A, Rostami H, Abdolmohamadi K. [The effect of promoting health lifestyle dimensions and psychological well-being in Corona (Covid 19) anxiety in Tabriz Azad University Students (Persian)]. *J Arak Univ Med Sci.* 2020; 23(5):698-709. [DOI:10.32598.JAMS.23.COV.1889.2]
- [6] Lobo RA, Davis SR, De Villiers TJ, Gompel A, Henderson VW, Hodis HN, et al. Prevention of diseases after menopause. *Climacteric.* 2014;17(5):540-56. [PMID]
- [7] Enjezab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A, Morowatisharifabad MA. Health promoting behaviors in a population-based sample of middle-aged women and its relevant factors in Yazd, Iran. *Int J Prev Med.* 2012; 3(5):S191-8. [PMCID]
- [8] WHO. WHO to establish high-level commission on noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017. [https://www.who.int/news.item.10-10-2017-who-to-establish-high-level-commission-on-noncommunicable-diseases](https://www.who.int/news/item/10-10-2017-who-to-establish-high-level-commission-on-noncommunicable-diseases)
- [9] Parsamehr M, Rasoulizadeh SP. [The study of the relationship between lifestyle and social health among people of Talesh city (Persian)]. *Q J Soc Dev.* 2015; 10(1):35-66. [DOI:10.22055.QJSD.2015.11936]
- [10] Tol A, Mohebbi B, Yekaninejad M, Sabouri M. [Influential factors on health promoting behaviors and happiness among women (Persian)]. *Razi J Med Sci.* 2018; 25(4):11-22. [https://rjms.iums.ac.ir/browse.php?id=5129&sid=1&slc\\_lang=en](https://rjms.iums.ac.ir/browse.php?id=5129&sid=1&slc_lang=en)
- [11] Kadkhodaei M, Azadfallah P, Farahani H. [A qualitative analysis of psychological well-being of women with regard to Iranian cultural structure (Persian)]. *Dev Psychol.* 2018; 14(55):249-68. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=664754>
- [12] Sabzi Z, Mancheri H, Royani Z, Aryaie M, Jafari S, Ahmadi G. [Subjective well-being in nursing and midwifery students of Golestan University of Medical Sciences (Persian)]. *J Res Dev Nurs Midwifery.* 2015; 12(1):76-84. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=456882>
- [13] Noorbala AA, Damari B, Riazi IS. [Evaluation of mental disorders incidence trend in Iran (Persian)]. *Daneshvar Med.* 2014; 22(3):1-10. [http://daneshvarmed.shahed.ac.ir/article\\_1629.html](http://daneshvarmed.shahed.ac.ir/article_1629.html)
- [14] Noorbala A, Damari B, Riazysafahani S. [Study of the prevalence of mental disorders in Iran (Persian)]. *Daneshvar Med.* 2014; 21(112):1-11. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=242956>
- [15] Cheng J, Wang T, Li F, Xiao Y, Bi J, Chen J, et al. Self-rated health status and subjective health complaints associated with health-promoting lifestyles among urban Chinese women: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2015; 10(2):e0117940. [DOI:10.1371/journal.pone.0117940] [PMID] [PMCID]
- [16] Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. [Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran-Iran (2009) (Persian)]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2011; 16(4):479-83. [https://ijpcp.iums.ac.ir/browse.php?a\\_code=A-10-1-408&slc\\_lang=en&sid=1](https://ijpcp.iums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1-408&slc_lang=en&sid=1)
- [17] Lamers SM, Westerhof GJ, Glas CA, Bohlmeijer ET. The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *J Posit Psychol.* 2015; 10(6):553-60. [DOI:10.1080.17439760.2015.1015156]
- [18] Torniaainen-Holm M, Pankakoski M, Lehto T, Saarelma O, Mustonen P, Joutsenniemi K, et al. The effectiveness of email-based exercises in promoting psychological wellbeing and healthy lifestyle: A two-year follow-up study. *BMC Psychol.* 2016; 4(1):21. [DOI:10.1186.s40359-016-0125-4] [PMID] [PMCID]
- [19] Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet.* 2015; 385(9968):640-8. [DOI:10.1016.S0140-6736(13)61489-0]
- [20] Rooney C, McKinley MC, Woodside JV. The potential role of fruit and vegetables in aspects of psychological well-being: a review of the literature and future directions. *Proc Nutr Soc.* 2013; 72(4):420-32. [DOI:10.1017.S0029665113003388] [PMID]
- [21] Bansal P, Chaudhary A, Soni R, Sharma S, Gupta VK, Kaushal P. Depression and anxiety among middle-aged women: A community-based study. *J Family Med Prim Care.* 2015; 4(4):576-81. [DOI:10.4103.2249-4863.174297] [PMID] [PMCID]
- [22] Park E-H. For grandparents' sake: The relationship between grandparenting involvement and psychological well-being. *Ageing Int.* 2018; 43(3):297-320. [DOI:10.1007.s12126-017-9320-8] [PMID] [PMCID]
- [23] Presidential-Strategic-Review-Center. [Future studies of Iran 2017 (Persian)] [Internet]. [https://www.css.ir/fa.content.112771.%D8%A2%DB%8C%D9%86%D8%AF%D9%87%E2%80%8C%D9%BE%DA%98%D9%88%D9%87%DB%8C\\_%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86\\_%DB%B9%DB%B6](https://www.css.ir/fa/content.112771.%D8%A2%DB%8C%D9%86%D8%AF%D9%87%E2%80%8C%D9%BE%DA%98%D9%88%D9%87%DB%8C_%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86_%DB%B9%DB%B6)
- [24] Khodaveisi M, Shabani A, Mohamadi N, Roshanaei G. [Assessing predictors of health-improving behaviors of females referred to healthcare centers (Persian)]. *J Health Promot Manag.* 2016; 6(1):44-50. [DOI:10.21859.jhpm-06037]
- [25] Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.* 1995; 69(4):719-27. [DOI:10.1037.0022-3514.69.4.719]
- [26] Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. [Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students (Persian)]. *Thoughts Behav Clin Psychol.* 2014; 9(32):27-36. [https://jtbcp.riau.ac.ir/article\\_67.html](https://jtbcp.riau.ac.ir/article_67.html)
- [27] Mirghafourvand M, Baheiraei A, Nedjat S, Mohammadi E, Charandabi SM-A, Majdzadeh R. A population-based study of health-promoting behaviors and their predictors in Iranian women of reproductive age. *Health Promot Int.* 2014; 30(3):586-94. [DOI:10.1093.heapro.dat086] [PMID]
- [28] Ahmadi A, Rosta F. [Health promoting life style among women of reproductive age (case study of Shiraz city) (Persian)]. *Women Dev Polit.* 2014; 11(4):543-58. [DOI:10.22059.JWDP.2014.50287]

- [29] Bakouei S, Bakouei F, Omidvar S, Bakhtiari A. Health-promoting behaviors and their predictors in Iranian women of reproductive age: A cross-sectional study. *Int Q Community Health Educ*. 2017; 38(1):3-8. [DOI:10.1177.0272684X17747053] [PMID]
- [30] Hardan-Khalil K. Factors affecting health-promoting lifestyle behaviors among Arab American Women. *J Transcult Nurs*. 2020; 31(3):267-75. [DOI:10.1177.1043659619859056] [PMID]
- [31] Heiniger LE, Sherman KA, Shaw L-KE, Costa D. Fatalism and health promoting behaviors in Chinese and Korean immigrants and Caucasians. *J Immigr Minor Health*. 2015; 17(1):165-71. [DOI:10.1007.s10903-013-9922-5] [PMID]
- [32] Garcia DS. Evaluation of 3 behavioral theories for application in health promotion strategies for Hispanic women. *ANS Adv Nurs Sci*. 2016; 39(2):165-80. [DOI:10.1097.ANS.000000000000116] [PMID]
- [33] Chuang SP, Wu JYW, Wang CS, Pan LH. Health-promoting lifestyles and psychological distress associated with well-being in community adults. *Am J Health Behav*. 2017; 41(4):446-53. [DOI:10.5993.AJHB.41.4.9] [PMID]
- [34] Giena VP, Thongpat S, Nitirat P. Predictors of health-promoting behaviour among older adults with hypertension in Indonesia. *Int J Nurs Sci*. 2018; 5(2):201-5. [DOI:10.1016.j.ijnss.2018.04.002] [PMID] [PMCID]
- [35] Khami L, Motalebi SA, Mohammadi F, Momeni M, Shahrokhi A. Can social support predict health-promoting behaviors among community-dwelling older adults? *Soc Health Behav*. 2020; 3(1):22-6. [DOI:10.4103.SHB.SHB\_50\_19]
- [36] Slopen N, Glynn RJ, Buring JE, Lewis TT, Williams DR, Albert MA. Job strain, job insecurity, and incident cardiovascular disease in the Women's Health Study: Results from a 10-year prospective study. *PLoS One*. 2012; 7(7):e40512. [DOI:10.1371.journal.pone.0040512] [PMID] [PMCID]
- [37] Bahaediny S. [Investigating the multiple roles of women and its relationship with Psychological well-being (Case study: working women in Shiraz) (Persian)] [MSc. Thesis]. Shiraz: Shiraz University; 2012. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#.articles.8ddd45d26b5dfac19ceead7d38dc7026>
- [38] Orang S, Hashemi Razini H, Ramshini M, Orang T. [Investigating the meaning of life and psychological well-being, in youth, adults, and elderly (a comparative study of three age groups) (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2018; 13(2):182-97. [DOI:10.32598.sija.13.2.182]
- [39] Jebraeili H, Hashemi J, Nazemi A. A comparative study of resilience, meta-emotional beliefs, and psychological well-being in fertile and infertile women. *J Fundam Mental Health*. 2016; 18(5):259-64. [http://jfmh.mums.ac.ir/article\\_7483.html](http://jfmh.mums.ac.ir/article_7483.html)
- [40] Babaei Givi R, Nazari AM, Mohsenzadeh F. [Comparison of psychological well-being and marital burnout and their dimensions among employed and unemployed woman (Persian)]. *Q J Women Soc*. 2016; 7(25):163-80. [http://jzvj.miau.ac.ir/article\\_1843.html?lang=en](http://jzvj.miau.ac.ir/article_1843.html?lang=en)
- [41] Allahverdipour H, Karimzadeh Z, Alizadeh N, Asghari Jafarabadi M, Javadivala Z. Psychological well-being and happiness among Middle-aged women: A cross-sectional study. *Health Care Women Int*. 2021; 42(1):28-42. [DOI:10.1080.07399332.2019.1703990] [PMID]
- [42] Javed S, Javed S, Khan A. Effect of education on quality of life and well being. *Int J Indian Psychol*. 2016; 3(4). [DOI:10.25215.0304.053]
- [43] Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *J Affect Disord*. 2010; 122(3):213-7. [DOI:10.1016.j.jad.2009.06.032] [PMID]
- [44] Machado L, de Oliveira IR, Peregrino A, Cantilino A. Common mental disorders and subjective well-being: Emotional training among medical students based on positive psychology. *PLoS One*. 2019; 14(2):e0211926. [DOI:10.1371.journal.pone.0211926] [PMID] [PMCID]
- [45] Prendergast KB, Schofield GM, Mackay LM. Associations between lifestyle behaviours and optimal wellbeing in a diverse sample of New Zealand adults. *BMC Public Health*. 2015; 16:62s. [DOI:10.1186.s12889-016-2755-0] [PMID] [PMCID]
- [46] Waldegrave C, Cameron MP. The impact of poverty on wellbeing during midlife. *NZ J Psychol*. 2010; 39(2):32-40. [https://www.researchgate.net/publication/289309377\\_The\\_impact\\_of\\_poverty\\_on\\_wellbeing\\_during\\_midlife](https://www.researchgate.net/publication/289309377_The_impact_of_poverty_on_wellbeing_during_midlife)
- [47] Moltafet G. [Provide a model for psychological well-being according to students' perceptions of parents, peers and teachers with the mediating role of motivational beliefs (Persian)] [PhD. Dissertation]. Iran: Shiraz University; 2011. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#.articles.69a1cb9a56ba30c9231b3b26cd9963fb>