

◇ فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ

سال دهم، شماره ۳۸، زمستان ۱۳۹۷

صفحات: ۲۳-۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۷/۷- تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۹/۱۸

اثربخشی مداخله آموزشی بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت روانی و جسمی زنان یائسه

مریم بهنام مرادی*

حسن احدی**

محمد رضا صیرفی***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله آموزشی بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت روانی و جسمی زنان یائسه شاغل در مدارس غیردولتی شهر تهران در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. جامعه آماری شامل کلیه مدارس غیر دولتی دخترانه شهر تهران بود که از جامعه مذکور با روش نمونه‌گیری هدفمند ۶۰ نفر از زنان یائسه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) جایگزین شدند. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد والکر (۲۰۱۴) بود. به گروه آزمایش ۶ جلسه ۲ ساعته رفتارهای ارتقادهنده سلامت آموزش داده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس چند متغیری و تک متغیری تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که مداخله آموزشی بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی در بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت گروه آزمایش اثربخش است.

کلید واژگان: الگوی باور سلامتی، خودکارآمدی، رفتارهای ارتقادهنده سلامت جسمی و روانی، زنان یائسه.

* دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران. (ایمیل: m.behnammoradi@gmail.com)

** استاد، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران. (نویسنده مسئول، ایمیل: drhahadi5@gmail.com)

*** استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران. (ایمیل: msF_3@yahoo.com)

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی سلامت، خانم مریم بهنام مرادی می‌باشد.

مقدمه

امروزه انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت^۱ یکی از بهترین راه‌هایی است که زنان توسط آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل کنند و بهبود بخشند. پندر^۲ (۲۰۱۱) رفتارهای سبک زندگی سلامت محور را به ۶ بخش تقسیم می‌کند: مسئولیت‌پذیری سلامتی، فعالیت جسمانی (ورزش)، تغذیه، رشد روانی و خودشکوفایی، حمایت و روابط بین فردی و مدیریت استرس. در دنیای امروز گذار اپیدمیولوژیک^۳ و تغییر سیمای سلامتی و بیماری، عرصه‌های جدیدی از خدمات را پیش روی سیاست‌گذاران سلامت قرار داده است. یکی از مهم‌ترین این عرصه‌ها، حفظ و ارتقاء سلامت زنان و دختران در دو سر طیف سنی باروری یعنی نوجوانی و یائسگی^۴ است. توانمندسازی زنان در دوره گذار و یائسگی، سلامت آنان را برای حدود یک سوم دوره زندگی‌شان تضمین نموده و سال‌های پایان باروری و زندگی را برای آنها به سال‌هایی مفید تبدیل خواهد کرد (باقیانی مقدم، ۱۳۹۴).

زنان محور سلامت خانواده و الگوی اصلی آموزش و ترویج شیوه زندگی سالم به نسل بعدی هستند. در طی دوره گذار یائسگی بدن دچار تغییرات هورمونی شده، قدرت باروری کاهش و خطر بروز تغییرات جسمی و روانی افزایش می‌یابد. سن متوسط وقوع یائسگی در ایران ۴۷ سالگی است. از آنجایی که امید به زندگی در جهان از ۴۸ سال در ۱۹۰۰ به ۸۰ سال در ۲۰۱۱ افزایش یافته و در ایران نیز در سال ۲۰۲۱ حدود پنج میلیون زن یائسه برآورد شده و امید به زندگی آنها در حدود ۷۰ سال خواهد بود و با توجه به اینکه زنان بیش از یک سوم عمر خود را در دوران پس از یائسگی به سر می‌برند، توجه به کیفیت زندگی زنان از نظر بهداشت روانی و جسمی، شناسایی عواملی که در ضعف کیفیت زندگی و کاهش وضعیت سلامت آنها دخیل هستند، در دوران یائسگی اهمیت فراوانی داشته و طراحی برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای سلامت زنان یائسه امری ضروری است (نوروزی، مصطفوی، حسن زاده، مودی و شریفی‌راد^۵، ۲۰۱۳).

در منشور او تاوا^۶ مصوبه سازمان بهداشت جهانی^۷، در سال ۱۹۸۶ ارتقای سلامتی، فرآیند توانمندسازی افراد و جامعه جهت افزایش کنترل و بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی شان^۸ تعریف شد. بر اساس این منشور ارتقای سلامتی باید افراد را قادر کند تا بر تمام جنبه‌های سلامتی‌شان کنترل داشته باشند. در بیشتر برنامه‌های آموزشی و حمایتی ارتقا سلامت و تحقیقات مداخله‌ای روان‌شناسی سلامت در خصوص تغییر رفتار و مطالعات مربوط به سیاست عمومی سلامت، به طور گسترده از نظریه یادگیری و شناختی اجتماعی و خودکارآمدی^۹ باندورا^{۱۰} (۱۹۷۷) و مدل باور سلامتی^{۱۱} بکر^{۱۲} (۱۹۷۴) استفاده شده است. مدل باور سلامتی بر اهمیت آسان کردن تغییر رفتار، به حداقل رساندن موانع و هزینه‌های انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی،

۱. health promotion behaviors

۲. Pender

۳. epidemiologic

۴. menopause

۵. Norozi, Mostafavi, Hasanzadeh, Moodi, & Sharifirad

۶. Ottawa

۷. world health organization (WHO)

۸. physical and psychological health

۹. self-efficacy

۱۰. Bandora

۱۱. health belief model

۱۲. Becker

کاهش رفتارهای غیر سالم و افزایش موانع در برابر این گونه رفتارها تاکید دارد و نظریه شناختی اجتماعی هم بر برنامه‌هایی که متضمن افزایش مهارت‌ها، منابع فردی و خودکارآمدی است تاکید می‌ورزد (مورفی و بنت^۱، ۲۰۱۲، ترجمه افلاک سیر، ۱۳۹۱؛ ترودو^۲، ۲۰۱۱). اشتغال و انجام مسئولیت‌های چندگانه نیز عامل مهم تاثیرگذار بر وضعیت سلامتی محسوب می‌شود. بنابراین توصیه‌های مربوط به تعدیل سبک زندگی و مداخله‌های توانمندسازی، سنگ بنای برنامه‌های مدیریت و ارتقا سلامت زنان میانسال و یائسه است و می‌تواند زمینه‌ای برای ارتقا کیفیت عملکرد جسمی و روانی در طول سال‌های بعدی زندگی را فراهم آورد (اورارد، لاج، فیشر و بوم^۳، ۲۰۱۲).

زنان سالمند یک سوم دوران زندگی خود را پس از یائسگی می‌گذرانند، قطع دائم قاعدگی را یائسگی گویند، متوسط سن یائسگی حدود ۵۱ سال است (بالد و براون^۴، ۲۰۱۵). در دوران یائسگی تغییرات هورمونی به وجود آمده سبب ایجاد دگرگونی‌های جسمی روحی روانی و جنسی در زن می‌شود، نگرش منفی در مورد یائسگی بر وقوع تغییرات روانی و تشدید حالات جسمی موثر است (بروس و ریمر^۵، ۲۰۱۳). کاهش ترشح هورمون‌های زنانه مخصوصاً استروژن باعث بروز علائم یائسگی، استرس، افزایش فشار خون، افسردگی و اضطراب در فرد می‌گردد. زنانی که در دوران یائسگی دچار استرس می‌شوند باید از راه کارهایی به منظور کاهش استرس استفاده نمایند (هامودا، پانای، آریا و ساواش^۶، ۲۰۱۶).

مهم‌ترین علائم جسمی یائسگی عبارتند از گرگرفتگی و برافروختگی، تحلیل دستگاه ادراری تناسلی و پوکی استخوان که مسئول بیشترین میزان شکستگی و بالا رفتن میزان مرگ و میر آنان می‌باشد (مک براید^۷، ۲۰۱۷). تغییرات روحی روانی نیز شامل: عصبانیت، سردرد، بی‌خوابی، افسردگی، تحریک پذیری، گیجی و اختلال در حافظه، نگرانی و اضطراب و از جمله علل تغییرات روحی روانی می‌توان به بیدار شدن‌های مکرر از خواب به علت گرگرفتگی، ناتوانی بدن، حوادث استرس آور زندگی به علت گذشت زمان مانند مرگ همسر، دوستان و خویشاوندان، وضعیت مالی نامناسب، دوری و جدایی از فرزند می‌توان اشاره کرد (کراویتز، ژائو، برومبگر، گولدهال و همکاران^۸، ۲۰۱۷). سبک زندگی سلامت‌محور توسط والکر^۹ (۱۹۹۰) چنین تعریف شده است: «الگویی چندبعدی از ادراکات و اعمال آغاز شده با انگیزه خود شخص که به تداوم و تقویت سطح سلامت و خود شکوفایی شخصی کمک می‌کند» (نقل از پندر، ۲۰۱۱). سلامت زنان به طور کلی چارچوب مفهومی یک رویکرد مرتبط و موثر را در برنامه‌های ارتقا سلامت و پیشگیری از بیماری ارائه می‌دهد و از آنجا که نقش زنان در مراقبت از خود و در منزل از کودکان، سالمندان، بیماران و سایر اعضای خانواده بسیار بااهمیت است، بنابراین انتخاب هر نوع سبک زندگی به وسیله زنان، نه تنها بر زندگی شخصی خودشان، بلکه بر رفتارها و سبک زندگی سایر افراد نیز تاثیر می‌گذارد. زیرا این گروه از افراد جامعه می‌توانند به عنوان یک مجرا و کانال ترویج‌دهنده مسایل

۱. Murphy & Bennett

۲. Trudeau

۳. Everard, Lach, Fisher & Baum

۴. Bauld & Brown

۵. Bruce & Rymer

۶. Hamoda, Panay, Arya & Savvas

۷. McBride

۸. Kravitz, Zhao, Bromberger & Gold

۹. Walker

مربوط به ارتقای سلامت خود، خانواده و جامعه باشند (بالد و براون، ۲۰۱۵). در زمینه تاثیر يائسگي بر کيفيت رواني و جسمي زندگي زنان، اجرا، مداخله و اثربخشي مداخله آموزشي بر اساس الگوي باور سلامتي و خودکارآمدی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت رواني و جسمي زنان، مطالعات مختلفی در ايران و جهان صورت گرفته است، نتايج پژوهش ها نشان مي دهد: توجه به کيفيت زندگي زنان از نظر بهداشت رواني و جسمي، شناسايي عواملی که در ضعف کيفيت زندگي و کاهش وضعيت سلامت آنها دخيل هستند، در دوران يائسگي اهميت فراواني داشته و طراحي برنامه های آموزشي جهت ارتقای سلامت زنان يائسه امري ضروري است (نوروزي، ۱۳۹۰). مداخلات آموزشي براساس شيوه زندگي ارتقادهنده سلامت مي تواند به عنوان يک راهکار مناسب براي کاهش علائم يائسگي و بهبود سلامت زنان مورد استفاده قرار گيرد (نظري^۱، ۲۰۱۶). يکي از مهمترين وظايف مروجين بهداشت و روان شناسان سلامت، مراقبت از زنان بعد از يائسگي، تشریح رفتارهای ارتقادهنده سلامت و اجرای برنامه های مداخله آموزشي براي ايجاد انگيزه در جهت سبک زندگي سالم است (صحتي^۲، ۲۰۱۵).

فراهم کنندگان خدمات سلامتي، بايستي علاوه بر فراهم کردن آگاهی های لازم در مورد يائسگي، نسبت به خلق گروه های حمايتي براي ايجاد نگرش مثبت و ارتقای رفتارهای سالم تر در زنان يائسه همکاري نمايند (نوروزي، ۱۳۹۰). با توجه به تاثير يائسگي بر سلامت عمومي زنان و سلامت جامعه، بر ارائه آموزش و مشاوره و مراقبت ويژه از طرف مسئولان بهداشت جسمي و رواني تاکيد مي شود (شريفی، ۱۳۹۳). مطالعه گارسیا و گومز کالسرادا^۳ (۲۰۱۱) با عنوان مداخله شناختی رفتاری در زنان يائسه اسپانيایي نشان داد که پس از اجرای مداخله آموزشی، کاهش قابل ملاحظه ای در علائم يائسگي به ويژه افسردگي و اضطراب و بهبود مديریت استرس و مسؤليت پذيری سلامتي در گروه مداخله در مقايسه با گروه کنترل که آموزش دريافت نکرده بودند مشاهده شد.

در مطالعه اندرسون، سيب، مکگویر و پورتر استیل^۴ (۲۰۱۵)، نتايج پس آزمون در زنان يائسه نشان داد که کاهش قابل توجهی در افسردگي، اضطراب، گرگرفتگي، عرق شبانه و مشکلات فیزیکی و رواني در گروه آزمون که مداخله آموزشی رفتارهای ارتقا سلامت بر اساس الگوي پندر دريافت کرده بودند دیده شد. یافته های مطالعه ايمایاما، آلفانو، کونگ، فاسترز شوبرت، کارولين و همکاران^۵ (۲۰۱۱)، نشان داد مداخلات شيوه زندگي، مانند رژيم غذايي و فعاليت بدني و مداخله سلامت روان در بهبود علائم يائسگي و ارتقاء سلامتي زنان يائسه موثر بوده است. پس از مداخله ۱۲ ماهه در گروه مداخله، سلامت روان و فعاليت بدني آنها به طور قابل توجهی افزايش يافته و علائم افسردگي، استرس و اضطراب و همچنين وزنشان در مقايسه با گروه کنترل کاهش يافته است (خداويسی، ۱۳۹۶).

نتايج مطالعه مان سيک کاماکيا، ريتاننا، ماليلاد، سارکيلا، مانيسستو و همکاران^۶ (۲۰۱۵) تاکيد بر اهميت فعاليت بدني و انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان بعد از يائسگي به عنوان يکي از ابعاد مهم زندگي

۱. Nazari

۲. Sehhatie

۳. Garcia & Gómez-Calcerrada

۴. Anderson, Seib, McGuire & Portersteele

۵. Imayama, Alfano, Kong, Fosterschubert & Carolyn

۶. Mansickkamakia, Raitanena, Malilad, Sarkealae & Männistöe.

سلامت، در کاهش علائم جسمی و روحی آنها دارد. هم‌چنین یافته‌های پژوهش‌های جیمز^۱ (۲۰۱۲) و پتل، کوشی و رویندرا^۲ (۲۰۱۴) با عنوان عنوان اثربخشی برنامه مدون آموزشی بر اساس مدل باور بهداشتی و خودکارآمدی بر ارتقا دانش و رفتار سلامت زنان یائسه در بنگلور هند، کیم، چوی و کیم^۳ (۲۰۱۲) با عنوان بررسی دانش و مدیریت یائسگی در زنان یائسه کره‌ای، موی‌لانن، آلتو، همینکی، آروود و لوتب^۴ (۲۰۱۰) با عنوان ارتباط بین سبک زندگی و علائم یائسگی، ریزوی، جلیل، اعظم، شمسی و سلیم^۵ (۲۰۱۲) با عنوان رابطه سبک زندگی ناسالم و بیماری‌های مزمن در زنان میانسال یائسه، چناری (۱۳۹۲) با عنوان بررسی عوامل موثر بر انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر اساس الگوی ارتقا سلامت در ایلام، ماتیبو^۶ (۲۰۱۵) با عنوان تعیین اثر برنامه ارتقا سلامت بر خودکارآمدی و دلگرمی زنان سالمند، یزدخواستی و سیمبر^۷ (۲۰۱۵) و کشاورز و سیمبر (۱۳۹۳)، و کشاورز، سیمبر، رمضانخانی و علوی‌مجد^۸ (۲۰۱۴) با عنوان تاثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوهای توانمندسازی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان یائسه، هاشمی‌نسب (۱۳۹۵) با عنوان بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر اساس مدل پندر در زنان معلم شهرستان فسا، قاضی‌عسگر و قریب (۱۳۹۱) با عنوان بررسی میزان تاثیر آموزش بهداشت بر سلامت خانواده، روستا و یاراحمدی (۱۳۹۵) با عنوان خودکارآمدی و رفتارهای ارتقا سلامت زنان شهر شیراز، شریعت‌مغانی و سیمبر (۱۳۹۴) با عنوان ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با تعارب زنان در یائسگی، عبدالعظیم محمد و منصورلامادا^۹ (۲۰۱۶) با عنوان ارتقا عملکردهای سلامتی زنان در مصر جهت کاهش علائم جسمی و روانی یائسگی، اسرامی، حمزه‌گردشی و شاه‌حسینی^{۱۰} (۲۰۱۶) با عنوان بررسی رفتارهای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان یائسه و کانگائو^{۱۱} (۲۰۱۷) با عنوان استراتژی‌های ارتقاء سلامت در یائسگی، موید این هستند که: با برگزاری کلاس‌های آموزشی ارتقا سلامت یائسگی، از طریق ایجاد محیط محافظ و شبکه پشتیبانی اجتماعی، احساس مسئولیت زن نسبت به خود افزایش می‌یابد و این بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. به نگرش، خودآمدی درک شده، حمایت اجتماعی درک شده و عوامل توانمندسازی مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه در هنگام برنامه‌ریزی بهداشت زنان باید توجه بیشتری شود. بهترین و قابل دسترس ترین روش برای بهبود کیفیت زندگی، از طریق شبکه‌های پشتیبانی اجتماعی است تا حمایت‌های عاطفی و سازمانی مناسب برای زنان بعد از یائسگی ارائه شود. مداخلات در مراقبت‌های اولیه با برگزاری کلاس‌های آموزش و مشاوره بر اساس الگوهای ارتقای سلامت ضروری است.

به دلیل وجود کمبودهای تحقیقاتی پیرامون موضوع سبک زندگی سلامت محور و آموزش رفتارهای ارتقادهنده زنان در سنین باروری و یائسگی و تعیین کننده‌های اجتماعی-اقتصادی و جمعیتی آن در

۱. James
۲. Patel, Koshy & Ravindra
۳. Kim, Choi & Kim
۴. Moilanen, Aalto, Hemminki, Arod & Luotob
۵. Rizvi, Jalil, Azam, Shamsi & Saleem
۶. Matthew
۷. Yazdkhasti & Simbar
۸. Keshavarz, Simbar, Ramezankhani & AlaviMajd
۹. Abedel Azim Mohamed & Mansour Lamadah
۱۰. Asrami, Hamzehgardeshi & Shahhosseini
۱۱. Kangau

ایران، با توجه به اینکه اکثر تحقیقات در حوزه سبک زندگی سلامت محور در ارتباط با سایر گروه‌های آسیب پذیر جامعه صورت گرفته است و از آن جا که زنان به عنوان یکی از گروه‌های تعیین کننده سلامت خانواده و جامعه در ارتباط با موضوع مورد بحث کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند و با توجه به اهمیت دوران یائسگی به لحاظ بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی، تحقیق و مطالعه درباره آن، ضروری به نظر می‌رسید، لذا این پژوهش با هدف اثربخشی مداخله آموزشی بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت روانی و جسمی زنان یائسه شاغل در مدارس غیردولتی شهر تهران در سال ۱۳۹۶ و اهداف ویژه تعیین اثربخشی مداخله آموزشی بر سازه‌های ۶ گانه: تغذیه، فعالیت جسمانی (ورزش)، مسئولیت پذیری سلامتی، رشد روانی و خودشکوفایی، حمایت و روابط بین فردی و مدیریت استرس، انجام گرفت.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: پژوهش حاضر از نوع کاربردی و روش تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. در این پژوهش جامعه آماری تمام مدارس غیردولتی دخترانه در مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران بود. تعداد نمونه ۶۰ نفر بود، ابتدا از مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران از هر منطقه به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای ۲ مدرسه غیردولتی (۵ منطقه در مجموع به صورت کلی شامل ۱۰ مدرسه) انتخاب شد، سپس از هر مدرسه ۶ نفر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از زنان یائسه شاغل (جمعاً ۶۰ نفر) انتخاب شدند و در مرحله آخر این تعداد ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مداخله عبارت بودند از: سن بین ۴۵ تا ۶۵ سال، یائسه بودن و یا درحالی یائسگی، شاغل به صورت تمام وقت و یا مدعو در مدرسه و ملاک‌های خروج شامل: عدم تمایل به ادامه مداخله و شرکت در کلاس‌های آموزشی، عدم مشارکت و همکاری در فرآیند اجرای مداخله و غیبت بیش از ۲ جلسه در کلاس‌های آموزشی بود. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل: اطمینان به شرکت کنندگان درباره محفوظ بودن اطلاعات اخذ شده، اختیار کامل برای خروج از پژوهش، تکمیل پرسشنامه بدون ذکر نام و با استفاده از کد، اجرای مداخله برای گروه کنترل پس از پایان جلسات مداخله در صورت تمایل آنها و قرار گرفتن نتایج آزمون در اختیار زنان یائسه شرکت کننده در پژوهش در صورت تمایل بود.

روش اجرا

در ابتدا هر روز به یک مدرسه از جامعه آماری مورد نظر مراجعه شد، با معرفی و کسب اجازه از مدیر مدرسه و بیان اهداف پژوهش، اجرای پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل صورت گرفت. محتوای جلسات با استفاده از منابع مربوط به رفتارهای ارتقادهنده سلامت روانی و جسمی در یائسگی و در چهار چوب الگوی باور سلامتی بکر و روزنستاک^۱ (۱۹۷۴) و خودکارآمدی بندورا^۲ (۱۹۷۷) (ارائه

۱. Rosenestack

۲. Bandora

شده توسط مورفی و بنت^۱، ۲۰۱۲، ترجمه افلاک سیر، ۱۳۹۱)، در ۶ جلسه ۲ ساعته طراحی و مداخله آموزشی بر اساس الگو و بسته آموزشی تهیه شده و ارائه محتوای آموزش در هر جلسه، براساس هر ۱۰ روز، یک هدف پژوهش، به مدت ۲ ماه (جمعا ۶۰ روز) بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

در هر جلسه ابتدا هدف از تشکیل جلسه، سپس موضوعات مربوط به آن جلسه مطرح می‌شد و اعضای گروه به بررسی مطالب می‌پرداختند. در پایان مداخله هر دو گروه برای به دست آوردن نمرات پس آزمون مجدداً به پرسشنامه پاسخ داده و اطلاعات جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری^۲ و تحلیل کواریانس یک‌راهه (تک متغیره)^۳ صورت گرفت. خلاصه جلسات مداخله آموزشی بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت جسمی و روانی در زنان یائسه در جدول شماره (۱) آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت جسمی و روانی

جلسه	برنامه مداخله
۱	آموزش الگوها و رفتارهای تغذیه ای مناسب در یائسگی، افزایش حس خودکارآمدی، سعی در تغییر نگرش و باورهای بهداشتی و متقاعدسازی افراد گروه مداخله به حذف عادات غیر بهداشتی تغذیه‌ای در یائسگی.
۲	آموزش الگوها و فعالیت‌های جسمی (ورزشی) مناسب در یائسگی، افزایش حس خودکارآمدی، سعی در تغییر نگرش و باورهای بهداشتی و متقاعدسازی افراد گروه مداخله به فعالیت جسمانی (ورزشی) مناسب در یائسگی.
۳	آموزش مفاهیم و راه‌های افزایش مسئولیت‌پذیری سلامتی در یائسگی، افزایش حس خودکارآمدی، سعی در تغییر نگرش و باورهای بهداشتی و متقاعدسازی افراد گروه مداخله به مسئولیت‌پذیری سلامتی بیشتر در یائسگی.
۴	آموزش مفاهیم و راه‌های افزایش رشد روانی و خودشکوفایی در یائسگی، افزایش حس خودکارآمدی، سعی در تغییر نگرش و باورهای بهداشتی و متقاعدسازی افراد گروه مداخله به افزایش رشد روانی و خودشکوفایی در یائسگی.
۵	آموزش مفاهیم و راه‌های افزایش حمایت و روابط بین فردی در یائسگی، افزایش حس خودکارآمدی، سعی در تغییر نگرش و باورهای بهداشتی و متقاعدسازی افراد گروه مداخله به افزایش برخورداری از حمایت و داشتن روابط بین فردی بیشتر و مناسب‌تر در یائسگی.
۶	آموزش مفاهیم استرس و راه‌های کنترل، مقابله و مدیریت استرس در یائسگی، افزایش حس خودکارآمدی، سعی در تغییر نگرش و باورهای بهداشتی و متقاعدسازی افراد گروه مداخله به شناسایی موارد و عوامل فشارزای زندگی و یادگیری فنون مدیریت استرس در یائسگی.

ابزار سنجش

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه و شامل دو قسمت بود. قسمت اول مربوط به مشخصات

۱. Murphy & Bennett

۲. monocova

۳. ancova

دموگرافیک^۱ شامل ۹ سوال در مورد: گروه سنی، تحصیلات، تاهل، تعداد فرزند، شغل، وضعیت یائسگی، وضعیت اقتصادی، سابقه مصرف سیگار و سابقه بیماری و قسمت دوم مربوط به سوالات پرسشنامه جهت اندازه گیری رفتارهای ارتقا سلامت از نسخه فارسی والکر^۲، (HPLPII) ارائه شده توسط محمدی زیدی، پاکپور حاجی آقا، و محمدی زیدی (۱۳۹۰) و همچنین ابزار طراحی و توسعه داده شده والکر^۲ ارائه شده توسط والکر، سچریست و پندر^۳ (۲۰۱۴) (PHPLPII) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۵۱ سوال با مقیاس لیکرت ۴ سطحی از هرگز ۱ نمره تا همیشه ۴ نمره بوده و رفتارهای ارتقادهنده سلامت روانی و جسمی را در ۶ بعد: مسئولیت پذیری سلامتی، فعالیت جسمانی (ورزش)، تغذیه، رشد روانی و خود شکوفایی، حمایت و روابط بین فردی و مدیریت استرس اندازه گیری می کند. ارزیابی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در ایران توسط محمدی زیدی، پاکپور حاجی آقا، و محمدی زیدی (۱۳۹۰) صورت گرفت. روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی به منظور روایی سازه به کار برده شد. تحلیل عاملی تأییدی مدل ۶ عاملی، گویای برازش قابل قبولی بود. جهت تعیین اعتماد یا پایایی ابزار از روش باز آزمایی با فاصله دو هفته و از روش ضریب آلفای کرونباخ^۴ برای بررسی تجانس درونی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیرشاخه ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بود. نتایج آزمون-باز آزمون نشان دهنده ثبات برای پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و زیرشاخه های آن بود. در این پژوهش جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه از روش سنجش اعتبار محتوا و نظرات تخصصی و اصلاحی ۱۰ نفر از اساتید هیئت علمی علوم پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی، جهت تعیین کفایت و صحت محتوای پرسشنامه استفاده شد. جهت تعیین پایایی (اعتماد علمی) ابزار رفتارهای ارتقا سلامت والکر^۲ از روش آزمون مجدد (باز آزمایی برای بررسی ثبات زمانی) با فاصله دو هفته استفاده و ضریب همبستگی پیرسون^۵ بین نمرات دو آزمون محاسبه شد که ضریب همبستگی برای ابزار ارتقا سلامت والکر^۲ $r=0/87$ به دست آمد. پایایی تجانس درونی پرسشنامه نیز با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ (بین ۰/۸۰ تا ۰/۷۷) محاسبه شد.

یافته ها

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی مداخله آموزشی بر اساس الگوی باور سلامتی و خود کارآمدی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت روانی و جسمی زنان یائسه شاغل در مدارس غیر دولتی شهر تهران بود. در این تحقیق ۶۰٪ زنان یائسه مورد مطالعه متاهل، ۳۶/۷٪ لیسانس، ۳۶/۷٪ در گروه سنی ۵۵ تا ۵۹ سال، ۴۳/۳٪ دارای یک فرزند، ۷۶/۶۷٪ در وضعیت یائسگی کامل، ۸۶/۷٪ بدون سابقه بیماری، ۸۶/۶۷٪ غیر سیگاری، ۸۳/۳۴٪ کارمند شاغل، ۸۶/۷٪ با وضعیت اقتصادی متوسط (بین ۲ تا ۶ میلیون در آمد ماهیانه)، بوده اند.

۱. demographic

۲. health-promoting lifestyle profile (HPLPII)

۳. Walker, Secherist, Pender

۴. portuguese health-promoting lifestyle profile (PHPLPII)

۵. cronbach's alpha

۶. walker II

۷. pearson correlation coefficient

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد داده‌های پژوهش

کنترل		مداخله آموزشی		گروه در پژوهش		متغیر:
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	نوبت اجرا	مولفه	
۴/۱۰	۱۰/۴۰	۲/۵۶	۱۲/۶۳	پیش آزمون	تغذیه	متغیر: رفتارهای ارتقادهنده سلامت روانی و جسمی
۲/۶۲	۱۴/۲۷	۳/۰۸	۲۱/۲۰	پس آزمون		
۳/۳۴	۱۲/۸۷	۴/۵۱	۱۳/۸۰	پیش آزمون	فعالیت جسمانی (ورزش)	
۳/۵۲	۱۳/۵۳	۲/۸۲	۲۳/۲۷	پس آزمون		
۳/۶۹	۱۲/۰۷	۳/۹۸	۱۲/۴۰	پیش آزمون	مسئولیت پذیری سلامتی	
۳/۴۳	۱۳/۰۷	۲/۵۱	۲۳/۸۰	پس آزمون		
۳/۳۳	۱۴/۳۳	۴/۰۳	۱۶/۷۳	پیش آزمون	رشد روانی و خودشکوفایی	
۲/۸۵	۱۳/۶۷	۲/۲۳	۲۴/۶۷	پس آزمون		
۴/۱۰	۱۳/۴۰	۲/۶۹	۱۳/۶۷	پیش آزمون	حمایت و روابط بین فردی	
۳/۶۲	۱۴/۲۷	۱/۳۴	۲۲/۹۳	پس آزمون		
۲/۸۵	۱۳/۶۷	۴/۵۱	۱۳/۸۰	پیش آزمون	مدیریت استرس	
۳/۶۲	۱۴/۲۷	۲/۵۱	۲۳/۸۰	پس آزمون		
۱۳/۲۰	۵۲/۶۷	۱۳/۴۸	۵۶/۶۰	پیش آزمون	نمره کل	
۱۱/۴۳	۵۴/۵۳	۷/۰۵	۹۷/۶۷	پس آزمون		

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت در پیش آزمون در زنان یائسه گروه کنترل ۵۲/۶۷ و در گروه آزمایش در پیش آزمون ۵۶/۶۰ و بعد از مداخله آموزشی در پس آزمون ۹۷/۶۷ بوده است.

در این پژوهش با پیش فرض آماری برابری واریانس‌های متغیرهای وابسته در همه سطوح متغیر مستقل، وابسته به توزیع نرمال، جهت رعایت مفروضه همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین^۱ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. آزمون همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین)

متغیرها	آماره لوین	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری
تغذیه	۱/۱۶	۱	۲۸	۰/۱۳۲
ورزش	۱/۳۲	۱	۲۸	۰/۰۶۲
مسئولیت پذیری سلامتی	۱/۳۱	۱	۲۸	۰/۰۶۵
رشد روانی و خودشکوفایی	۱/۲۷	۱	۲۸	۰/۰۸۱
حمایت و روابط بین فردی	۱/۲۰	۱	۲۸	۰/۱۱۴
مدیریت استرس	۱/۱۵	۱	۲۸	۰/۱۴۱

۱. levene statistic

بر اساس نتایج جدول ۳ سطح معنی داری محاسبه شده در همه متغیرها از ۰/۰۵ بزرگ تر است، بنابراین این فرض همگنی واریانس‌ها تایید شد و تمام مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) برقرار و جهت تحلیل داده‌ها از این آزمون استفاده شد.

فرضیه اصلی: آموزش بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت روانی و جسمی زنان یائسه تاثیر دارد.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون رفتارهای ارتقا سلامت آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
اثر بیلابی	۰/۵۵۶	۶/۵۷	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
لامبدای ویلکز	۰/۴۴۴	۶/۵۷	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
اثر هتلینگ	۱/۲۵	۶/۵۷	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
بزرگترین ریشه روی	۱/۲۵	۶/۵۷	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P \leq 0/001$ تفاوت معنی داری وجود دارد و می‌توان بیان کرد که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (تغذیه، ورزش، مسئولیت پذیری سلامتی، رشد روانی و خودشکوفایی، حمایت و روابط بین فردی، مدیریت استرس) بین دو گروه، تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌شود. جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا صورت گرفت. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۳ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است.

- فرضیه ۱- آموزش بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر تغذیه زنان یائسه تاثیر دارد.
- فرضیه ۲- آموزش بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر فعالیت جسمانی (ورزش) زنان یائسه تاثیر دارد.
- فرضیه ۳- آموزش بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر مسئولیت پذیری سلامتی زنان یائسه تاثیر دارد.
- فرضیه ۴- آموزش بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر رشد روانی و خودشکوفایی زنان یائسه تاثیر دارد.
- فرضیه ۵- آموزش بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر حمایت و روابط بین فردی زنان یائسه تاثیر دارد.
- فرضیه ۶- آموزش بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر مدیریت استرس زنان یائسه تاثیر دارد.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس کواریانس یک متغیره در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون مولفه‌های رفتارهای ارتقا سلامت گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
تغذیه	۲۴۷/۳۶	۱	۲۴۷/۳۶	۲۴/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۹۹۴
ورزش	۱۴۴/۹۲	۱	۱۴۴/۹۲	۱۳/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۹۹۴
مسئولیت پذیری سلامتی	۱۰۰۲/۲۳۰	۱	۱۰۰۲/۲۳۰	۲۹/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۹۹۴
رشدروانی و خودشکوفایی	۶۷۵/۳۲	۱	۶۷۵/۳۲	۶۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۹۹۴
حمایت و روابط بین فردی	۴۴۹/۸۰	۱	۴۴۹/۸۰	۱۷/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۹۴
مدیریت استرس	۵۹۲/۲۱	۱	۵۹۲/۲۱	۷۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹۴

توجه به مندرجات جدول ۵ مقدار F برای متغیر تغذیه ۲۴/۶۹ به دست آمد که در سطح $P=0/05$ معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۱ تأیید شد. مقدار F برای متغیر ورزش ۱۳/۲۷ به دست آمد که در سطح $P=0/05$ معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۲ تأیید شد. مقدار F برای مسئولیت پذیری سلامتی ۲۹/۴۰ به دست آمد که در سطح $P=0/05$ معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۳ تأیید شد. مقدار F برای رشد روانی و خودشکوفایی ۶۹/۰۷ به دست آمد که در سطح $P=0/05$ معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۴ تأیید شد. مقدار F برای حمایت و روابط بین فردی ۱۷/۶۱ به دست آمد که در سطح $P=0/05$ معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۵ تأیید شد. هم چنین مقدار F برای مدیریت استرس ۷۸/۷۲ به دست آمد که در سطح $P=0/05$ معنی دار است. بنابراین، فرضیه ۶ تأیید شد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مداخله آموزشی بر اساس الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت روانی و جسمی زنان یائسه شاغل در مدارس غیردولتی شهر تهران بود. یافته‌های پژوهش در رابطه با متغیر رفتارهای ارتقا سلامت و وجود تفاوت معنی دار بین دو گروه آزمایش و کنترل و تأیید فرضیه اصلی پژوهش، نشان داد که مداخله آموزشی باعث بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت روانی و جسمی در زنان گروه آزمایش شد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قاضی عسگر و قریب (۱۳۹۱)، عبدالعظیم محمد و منصور لامادا (۲۰۱۶) و کانگائو (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت: هدف برنامه‌های ارتقا سلامت، تشویق به انجام رفتارهای بهداشتی به وسیله آموزش این رفتارها، کمک به چگونگی انجام گرفتن صحیح آنها و همچنین متقاعد ساختن افراد به تغییر عادات غیربهداشتی است. در این بین ایجاد انگیزه برای خواستن تغییر، از طریق افزایش حس خودکارآمدی و تغییر نگرش‌ها و باورهای بهداشتی، یکی از گام‌های مهم است. مداخله آموزشی، از مهم‌ترین راهکارهای تغییر نگرش و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و کنار آمدن موثر با علائم روانی و جسمی در یائسگی می‌باشد (سارافینو، ۲۰۱۲)، ترجمه شفیع و همکاران، ۱۳۹۱). بهبود رفتارهای ارتقا سلامت روانی و جسمی می‌تواند در

کاهش شدت علائم یائسگی به دلیل تغییرات هورمونی و کاهش هورمون‌های استروژن و پروژسترون، تغییرات روانی و احساسات منفی ناشی از تغییرات نقش و توانایی‌هایشان، بزرگ شدن فرزندان، ترک خانه به جهت اشتغال، ازدواج و ادامه تحصیل آنها، فضای سرد و به دور از هیجان و همچنین عدم توجه به تغذیه صحیح و کافی ناشی از استرس در زنان و رفتارهای نادرست تغذیه‌ای به دلیل انگیزتگی فیزیولوژیکی و روانی دوران یائسگی موثر باشد (کریستیانسن و پالکویتز^۱، ۲۰۱۸؛ کالینز^۲، ۲۰۱۸).

یافته‌های پژوهش در رابطه با متغیر تغذیه و وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه و تایید فرضیه ۱ پژوهش، نشان داد که مداخله آموزشی باعث بهبود تغذیه در زنان گروه آزمایش شد. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های نظری (۲۰۱۶)، صحتی (۲۰۱۵)، ریزوی (۲۰۱۲)، گارسیا و گومز-کالسرادا (۲۰۱۱)، ایمایاما و آلفانو و کونگ (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: افزایش آگاهی، تغییر نگرش و بهبود رفتارهای تغذیه‌ای با هدف پیشگیری و کاهش عوارض جسمی یائسگی نظیر چاقی، دیابت، فشارخون، بیماری‌های قلبی عروقی، پوکی استخوان و عوارض روانی این دوره می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه کمک کند (کانگائو، ۲۰۱۷).

یافته‌های پژوهش در رابطه با متغیر فعالیت جسمانی و ورزش و وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه و تایید فرضیه ۲ پژوهش، نشان داد که مداخله آموزشی باعث بهبود فعالیت جسمانی و ورزش در زنان گروه آزمایش شد. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های نظری (۲۰۱۶)، صحتی (۲۰۱۵)، مان سیک کاماکیا (۲۰۱۵)، عبدالعظیم محمد و منصورلامادا (۲۰۱۶)، چناری (۲۰۱۰) و خداویسی (۱۳۹۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: برنامه‌ریزی برای پیشگیری از مشکلات بدنی، عوارض جسمی و روانی ناشی از آن با مداخله‌های آموزشی فعالیت جسمانی (ورزشی) مناسب، آموزش و تقویت خودکارآمدی و خودتکایی به زنان یائسه می‌تواند راهی برای کاهش دردها، معلولیت‌ها، مشکلات حرکتی، عضلانی و اسکلتی، جلوگیری از افزایش وزن و خطرات ناشی از آن، کاهش افسردگی، مدیریت استرس‌ها، فشارهای روانی و بهبود تلقی مثبت از خود بوده و باعث شادی و افزایش امید به زندگی با تمرینات بدنی و به دنبال آن ترشح مواد انتقال‌دهنده عصبی مغز از جمله اندورفین^۳ و دوپامین^۴ در زنان یائسه شود (مان سیک کاماکیا، ریتاننا، مالیلاد، سارکیلا، مانیتو و همکاران، ۲۰۱۵؛ گرینبرگ^۵، ۲۰۰۸، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۸۷).

یافته‌های پژوهش در رابطه با متغیر مسئولیت‌پذیری سلامتی و وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه و تایید فرضیه ۳ پژوهش، نشان داد که مداخله آموزشی باعث بهبود مسئولیت‌پذیری سلامتی در زنان گروه آزمایش شد. این یافته با نتایج یافته‌های صحتی (۲۰۱۵)، کشاورز و سیمبر (۱۳۹۳)، عبدالعظیم محمد و منصورلامادا (۲۰۱۶)، گارسیا و گومز-کالسرادا (۲۰۱۱) و هاشمی‌نسب (۱۳۹۵) همسو است. در تبیین این یافته مطابق با نظریه یادگیری اجتماعی بندورا می‌توان بیان کرد: افراد برانگیخته می‌شوند تا رفتارهایی را انجام دهند که پیامدهای ارزشمندی برایشان داشته باشد. بر طبق نظر والسون و اسمیت^۶ نظریه کانون کنترل

۱. Christiansen & Palkowitz

۲. Collins

۳. endorphin

۴. dopamine

۵. Greenberg

۶. Walstone & Smith

سلامتی یکی از موثرترین نظریه‌ها در روانشناسی سلامت است. افراد با کنترل درونی و خودکارآمدی بالا مسئولیت‌پذیری سلامتی بیشتری داشته و احتمال بیشتری دارد که به رفتارهای سلامت مدار روی آورند (مورفی و بنت، ۲۰۱۲، ترجمه افلاک سیر، ۱۳۹۱). بنابراین در این پژوهش در جلسات آموزشی، به تقویت خودکارآمدی از طریق آموزش مفهومی، ترغیب کلامی، الگوسازی، انگیزش عاطفی و تجربیات تخصصی، در گروه مداخله پرداخته شد تا کانون کنترل درونی سلامتی در زنان یائسه تقویت و مسئولیت‌پذیری سلامتی در آنها ارتقا یابد.

یافته‌های پژوهش در رابطه با متغیر رشد روانی و خودشکوفایی و وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه و تایید فرضیه ۴ پژوهش، نشان داد که مداخله آموزشی باعث بهبود رشد روانی و خودشکوفایی در زنان گروه آزمایش شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های جیمز (۲۰۱۲)، پتل، کوشی و رویندرا (۲۰۱۴)، نظری (۲۰۱۶)، اندرسون و سیب (۲۰۱۵) و ایما، آلفانو و کوننگ (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: واکنش زنان نسبت به یائسگی، با توجه به شدت علائم جسمی و روانی یائسگی به صورت احساس پیری، تمارض و درگیری با خود ظاهر می‌شود (کرمز، کنریک و نیل، ۲۰۱۷). رشد روانی و خودشکوفایی یعنی رسیدن به تعالی روح به عنوان عامل برتری انسان از سایر موجودات می‌باشد که بر اساس نظریه انسان‌گرایی مازلو و راجرز^۲ (۱۹۵۰) ارائه شده توسط ویتن^۳، (۲۰۱۲)، ترجمه سیدمحمدی، (۱۳۹۱) و مطابق با الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی، در این پژوهش در جلسات آموزشی، به تقویت نیاز به رشد روانی و خودشکوفایی در گروه مداخله پرداخته شد تا نیاز به تحقق بخشیدن به استعدادها، فردی، توانمندسازی و مهارت‌آموزی مطابق با سنین یائسگی، تقویت شده و نگرش مثبت به سلامت خود برای خانواده و جامعه در آنها ایجاد گردد.

یافته‌های پژوهش در رابطه با متغیر حمایت و روابط بین فردی و وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه و تایید فرضیه ۵ پژوهش، نشان داد که مداخله آموزشی باعث بهبود حمایت و روابط بین فردی در زنان گروه آزمایش شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های شریعت‌مغانی و سیمبر (۱۳۹۳)، هاشمی‌نسب (۱۳۹۵)، نظری (۲۰۱۶) و ترودو (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: تغییرات مختلف نقش‌ها و مسئولیت‌ها در زندگی زنان، باعث تغییر خواسته‌ها و انتظارات فرد از خود، اطرافیان و جامعه شده که نیاز به برخورداری از حمایت اجتماعی را در آنها تقویت می‌کند، به طوری زنان یائسه‌ای با حمایت اجتماعی نامطلوب، احساس تنهایی کرده و بیشتر در معرض خطر افسردگی قرار دارند (ترودو، ۲۰۱۱؛ مورفی و بنت، ۲۰۱۲، ترجمه افلاک سیر، ۱۳۹۱). در این پژوهش با مداخله آموزشی بر ارتقا سلامت روانی برای خوشحال و آرمیده بودن، زندگی پر بار داشتن، سرزنده بودن، خانه‌نشین نشدن، توانایی انجام کارهای خانه و بیرون، داشتن رابطه خوب با همسر، فرزندان و دوستان، احساس رضایت اجتماعی، حمایت خانوادگی و اجتماعی و توانایی ارتباط برقرار کردن با دیگران تاکید شده است.

یافته‌های پژوهش در رابطه با متغیر مدیریت استرس و وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه و تایید فرضیه ۶ پژوهش، نشان داد که مداخله آموزشی باعث بهبود مدیریت استرس در زنان گروه آزمایش شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های گارسیا و گومز کالسرادا (۲۰۱۱)، هاشمی‌نسب (۱۳۹۵)، اسرامی،

۱. Krems, Kenrick & Neel

۲. Maslow & Rodgers

۳. Weiten

حمزه گردشی و شاه حسینی (۲۰۱۶)، ایمایاما، آلفانو، کونگ، فاسترز شوبرت، کارولین و همکاران (۲۰۱۱) و مان سیک کاماکیا، ریتاننا، مالیلاد، سار کیلا، مانستو و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت: بر طبق نظر هولمز و راهه^۱ (۱۹۶۷) تغییرات زندگی هر گونه تحولات محسوس در شرایط زندگی فرد هستند که به سازگاری مجدد نیاز دارند. برای سازگاری مجدد با شرایط جدید در یائسگی، زنان نیاز به حمایت اطلاعاتی، آموزشی، عاطفی و ابزاری بیشتری را احساس می کنند و در صورت نبود حمایت ها، نگرش منفی نسبت به یائسگی، استرس، ترس، افسردگی و اضطراب در آن ها ایجاد می شود (ویتن، ۲۰۱۲، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۱؛ رز، ۲۰۱۳). بنابراین با مداخله آموزشی روش هایی با هدف کنترل سطح استرس فردی و بهبود و ارتقا عملکرد روزانه زنان یائسه برای مدیریت اضطراب و استرس در جهت کاهش آنها، ایجاد احساس مثبت و توانایی مقابله و سازگاری ارائه شد.

نظر به اهمیت نقش زنان به عنوان محور سلامت خانواده و جامعه و کم هزینه بودن مداخلات آموزشی ارتقا بهداشت روانی و جسمی نسبت به سایر فعالیت ها، در این زمینه لزوم طراحی، اجرا، تعمیم، بسط و گسترش برنامه های مداخله ای آموزشی برای زنان یائسه، ضروری به نظر می رسد. در پژوهش حاضر نیز که در حیطه روانشناسی و ارتقا سلامت با هدف اثربخشی آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت روانی و جسمی در زنان یائسه انجام شد از مبانی نظری و الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی برای چهارچوب جلسات آموزش استفاده و نتایج مطالعه حاکی از اثربخشی بالای مداخله آموزشی در ارتقا رفتارهای سلامت زنان یائسه است.

منابع

- باقیانی مقدم، محمدحسین. (۱۳۹۴). ارتقا بهداشت و سلامت زنان. تهران: انتشارات سبحان.
- چناری، رقیه. (۱۳۹۲). بررسی عوامل موثر بر انجام رفتارهای ارتقا سلامت در جانبازان شیمیایی ایلام. مجله علمی پژوهشی علوم پزشکی ایلام، ۲۱ (۶)، ۲۶۷-۲۵۷.
- خداویسی، مسعود. (۱۳۹۶). همبستگی فعالیت بدنی و عوامل الگوی ارتقاء سلامت پندر در کارکنان بیمه سلامت و حافظ استان همدان. فصلنامه مدیریت ارتقاء سلامت، ۶ (۲)، ۷-۱.
- گرینبرگ، جرالدا اس. (۲۰۰۸). کنترل فشار روانی. ترجمه محسن دهقانی و همکاران (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد.
- روستا، فاطمه، و یار احمدی، علی. (۱۳۹۵). خودکارآمدی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان در شیراز. مجله علمی پژوهشی علوم پزشکی ایلام، ۲۴ (۲)، ۱۰۰-۹۰.
- سارافینو، ادوارد. (۲۰۱۲). روانشناسی سلامت. ترجمه دکتر فروغ شفیعی، الهه میرزایی، حسین افتخاراردبیلی و همکاران (۱۳۹۱)، تهران: انتشارات رشد.
- شریعت مغانی، صدیقه، و سیمبر، معصومه. (۱۳۹۴). ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با تجارب زنان در یائسگی. نشریه علمی پژوهشی علوم پزشکی شهید بهشتی، ۲۵ (۹۰)، ۹۰-۲۵.
- شریفی، نسیمه. (۱۳۹۳). بررسی سلامت عمومی در زنان یائسه شهر اهواز. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۱

۱. Holmes & Rahe

۲. Rose

(۱۲۸)، ۶۵-۵۹.

- قاضی عسگر، مهسا، و قریب، مهرناز. (۱۳۹۱). بررسی میزان تاثیر آموزش بهداشت بر سلامت خانواده. اولین همایش ملی تحقیقات کاربردی در سلامت همگانی، ۱.
- کشاورز، زهره، سیمبر، معصومه. (۱۳۹۳). تاثیر مدل تلفیقی رفتار برنامه ریزی شده و خودکارآمدی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان. مجله دانش و تندرستی، ۹ (۳)، ۶۱-۵۴.
- محمدی زیدی، عیسی، پاکپورحاجی آقا، امیر، و محمدی زیدی، بنفشه. (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۱ (۱)، ۱۱۳-۱۰۳.
- مورفی، سیمون، و بنت، پائول. (۲۰۱۲). روانشناسی و ارتقای سلامت. ترجمه دکتر عبدالعزیز افلاک سیر (۱۳۹۱). تهران: انتشارات آوای نور.
- نوروزی، انسیه. (۱۳۹۰). بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه اصفهان بر اساس تحلیل رفتاری الگوی پرسید. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۷ (۳)، ۲۶۷-۲۷۷.
- ویتن، وین. (۲۰۱۲). روانشناسی عمومی. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۱). چاپ چهاردهم. تهران: انتشارات روان.
- هاشمی نسب، الهام. (۱۳۹۵). بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر اساس مدل پندر در معلمان فسا. مجله معاونت تحقیقات و فناوری علوم پزشکی فسا، ۲ (۲)، ۱-۳.

- AbedelAzim-Mohamed, H., & MansourLamadah, S. (2016). Improving women's practices for reducing the severity of menopausal symptoms. *Journal of NE&P*, 6 (4), 72-83.
- Anderson, D., Seib, C., McGuire, A., & PorterSteele, J. (2015). Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web-based multi-modal lifestyle intervention: The Women's Wellness Program. *Maturitas*, 81, 69-75.
- Asrami, F.S., Hamzehgardeshi, Z., & Shahhosseini, Z. (2016). Health promoting life-style behaviors in menopausal women: A Cross-Sectional Study. *Global Journal of Health Science*, 8 (8), 128-134.
- Bauld, R., & Brown, R.F. (2015). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, 62 (2), 160-165.
- Bruce, D., & Rymer, J. (2013). Symptoms of the menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 23 (1), 25-32.
- Collins, A. (2018). Nutrition & menopause. *Life style*, second spring, 1-5.
- ChristiansenShawn, L., Palkovitz, R. (2018). Exploring Erikson's psychosocial theory of development: generativity and its relationship to paternal identity, intimacy, and involvement in childcare. *Journal of mens, studies*, 3, 81-82.
- Everard, K.M., Lach, H.W., Fisher, E.B., & Baum, M.C. (2012). Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 55 (4), 56-60.
- Garcia, C.L., & GómezCalcerrada, S.G. (2011). Cognitive-behavioral intervention among women with slight menopausal symptoms: A pilot study. *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (1), 344-355.
- Hamoda, H., Panay, N.R., Arya, R., & Savvas, M. (2016). The British menopause society & women's health concern 2016 recommendations on hormone replacement therapy in menopausal women. *Post Reproductive Health*, 22 (4), 165-183.
- Imayama, I., Alfano, C.M., Kong, A., FosterSchubert, K.E.B., Carolyn, E., Xiao, L.R., &

- McTiernan, A. (2011). Dietary weight loss and exercise interventions effects on quality of life in overweight/obese postmenopausal women: A randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8 (118), 2–12.
- James, J. (2012). A study to evaluate the effectiveness of structured teaching programme on knowledge regarding menopausal problems and its remedial measures among middle age women in selected rural areas Bangalore. Rajive Gandhi University of Health Sciences Bagolar Karnataka, 1–94.
- Kangau, H. (2017). Menopause: Health promotion strategies from a nursing perspective a literature review. Arcada/ Basic Sexology Course Nursing Degree Programme. 1–48.
- Keshavarz, Z., Simbar, M., Ramezankhani, A., & AlaviMajid, H. (2014). The impact of educational interventions based on (integrated model of planned behavior and self-efficacy) on health promotion behaviors of female workers in reproductive aged. *Journal of Knowledge & Health*, 9 (3), 54–61.
- Kim, I.K., Choi, H.M., & Kim, M.H. (2012). Menopausal knowledge and management in perimenopausal women. *The Korean Society of Menopause*, 18, 124–131.
- Kravitz, H.M., Zhao, X., Bromberger, J.T., Gold, E.B., Hall, M.H., Matthews, K.A., & Sowers, M.R. (2017). Sleep disturbance during the menopausal transition in a multi ethnic community sample of women. *Sleep*, 31 (7), 979–990.
- Krems, J.A., Kenrick D.T., & Neel, R. (2017). Individual perceptions of self-actualization What: functional motives are linked to full filling ones full potential?, *Personality and Social Psychology bulletin*, 43 (9), 1337–1352.
- Mansikkamäkia, B.K., Raitanena, J., Malilad, N., Sarkealae, T., Männistöe, S., Fredmand, J., & Luotoa, R. (2015). Physical activity and menopause-related quality of life-A population-based cross-sectional study. *Maturitas*, 80, 69–74.
- Matthew, S. (2015). A healthy aging program for older adults effects on self-efficacy and morale. *HHS Med*, 71–72.
- McBride, L.K. (2017). Non-hormonal treatments for the menopause. Sage.co.uk/ journals permissions, 8 (4), 213–221.
- Moilanen, J., Aalto, A.M., Hemminki, E., Arod, A.R., & Luotob, R. (2010). Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas*, 67 (4), 368–374.
- Nazari, M. (2016). The Effectiveness of life style educational program in health promoting behaviors and menopausal symptoms in women in Marvdasht Ira. *GJOHS*, 8 (10), 34–42.
- Norozi, E., Mostafavi, F., Hasanzadeh, A., Moodi, M., & Sharifrad, G. (2013). Factors affecting quality of life in postmenopausal women, Isfahan. *Journal of Education and Health Promotion*, 2 (58), 1–10.
- Patel, V., Koshy, S., & Ravindra, H.N. (2014). Effectiveness of structured teaching programme on knowledge regarding menopausal symptoms and its management among women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 3 (3), 22–26.
- Pender, N.J. (2011). *Health promotion in nursing practice*. Fourth edition, Upper Saddle River NJ: Prentice Hall.
- Pender, N.J. (2011). *Health Promotion Model*. *Health Promotion Manual Rev*. 20–42.
- Rizvi, S.A., Jalil, F., Azam, S.I., Shamsi, U., & Saleem, S. (2012). Prevalence of menopause, chronic illnesses and life style of middle aged women in Karachi, Pakistan. *US National Library of Medicine Enlisted Journal*, 5 (4), 347–354.
- Rose, R.D. (2013). A randomized controlled trial of a self-guided, multimedia, stress management and resilience training program. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 106.
- Sehhatie, F. (2015). Health promoting behaviors among postmenopausal women in Langroud,

- Iran. IJWHR, 3 (3), 158–162.
- Trudeau, K. (2011). Identifying the educational needs of menopausal woman. WHIJOWH, 21 (2), 1–10.
 - Walker, S.N., Sechrist, K.R. & Pender, N.J. (2014). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing research, 36 (2), 76–81.
 - Walker, S.N., Sechrist, K.R. & Pender, N.J. (2014). The health-promoting profile (II). Lifestyle University of Nebraska Medical Center, College of Nursing. Omaha, Nebraska. USA. 2014.
 - Yazdkhasti, M., & Simbar, M. (2015). Empowerment and coping strategies in menopause women: a review. Iranian Red Crescent Medical Journal, 17 (3), 1–7.

**The Efficacy of Educational Intervention Based on Health Belief
and Self-Efficacy Model on Psychological and Physical Health
Promotion Behaviors in Menopausal Women**

*M. Behnam Moradi

**H. Ahadi

***M. R. Seirafi

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of educational intervention based on health belief model and self-efficacy on psychological and physical health promotion behaviors of menopausal women working in Tehran's nongovernmental schools in 1396. The statistical population consisted of all girls' non-governmental schools in Tehran. Among them, 60 menopausal women were selected by purposive sampling method and randomly were assigned in two experimental and control groups (each group 30). The research method was semi-experimental with pretest-posttest design with control group. Data were collected by Walker Standard Questionnaire (2014). The experimental group was trained in 6 sessions of 2 hours each on health promoting behaviors. The data were analyzed using multivariate covariance analysis (MANCOVA) and one-way analysis of variance (ANOVA). The results showed that education was effective in improving the health promotion behaviors in experimental group and there was a significant difference between the menopausal women of the two groups ($P < 0.01$).

Keywords: health belief model, self-efficacy, health promotion behaviors, menopausal women

*PhD. candidate, Department of Psychology, Kish international Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran
(Email: m.behnammoradi@gmail.com).

**Professor, Department of Psychology, Kish international Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran
(Corresponding Author, Email: drhahadi5@gmail.com).

***Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran
(Email: msF_3@yahoo.com).

The article was extracted from PhD dissertation of Maryam Behnam Moradi.