

بررسی تأثیر آموزش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان یائسه: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

ریحانه السادات موسوی^۱ (M.Sc)، محمدعلی سلیمانی^۲ (Ph.D)، نسیم بهرامی^{۲*} (Ph.D)، مهدی رنجبران^۲ (Ph.D)

۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۱۶

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۲۸-۳۲۲۳۷۲۶۸-۰۲۸ nbahrami@qums.ac.ir

چکیده

هدف: تغییرات فیزیولوژیک دوران یائسگی، سلامت زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سبک زندگی زنان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت آنان در این دوران محسوب می‌شود. این در حالی است که زنان، دانش کافی در خصوص رفتارهای ارتقادهنده سلامت ندارند و آموزش‌های مدون و ضروری را در این زمینه دریافت نمی‌کنند. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان یائسه انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده بود. ۸۴ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهر قزوین به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه دموگرافیک و پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (HPLP II) بود. قبل از مداخله پرسش‌نامه‌ها توسط هر دو گروه تکمیل شد. مداخله شامل ۴ جلسه آموزش گروهی به روش سخنرانی و با ارائه اسلاید، کتابچه، پمفلت و منطبق بر حیطه‌های شش‌گانه پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بود. پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، یک ماه، دو ماه و سه ماه بعد از مداخله در دو گروه ارزیابی شد.

یافته‌ها: از نظر توزیع متغیرهای فردی بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. با توجه به نتایج به‌دست آمده در سه دوره پیگیری، نشان داد که تفاوت بین گروهی از نظر تغییرات میانگین سبک زندگی، معنی‌دار بود. میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در گروه آزمون (قبل از مداخله $2/72 \pm 0/37$)، (یک ماه بعد از مداخله $3/12 \pm 0/45$)، (دو ماه بعد از مداخله $3/43 \pm 0/068$)، (سه ماه بعد از مداخله $3/45 \pm 0/7$) به دست آمد. این نتیجه نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله ذکر شده بود. میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در گروه کنترل (قبل از مداخله $2/7 \pm 0/43$)، (یک ماه بعد از مداخله $2/9 \pm 0/46$)، (دو ماه بعد از مداخله $2/76 \pm 0/069$)، (سه ماه بعد از مداخله $2/75 \pm 0/71$) محاسبه گردید. بنابراین، میانگین نمرات سبک زندگی، در گروه آزمون در طول زمان‌های اندازه‌گیری به صورت معنی‌داری افزایش یافت اما، در گروه کنترل بدون تغییر باقی ماند ($P < 0/05$). این مطلب نشان‌دهنده اثرات طولانی مدت با افزایش معنی‌دار سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در طول زمان است. بیش‌ترین افزایش در بعد فعالیت فیزیکی و کم‌ترین در بعد مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که مداخله آموزش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر رفتارهای ارتقاء سلامت زنان یائسه مؤثر است. لذا انجام این مداخله به عنوان روش آموزشی ساده، کاربردی و کم‌هزینه برای زنان یائسه پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: یائسگی، سبک زندگی، ارتقاء سلامت

مقدمه

یائسگی، به معنی توقف دائمی قاعدگی در انتهای دوره باروری است که به دلیل عدم فعالیت فولیکول‌های تخمدان رخ می‌دهد. میانگین سنی یائسگی، ۵۱ سال گزارش شده است [۲، ۱]. با افزایش امید به زندگی، بیش از یک سوم عمر زنان بعد از یائسگی طی می‌شود [۳]. انتقال از دوره باروری به دوره غیر باروری با علائم جسمی و روانی متعددی همراه است [۵، ۴].

از مهم‌ترین علائم انتقال به دوره یائسگی، علائم وازوموتور و گرگرفتگی می‌باشد و در ۷۵ درصد از زنان این سنین مشاهده می‌شود [۷، ۶]. علائم اورورژنیال و مشکلات جنسی در حدود ۶۸/۵ تا ۸۶/۵ درصد گزارش شده است [۴، ۷-۹]. شیوع استئوآرتریت، درد عضلانی و درد مفاصل نیز ۶۸/۴ درصد عنوان شده است و از هر سه زن یک نفر از شکستگی استخوان رنج می‌برد [۷، ۱۰، ۱۱]. هم‌چنین، به علت کاهش سطح استروژن

در یائسگی، علائم قلبی و عروقی افزایش می‌یابد. به طوری که، بیماری‌های ایسکمیک قلبی در رده اول بیماری‌های زنان ایرانی قرار دارد [۱۲]. از علائم خلقی زنان در دوره یائسگی، "سندرم لانه خالی (Empty nest syndrome)" است که در پی رویداد "آخرین رویداد خروج (Last exit event)" رخ می‌دهد که اشاره به جدا شدن فرزندان خانواده و مستقل شدن آن‌ها دارد [۱۳]. در نتیجه، این مرحله از زندگی زنان "پنجره آسیب‌پذیری (Vulnerability Window)" نامیده می‌شود که طی آن تغییرات جسمی و عاطفی می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی زنان می‌شود [۱۳].

یکی از عوامل مؤثر بر شدت علائم و مشکلات مربوط به یائسگی و دوران پس از آن، سبک زندگی است. در سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت یکی از اهداف این سازمان را "سبک زندگی سالم" قرار داده است اهمیت سبک زندگی مطلوب تا حدی است که امروزه به عنوان شاخه جدیدی از علوم پزشکی به نام "طب زندگی (Life medicine)" در نظر گرفته شده است. سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در پیشگیری و کنترل بیماری‌ها نقش دارد و در برگیرنده تمام عوامل مرتبط از قبیل تغذیه، ورزش، خواب، کنترل استرس، قطع مصرف سیگار می‌شود. والکر (۲۰۱۱) سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را رویکردی چندبعدی از ادراکات و اعمال ارادی فرد که به تداوم و تقویت سطح سلامت و خودشکوفایی شخص کمک می‌کند تعریف کرده است. این روند باعث تداوم و تقویت سطح سلامتی و رفاه و باعث بروز احساس رضایت، اقتناع شخصی و خودشکوفایی می‌شود [۱۴، ۱۵]. اصطلاح سبک زندگی، از تعامل خصوصیات فردی و اجتماعی، محیطی و اقتصادی ایجاد می‌شود [۱۶، ۱۷]. بنابراین سبک زندگی، مجموعه الگوها و شیوه و روش‌های زندگی روزانه افراد است که در نتیجه تعاملات اجتماعی شکل می‌گیرد [۱۸، ۱۹]. رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت شامل شش حیطه تغذیه، فعالیت فیزیکی، کنترل استرس، رشد معنوی، بهبود روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت است [۲۰]. اصلاح شیوه زندگی برای ارتقاء کیفیت عملکرد در بعد جسمی و روانی در زنان میان‌سال لازم است. متعادل کردن سبک زندگی، زیربنای مدیریت بهداشت در این سنین است [۲۱].

مطالعات نشان می‌دهد که زنان یائسه، دانش محدودی درباره سبک زندگی سالم دارند. همچنین، افراد دانش و مهارت کافی در اداره علائم و عوارض یائسگی را ندارند و زندگی آن‌ها تحت تأثیر پیامدهای آن قرار می‌گیرد [۲۲، ۲۳]. به طور مثال صحتی و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه مقطعی رفتارهای ارتقاء سلامت در بین زنان یائسه در شهر لنگرود، دریافتند که نمرات

سبک زندگی زنان، متوسط گزارش شده است و بر لزوم برنامه‌ریزی در این زمینه تأکید داشتند [۲۳]. کنترل عوامل خطر در سبک زندگی باعث کاهش ۵۰ درصد از مرگ‌های زود هنگام می‌شود. اهمیت این موضوع به گونه‌ای است که سازمان جهانی بهداشت، کیفیت و سلامت زندگی بیش از ۶۰ درصد از افراد جامعه را مرتبط به رفتار و سبک زندگی آن‌ها می‌داند [۲۴]. پیش‌بینی شده است که در سال (۲۰۲۰) بیماری‌های غیرواگیر که در ارتباط با سبک زندگی است علت ۷ مورد مرگ از هر ۱۰ مورد را شامل می‌شود [۲۵، ۲۶]. تاماکوشی و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند در صورت مدیریت سبک زندگی، به میزان ۱۸/۵ درصد می‌توان از مرگ زنان جلوگیری کرد [۲۷]. از سوی دیگر آموزش، زیربنای ارتقاء سلامت زنان محسوب می‌شود و در تغییر رفتار و ارتقاء سبک زندگی مؤثر است [۲۸]. هدف برنامه حمایتی ارتقاء سلامتی این است که بتواند شناخت، بینش و عملکرد مناسب برای زنان این گروه سنی ایجاد کند. این برنامه‌ها در جهت توانمندسازی مرحله انتقالی است و نهایتاً سبب ارتقاء سلامت می‌شود [۲۹]. بنابراین به نظر می‌رسد مراقبت‌های دوران یائسگی، کلید زندگی سالم در سنین میان‌سالی و سال‌های بعد آن باشد. این مراقبت‌ها شامل آموزش، راهنمایی در مورد شیوه زندگی و اطلاعات مبتنی بر شواهد برای انجام مداخلاتی در جهت سالم زندگی کردن است [۱۶]. با توجه به عوارض دوران یائسگی به نظر می‌رسد که، آموزش سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت به عنوان یک راه‌کار مفید بتواند از انحراف از سلامتی بانوان بکاهد. با این حال، به دلیل کمبود مطالعات مرتبط، قضاوت در مورد اثربخشی آموزش‌های مبتنی بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان یائسه دشوار است [۲۱]. به نظر می‌رسد آموزش با تأکید بر حیطه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بتواند گامی مؤثر در جهت اصلاح سبک زندگی زنان در این دوره حساس سنی باشد [۲۶]. انتخاب شیوه آموزشی، از میان روش‌های مختلف اهمیت زیادی دارد. امروزه، روش آموزش گروهی یکی از بهترین و مرسوم‌ترین روش‌ها می‌باشد. فواید استفاده از این روش را می‌توان به استفاده از عقاید و افکار جمع و کمک به بارش افکار، تلاش گروهی برای تجزیه و تحلیل موضوع و احساس وابستگی در میان اعضا دانست [۱۷]. همچنین، آشنایی با این دوران در آستانه ورود به یائسگی و در قالب یک برنامه حمایتی مناسب متشکل از آموزش، مشاوره، ایجاد محیط حمایتی برای بیان احساسات و امکان به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد و پیگیری و ارجاع توسط افراد آموزش‌دیده و خانواده، بسیار مؤثر و مناسب می‌باشد [۲۱، ۳۰]. بنابراین، به دلیل اهمیت سبک زندگی بر سلامت زنان، به ویژه در دوران

خود، میزان درآمد همسر، دسترسی به شبکه‌های اجتماعی، مدت زمان استفاده از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی در طی شبانه روز، میزان حمایت اجتماعی دریافت شده از دیگران، انجام ورزش، میزان خواب شبانه، تاریخ آخرین قاعدگی بود. بخش دوم مربوط به پرسش‌نامه سنجش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت Health Promotion Life Style Questionnaires (HPLP) بود. این ابزار به وسیله والکر و همکاران در ۱۹۸۷ ارائه شده است و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را با تمرکز بر فعالیت‌ها و ادراک فرد، که در راستای حفظ یا افزایش سطح تندرستی، رشد معنوی و رضایت‌مندی فردی عمل می‌کنند را اندازه‌گیری می‌کند [۲۰]. پرسش‌نامه از ۵۲ سؤال و ۶ حیطه تشکیل شده است. این مقیاس‌ها شامل تغذیه (۹ سؤال)، فعالیت فیزیکی (۸ سؤال)، مدیریت استرس (۸ سؤال)، مسئولیت‌پذیری سلامتی (۹ سؤال)، روابط بین فردی (۹ سؤال) و رشد معنوی (۹ سؤال) بودند [۱۴]. این پرسش‌نامه پاسخ‌ها را بر روی طیف پاسخ لیکرتی با ۴ مقیاس پاسخ (هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب=۳ و به طور معمول=۴) مشخص می‌کند. برای مقایسه بهتر میان حیطه‌ها، در هر حیطه از نمرات میانگین گرفته می‌شود و میانگین هر حیطه در نهایت بین ۱ تا ۴ است. امتیاز بالاتر و نزدیک‌تر به ۴ در هر حیطه و نمره کل نشان‌دهنده سبک زندگی ارتقاءدهنده، بهتر و بالاتر است. [۳۱]. پایایی این ابزار در ایران بررسی شده و آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۸۲ و در هر حیطه بین ۰/۹۱ تا ۰/۷۹ ارزیابی شده است [۳۲]. روایی این ابزار در ایران تایید شده است [۳۲].

روش مداخله. پرسش‌نامه‌های مربوط به اطلاعات دموگرافیک و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، قبل از شروع مداخله به روش مصاحبه تکمیل گردید. جلسات آموزشی در قالب چهار جلسه در چهار هفته و در مدت زمان ۶۰ تا ۹۰ دقیقه برگزار شد [۳۳]. جلسات به صورت گروه‌های ۸-۵ نفری بود و در پایان هر جلسه، به سؤالات پاسخ داده شد [۳۴]. جلسات و آموزش‌ها در کلاس‌های مربوط به مرکز جامع سلامت شهری و یا در کتابخانه عمومی و به صورت سخنرانی برای گروه برگزار شد. وسایل کمک آموزشی مورد استفاده شامل تلویزیون، پروژکتور و کتابچه آموزشی و پمفلت بودند و از بحث گروهی استفاده شد. در بسته آموزشی از محتوای موجود در منابع مرتبط با آموزش خود مراقبتی به سالمندان و زنان یائسه به عنوان راهنمای مدرس استفاده شد. [۳۵، ۳۶]. هم‌چنین برای بررسی روایی بسته آموزشی طراحی شده، کتابچه و پمفلت‌ها در اختیار ۱۰ نفر اعضای محترم هیات علمی قرار گرفت. مفاهیم آموزشی در این بسته به صورت خلاصه و ساده و قابل اجرا برای این سنین بیان شده است (جدول ۱).

یائسگی، بر آن شدیم تا در این مطالعه به بررسی نقش آموزش سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت زنان بپردازیم. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در زنان یائسه، انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده بود (IRCT20180408039234N1). این پژوهش با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل در در فاصله زمانی فروردین ۱۳۹۷ تا آبان ۱۳۹۷ اجرا شد. محیط پژوهش مراکز جامع سلامت شهر قزوین بود. جامعه پژوهش شامل زنان یائسه که جهت دریافت خدمات درمانی به این مراکز مراجعه کرده بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل یائسه شدن به روش طبیعی، توانایی صحبت به زبان فارسی و تمایل داشتن به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل، مصرف هر گونه داروی هورمونی جایگزین در حین مطالعه، دریافت هر گونه آموزش در مورد یائسگی از طرق دیگر در حین مطالعه، نیاز به مداخلات جراحی، وجود بیماری روحی و روانی بنا به اظهار خود فرد در ۶ ماه گذشته، استفاده از الکل و یا دخانیات (سیگار، قلیان)، استفاده از رژیم خاص (آب‌درمانی، گیاه‌خواری، خام‌خواری و ...). حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۱۳) با در نظر گرفتن توان برابر ۰/۹۰، آلفای ۰/۰۵ و برآورد انحراف معیار جامعه اصلی برابر ۲۰/۰۱، ۳۸ نفر برای هر گروه به دست آمد [۲۱].

روش نمونه‌گیری و محیط پژوهش. برای دسترسی به نمونه‌های پژوهش با حداکثر تنوع از نظر وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، نمونه‌گیری به صورت دو مرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول کلیه مناطق شهر قزوین به عنوان خوشه در نظر گرفته شدند. سپس در هر یک از مناطق پنج‌گانه شهر قزوین یک مرکز جامع سلامت به تصادف انتخاب شد. در مرحله دوم پس از مراجعه به مراکز منتخب، افراد واجد شرایط برای شرکت در مطالعه دعوت شدند. سپس با استفاده از تخصیص تصادفی نمونه‌ها در دو گروه آزمون و کنترل (با احتساب ۱۰ درصد ریزش نمونه‌ها در هر گروه ۴۲ نفر) قرار داده شدند (نمودار کانسورت).

ابزار گردآوری داده‌ها. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل دو بخش بود. بخش اول شامل مشخصات فردی اجتماعی بود. این موارد شامل سن، سن همسر، تعداد فرزندان، وزن، قد، شاخص توده بدنی، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، شغل، مدت زمان سابقه کاری، میزان درآمد

جلسه سوم: آشنایی با مهارت روابط بین فردی و مراحل

رشد معنوی

آشنا شدن با رشد روحی و روانی، اهمیت روابط بین فردی، انجام روش‌های سازگاری و تطابق با شرایط و روش حل مسئله، استفاده از جنبه‌های معنوی در افزایش و بهبود شرایط زندگی در این مرحله به زنان یائسه آموزش داده شد.

جلسه چهارم: مهارت مدیریت استرس و جمع‌بندی مطالب شناخت منابع و عوامل استرس‌زا، اهمیت مدیریت استرس، آشنایی با تکنیک‌های آرام‌سازی، اجرا کردن برنامه آرام‌سازی به صورت عملی توسط محقق و اعضای گروه در این جلسه مورد بحث و آموزش قرار گرفت [۳۰].

پژوهش حاضر پس از تصویب در شورای پژوهش دانشگاه با شناسه اخلاق (IR.QUMS.REC.1396.362) در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین تصویب شده است. در مراحل اجرای پژوهش، کسب مجوزهای لازم برای حضور در مراکز جامع سلامت؛ معرفی کامل طرح و اهداف و روش تحقیق به مشارکت‌کنندگان، کسب رضایت آگاهانه شفاهی از افراد برای شرکت در مطالعه با دادن اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات و داوطلبانه بودن شرکت در طرح و داشتن اختیار کامل افراد شرکت‌کننده جهت ادامه یا انصراف رعایت شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های به دست آمده با استفاده از SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت مقایسه بین گروهی از نظر داده‌های دموگرافیک و کلینیکال برای داده‌های دارای توزیع نرمال از آزمون تی مستقل و برای داده‌های اسمی/ کیفی از آزمون کای اسکور و تست دقیق فیشر استفاده شد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از نمودارها و شاخص‌های توصیفی و همچنین آزمون کلموگروف اسمیرنوف و شاپیرو استفاده شد. جهت مقایسه میانگین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در زنان یائسه در دو گروه آزمون و کنترل در هر یک از زمان‌های مورد مطالعه از آزمون تی مستقل و جهت بررسی اثرات درون گروهی و بین گروهی مشاهدات به‌طور کلی از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر (Repeated measurement ANOVA) و آنالیز کواریانس استفاده شده است. سطح معنی‌داری آزمون‌ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. مراحل انجام مطالعه در نمودار کانسورت نشان داده شده است (شکل ۱).

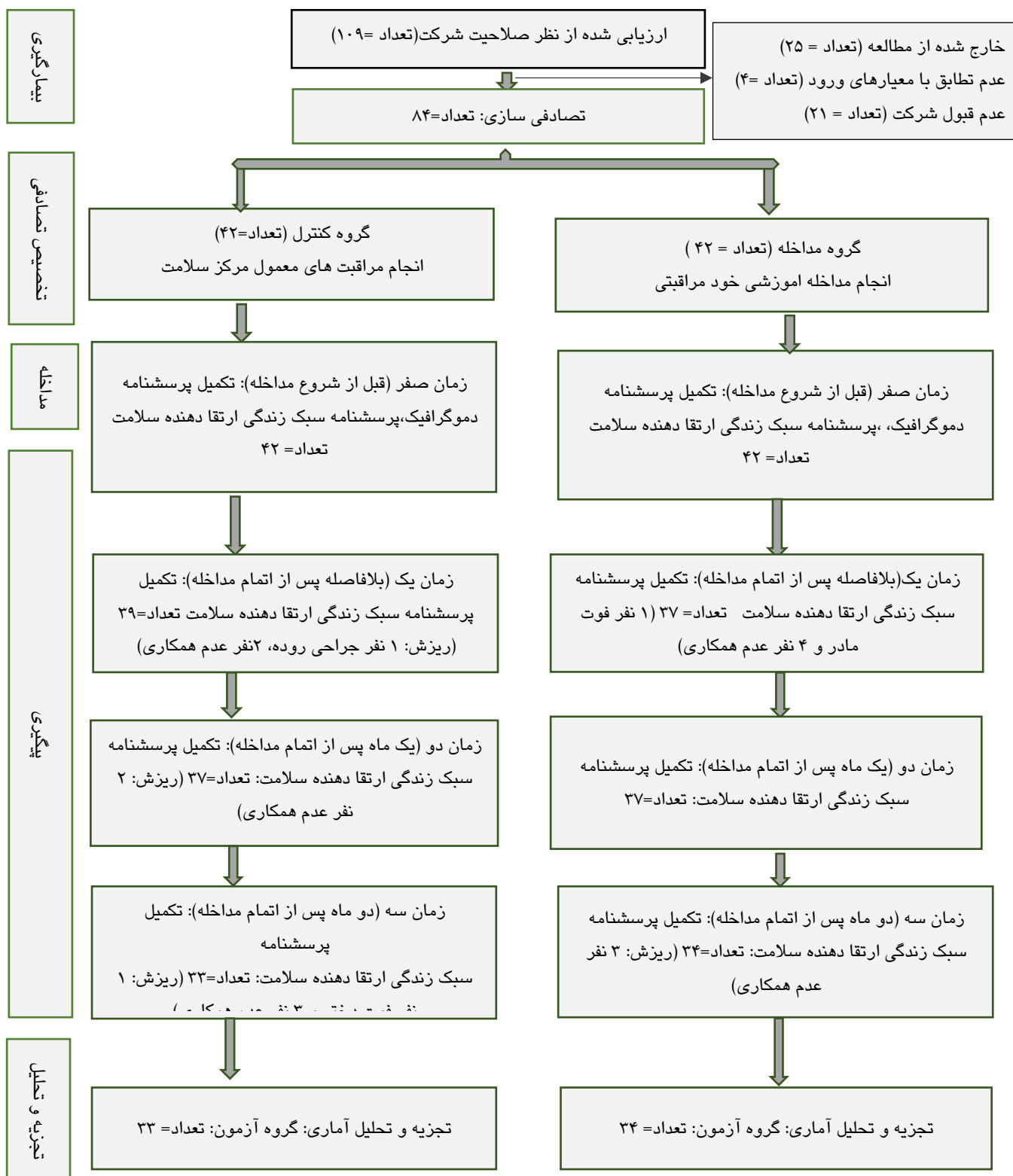
جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی

جلسه	موضوع	مدت زمان جلسه
اول	یائسگی، شناخت جنبه‌های جسمی و روانی و آشنایی با مسئولیت‌پذیری در برابر سلامتی	۹۰-۶۰ دقیقه
دوم	تغذیه و فعالیت فیزیکی مناسب در دوران یائسگی	۹۰-۶۰ دقیقه
سوم	آشنایی با مهارت روابط بین فردی و مراحل رشد معنوی	۹۰-۶۰ دقیقه
چهارم	مهارت مدیریت استرس و جمع‌بندی مطالب	۹۰-۶۰ دقیقه

از آن‌جا که سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت برای تبدیل شدن به یک رفتار بهداشتی مستلزم گذشت زمان است بعد از برگزاری کلاس‌های آموزشی، پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، مجدداً یک، دو و سه ماه بعد در اختیار مشارکت‌کنندگان گروه آزمون و کنترل قرار گرفت و تکمیل شد [۳۷، ۳۰]. در گروه آزمون بعد از مداخله، برای حفظ و یادآوری محتوای آموزشی، هر ماه دو بار تماس تلفنی جهت بررسی وضعیت رفتارهای بهداشتی ارتقاءدهنده سلامت، گرفته شد [۳۳]. در گروه کنترل فقط انجام مراقبت‌های معمول ارائه شده از سوی مراکز جامع سلامت انجام شد.

جلسه اول: یائسگی، شناخت جنبه‌های جسمی و روانی و مسئولیت‌پذیری در برابر سلامتی
در این جلسه، آشنایی و شناخت بیشتر زنان با تغییرات فیزیولوژیک بدن در طی دوره یائسگی، علائم جسمی و برخی نشانه‌های روحی، و نحوه مدیریت این علائم و نشانه‌ها در قالب توضیحات آموزشی در گروه بود. در این راستا به اهمیت سلامت فردی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی به عنوان ابزاری جهت افزایش توانمندی زنان در این گروه سنی پرداخته شده است.
جلسه دوم: تغذیه و فعالیت فیزیکی مناسب در دوران یائسگی

در این جلسه، در مورد روش‌های تغذیه مناسب، اصلاح و مناسب‌سازی عادات غذایی و آشنایی با اندازه‌ها و واحدهای مصرف مواد غذایی، آشنایی با هرم غذایی می‌باشد. همچنین در زمینه فعالیت‌های فیزیکی مناسب با این گروه سنی تمرینات ورزشی ارائه شد.



شکل ۱. کانسورت مراحل انجام مطالعه از انتخاب مشارکت کنندگان تا تجزیه و تحلیل داده ها

مطالعه حاضر در جدول ۲ آورده شده است. بر اساس نتایج آن بین متغیرهای جمعیت شناختی دو گروه مداخله و کنترل از نظر آماری اختلاف معنی داری مشاهده نشد. اکثر واحدهای پژوهش متاهل، دارای تحصیلات راهنمایی، خانه دار، دارای وضعیت اقتصادی متوسط و سکونت شهری بودند.

نتایج

در بازه زمانی مطالعه، تعداد ۱۰۹ نفر زن یائسه بودند که ۲۵ نفر به علت عدم تمایل به شرکت در مطالعه از بررسی ها خارج شدند. در تحلیل نهایی تعداد ۳۴ نفر از گروه مداخله و ۳۳ نفر از گروه کنترل بررسی شدند. توزیع متغیرهای جمعیت شناختی

نمرات وجود ندارد ($p\text{-value} > 0.05$). اما میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، ۱ ماه بعد از مداخله، ۲ ماه و ۳ ماه بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری را در دو گروه نشان می‌دهد ($p\text{-value} < 0.05$). همچنین تفاوت میانگین نمرات در گروه آزمون قبل از مداخله و در ۳ پیگیری تفاوت آماری معنی‌داری را نشان می‌دهند ($p\text{-value} < 0.05$). در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است. به طور کلی با توجه به مقدار آماره F و اندازه اثر $F=35/54, P<0.001$ ، $F=16/71, P<0.001$ (Eta-Squared=0/354) میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در دو گروه (اثر بین گروهی) تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهند همچنین با توجه به مقادیر $F=16/71, P<0.001$ (Eta-Squared=0/205) اثر بین گروهی (تفاوت قبل و بعد از مداخلات) نیز در نمودار روند میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت کاملاً مشهود است که قبل از مداخله دو گروه تفاوتی نداشته اما در ۳ پیگیری تفاوت در دو گروه معنی‌دار است (شکل ۲).

در جدول ۳ تغییرات نمرات سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت قبل و در حین مداخله آورده شده است. در جدول ۴ تفاوت‌های تعدیل شده بین گروه‌ها نشان داده شده است. در گروه مداخله، در طی هر سه ماه، افزایش نمرات سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت مشاهده شد.

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و تمامی حیطه‌های آن در زنان یائسه ارائه شده است. با توجه به نتایج به دست آمده در سه پیگیری صورت گرفته میانگین نمرات سبک زندگی زنان در گروه آزمون افزایش یافته به طوری که از مقدار $2/72 \pm 0/37$ قبل از مداخله به مقدار $3/42 \pm 0/32$ پس از ۳ ماه تغییر یافته است.

در جدول ۴ به بررسی تفاوت میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت قبل از مداخله، و با تعدیل اثر متغیر دسترسی به اینترنت ۱ ماه بعد ۲ ماه و ۳ ماه بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل پرداخته شده است. نتایج نشان می‌دهد قبل مداخله بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین

جدول ۲. توزیع مشخصات دموگرافیک در دو گروه آزمون و کنترل

سطح معناداری*	کنترل تعداد (درصد)	آزمون تعداد (درصد)	مشخصات فردی (متغیرهای کیفی)	
0/083	26 (78/8)	32 (94/1)	متاهل	وضعیت تاهل
	7 (21/2)	2 (5/9)	بیوه	
0/119	14 (42/4)	6 (17/6)	بی‌سواد	سطح تحصیلات
	12 (36/4)	15 (44/1)	راهنمایی	
	6 (18/2)	9 (26/5)	دیپلم	
	1 (3/0)	4 (11/8)	لیسانس و بالاتر	
0/5	7 (21/2)	5 (14/7)	بی‌سواد	سطح تحصیلات همسر
	19 (57/6)	24 (70/6)	زیر دیپلم / دیپلم	
	7 (21/2)	5 (14/7)	لیسانس/فوق لیسانس و بالاتر	
0/512	27 (81/8)	30 (88/2)	خانه‌دار	شغل
	6 (18/2)	4 (11/8)	کارگر/کارمند/آزاد	
0/234	1 (3)	0 (0)	بیکار	شغل همسر
	4 (12/1)	2 (5/9)	کارگر	
	12 (36/4)	20 (58/8)	شغل آزاد	
	16 (48/5)	12 (35/3)	کارمند	
0/275	28 (84/8)	32 (94/1)	شهر	محل سکونت
	2 (6/1)	0 (0)	روستا	
	3 (9/1)	2 (5/9)	شهرک	
0/668	6 (18/2)	4 (11/8)	ضعیف	وضعیت اقتصادی
	23 (69/7)	24 (70/6)	متوسط	
	4 (12/1)	6 (17/6)	خوب/عالی	
0/600	24 (72/2)	22 (64/7)	کافی	وضعیت خواب
	9 (27/3)	12 (35/3)	ناکافی	
0/99	0 (0)	1 (2/9)	بله	مصرف دخانیات
	33 (97/1)	33 (100)	خیر	

سطح معناداری*	کنترل تعداد (درصد)	آزمون تعداد (درصد)	مشخصات فردی (متغیرهای کیفی)	
			۱ سال قبل	آخرین دوره پریود ماهانه
۰/۷۴۰	۶ (۱۸/۲)	۴ (۱۹/۸)	۱ سال قبل	
	۳ (۹/۱)	۶ (۱۷/۶)	۳-۱ سال قبل	
	۹ (۲۷/۳)	۹ (۲۶/۵)	۵-۳ سال قبل	
	۱۵ (۴۵/۵)	۱۵ (۴۴/۱)	بیش از ۵ سال قبل	
۰/۰۰۱	۳ (۹/۱)	۱۶ (۴۷/۱)	بله	دسترسی به اینترنت
	۳۰ (۹۰/۹)	۱۸ (۵۲/۹)	خیر	
۰/۷۸	۸ (۲۴/۳)	۱۰ (۲۹/۴)	بله	فعالیت بدنی منظم
	۲۵ (۷۵/۸)	۲۴ (۷۰/۶)	خیر	
سطح معناداری**	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	مشخصات فردی (متغیرهای کمی)	
۰/۰۷۳	۵۵/۶۷ (۴/۲۵)	۵۳/۶۲ (۴/۹۲)	سن زنان	
۰/۷۴۵	۲۹/۵۷ (۴/۸۲)	۲۹/۹۲ (۳/۸۳)	شاخص توده بدنی	
۰/۱۲۸	۴/۱۸ (۱/۹۹)	۳/۴۷ (۱/۷۸)	تعداد فرزندان	
۰/۲۳۵	۶۰/۳۶ (۷/۲۶)	۵۸/۳۵ (۶/۴۵)	سن همسر	
۰/۹۴۵	۶/۸۸ (۱/۹۹)	۶/۹۱ (۱/۹۰)	ساعت خواب در شبانه روز	
۰/۷۳۷	۵/۳۶ (۳/۴۲)	۵/۶۲ (۲/۷۲)	حمایت اجتماعی (مقیاس عددی ۰ تا ۱۰)	
۰/۷۳۷	۳/۰۶ (۲/۴۲)	۳/۹۴ (۳/۱۵)	فعالیت اجتماعی (مقیاس عددی ۰ تا ۱۰)	
۰/۸۹۰	۸/۴۵ (۲/۵۰)	۸/۵۳ (۱/۸۶)	مشارکت در فعالیت مذهبی (مقیاس عددی ۰ تا ۱۰)	
۰/۸۲۰	۸/۰۳ (۲/۵۰)	۸/۸۹ (۱/۳)	اعتقادات مذهبی (مقیاس عددی ۰ تا ۱۰)	
۰/۸۶۰	۸/۴۲ (۲/۳۷)	۸/۳۲ (۲/۲۶)	فعالیت مذهبی (مقیاس عددی ۰ تا ۱۰)	
۰/۹۸	۵/۴۲ (۲/۵۰)	۵/۴۴ (۲/۴۱)	اطلاعات فرد درباره زندگی ارتقا دهنده سلامت (مقیاس عددی ۰ تا ۱۰)	

* آزمون کای دو/ فیشر ** آزمون تی مستقل

جدول ۳. بررسی میانگین و انحراف معیار امتیاز سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و حیطه‌های آن در زنان یائسه قبل و بعد از اجرای مداخله

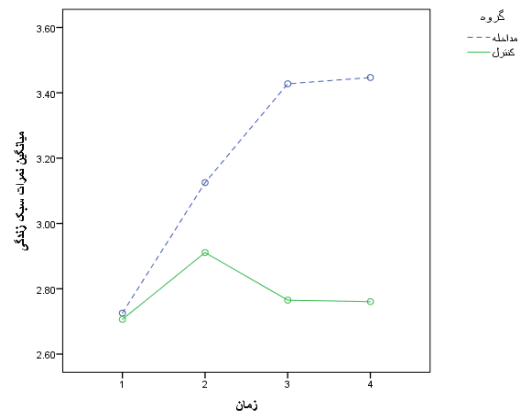
سه ماه بعد از مداخله	دو ماه پس از مداخله	یک ماه پس از مداخله	قبل از مداخله	زمان پیگیری (حیطه) گروه	
				آزمون	مسئولیت پذیری در قیال سلامت
۳/۱۱ ± ۰/۵	۳/۱۶ ± ۰/۵۶	۳/۰۳ ± ۰/۶	±۶/۲ ۰/۵۷	آزمون	مسئولیت پذیری در قیال سلامت
۲/۳۶ ± ۰/۶۲	۲/۴ ± ۰/۶۱	۲/۳۵ ± ۰/۶۲	۲/۴ ± ۰/۶	کنترل	مسئولیت پذیری در قیال سلامت
۲/۹۱ ± ۰/۶۶	۲/۹۲ ± ۰/۶۸	۲/۸ ± ۰/۵۷	۲/۰۹ ± ۰/۶۶	آزمون	فعالیت فیزیکی
۱/۹۳ ± ۰/۵۵	۱/۹۸ ± ۰/۴۸	۱/۹ ± ۰/۵۸	۲ ± ۰/۵۸	کنترل	فعالیت فیزیکی
۳/۸۲ ± ۰/۱۸	۳/۷۶ ± ۰/۲۳	۳/۶۵ ± ۰/۳۶	۳/۲۵ ± ۰/۴۵	آزمون	تغذیه
۳/۲۳ ± ۰/۴۹	۳/۲۶ ± ۰/۴۳	۳/۳۳ ± ۰/۴۵	۳/۲۱ ± ۰/۴۴	کنترل	تغذیه
۳/۷۸ ± ۰/۳۲	۳/۷۵ ± ۰/۳۳	۳/۶۲ ± ۰/۳۲	۳/۱۷ ± ۰/۵۵	آزمون	رشد معنوی
۳/۲۰ ± ۰/۶۵	۳/۱۸ ± ۰/۶۲	۳/۲۲ ± ۰/۵	۲/۹ ± ۰/۵۴	کنترل	رشد معنوی
۳/۷۸ ± ۰/۲۸	۳/۷۵ ± ۰/۳۳	۳/۵۹ ± ۰/۴۶	۳/۰۲ ± ۰/۵	آزمون	روابط بین فردی
۳/۲۴ ± ۰/۶۷	۳/۱۸ ± ۰/۶۲	۳/۱۴ ± ۰/۵۸	۲/۸۷ ± ۰/۵۶	کنترل	روابط بین فردی
۳/۱۶ ± ۰/۴۲	۳/۱۲ ± ۰/۴۵	۲/۸۸ ± ۰/۵۳	۲/۳۷ ± ۰/۵۲	آزمون	کنترل استرس
۲/۴۶ ± ۰/۴۹	۲/۴۲ ± ۰/۴۶	۲/۳۱ ± ۰/۴۱	۲/۳۳ ± ۰/۴۴	کنترل	کنترل استرس
۳/۴۴ ± ۰/۲۹	۳/۴۲ ± ۰/۳۲	۳/۱۲ ± ۰/۴۵	۲/۷۲ ± ۰/۳۷	آزمون	سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت
۲/۷۶ ± ۰/۴۹	۲/۷۵ ± ۰/۴۵	۲/۹۱ ± ۰/۴۶	۲/۷۰ ± ۰/۴۳	کنترل	سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت

جدول ۴. روند تغییرات امتیاز سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان یائسه قبل و بعد از اجرای مداخله

گروه	زمان پیگیری			
	قبل مداخله	یک ماه پس از مداخله	دو ماه پس از مداخله	سه ماه بعد از مداخله
سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	۷۲/۳۷ ± ۰/۳۷	۳/۱۲ ± ۰/۴۵	۳/۴۳ ± ۰/۰۶۸	۳/۴۵ ± ۰/۷
سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	۷۲/۴۳ ± ۰/۴۳	۲/۹ ± ۰/۴۶	۲/۷۶ ± ۰/۰۶۹	۲/۷۵ ± ۰/۷۱
سطح معنی داری (تی مستقل)	p = ۰/۴۲	p = ۰/۰۴۵	p < ۰/۰۰۱	p < ۰/۰۰۱

شده از آن‌ها بود. میانگین نمرات در ماه دوم و سوم پیگیری در گروه کنترل، به سطح قبل از مداخله رسید و کاهش یافت. کریم‌لو و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه بررسی تأثیر مشاوره بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی در زنان میان‌سال به نتیجه مثبت رسیدند و فرآیند مشاوره آموزشی آن‌ها باعث بهبود رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در زنان شده بود و مشاوره را بهترین روش برای آموزش ارتقا توانایی افراد برای داشتن سبک زندگی سالم دانسته است [۳۸]. پارک و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای با عنوان بررسی تأثیر برنامه آموزش ارتقا سلامت که برای زنان میان‌سال کره‌ای، مشاهده کردند که آموزش گروهی انجام شده، خودکارآمدی و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی در این زنان را نسبت به گروه کنترل افزایش دهد و مداخله آن‌ها مؤثر بوده است. اما در این مطالعه حیطه‌های رفتارهای سبک ارتقا دهنده سلامت مورد بررسی قرار نگرفته بود [۳۹]. بروجنی و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه سبک زندگی و عوامل آن در سالمندان دریافتند که نمرات سبک زندگی، در اندکی کمتر از نصف جمعیت مورد مطالعه، در حد نامطلوب بود و در سایر افراد نمرات سبک زندگی مطلوب و در حد متوسط بود. مردان نسبت به بانوان، نمرات بالاتری داشتند [۴۰]. انسان و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه تأثیر آموزش بر اساس تئوری انتخاب بر ارتقا سبک زندگی سلامت در زنان یائسه شاهد افزایش نمرات کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت نسبت به گروه کنترل بودند.

عوامل مؤثر در افزایش نمرات در گروه مداخله را می‌توان به ارتباط مکرر محقق با افراد گروه، تاکید بر موارد مؤثر بر ارتقا سبک زندگی، تبادل نظر در مورد راه‌های جایگزین و مناسب برای هر فرد و ارائه راه حل برای مشکلات احتمالی بانوان و پیگیری این موارد نسبت داد. در گروه مداخله، بانوان از تجربیات مثبت سایر افراد در ارتقا سبک زندگی سلامت استفاده می‌کردند و تشکیل گروه‌های کوچک چند نفره برای فعالیت فیزیکی و افزایش میزان ارتباطات بین فردی و به دنبال آن ارتقا سایر موارد مرتبط با حیطه‌های سبک زندگی بسیار مؤثر بود. این امر بر ضرورت آموزش‌های مداوم و مدون برای بانوان تاکید دارد. در غیر این صورت، با گذشت زمان اثر بخشی آموزش، کاهش می‌یابد. برای درک بهتر، به بحث و بررسی



شکل ۲. بررسی روند میانگین نمرات سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در دو گروه

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت زنان یائسه انجام شد. در ارزیابی میان گروهی، در ارتباط با نمرات کلی گروه مداخله و نمرات کلی گروه کنترل مشاهده شد که بعد از مداخله، تفاوت معنی داری در نمرات کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت به دست آمد. میانگین نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در گروه آزمون (قبل از مداخله) $(۷۲/۳۷ ± ۰/۳۷)$ ، (یک ماه بعد از مداخله $(۳/۱۲ ± ۰/۴۵)$ ، (دو ماه بعد از مداخله $(۳/۴۳ ± ۰/۰۶۸)$ ، (سه ماه بعد از مداخله $(۳/۴۵ ± ۰/۷)$ به دست آمد. این نتیجه نشان دهنده تأثیر مثبت مداخله ذکر شده بود. برای تقویت مطالعه، گروه کنترل به موازات گروه مداخله مورد بررسی قرار گرفت. میانگین نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در گروه کنترل (قبل از مداخله $(۷۲/۴۳ ± ۰/۴۳)$ ، (یک ماه بعد از مداخله $(۲/۹ ± ۰/۴۶)$ ، (دو ماه بعد از مداخله $(۲/۷۶ ± ۰/۰۶۹)$ ، (سه ماه بعد از مداخله $(۲/۷۵ ± ۰/۷۱)$ محاسبه گردید. در گروه مداخله نمرات کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در پیگیری‌های ماهانه، شیب افزایشی داشت. اما، نتایج این بررسی‌ها در سه ماه متوالی نشان دهنده عدم ارتقا نمرات کلی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در گروه کنترل بود. تغییرات افزایشی ضعیفی که در گروه کنترل بود به علت ایجاد حساسیت در ارتباط با سؤالات مطرح

این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. از محدودیت‌های مهم این طرح عدم همکاری و عدم تمایل زنان یائسه جهت شرکت در پژوهش بود که با جلب اعتماد و مشارکت آن‌ها توسط محقق تا حد زیادی کنترل شد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه می‌توان به استفاده از پرسش‌نامه و روش خود گزارشی‌دهی اشاره کرد. طولانی بودن مدت زمان پیگیری‌ها و ریزش نمونه‌ها در گذر زمان نیز یکی دیگر از محدودیت‌ها بود. از طرفی، سلامت افراد از محیط زندگی روزانه آن‌ها جدا نبوده و تحت تأثیر محیطی است که افراد در آن به کار، فعالیت، تفریح و زندگی می‌پردازند. ویژگی‌های شخصیتی، عوامل محیطی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و خدمات بهداشتی، حالات روحی، درک فردی، فرهنگ و حتی وقایع زندگی فرد از جمله عوامل تأثیرگذار بر نتایج پژوهش است که کنترل این موارد از سوی پژوهشگر امکان‌پذیر نبود. تأثیر شرایط محیطی نظیر سر و صدا، وضعیت جسمی، وضعیت روانی زنان و میزان یادگیری آن‌ها، جزء محدودیت‌های این مطالعه بود که ارائه مطالب در یک محیط مناسب و منطبق بر سطح دانش و آگاهی افراد با زبانی که برای آن‌ها قابل درک و فهم باشد، در رفع این مشکل کمک‌کننده بود.

نتایج کلی حاصل از تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت زنان یائسه مؤثر بوده است. این تأثیر، نشانگر مؤثر بودن مداخله حمایتی ماماها در فرآیند آموزشی، و نیاز متقابل زنان برای دریافت مفاهیم سلامتی در قالب بسته‌های آموزشی ساده و قابل درک است. این آموزش‌ها به عنوان سطح اول پیشگیری در راستای آمادگی برای مراحل مختلف تکاملی زندگی، بسیار مفید است و برنامه‌ریزی و مدیریت بهداشتی در این جهت باعث اعتلای سلامت زنان و در نتیجه ارتقاء سلامت جامعه می‌شود.

همچنین، بر اساس این پژوهش و نتایج به دست آمده از آن، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در زمینه بررسی تأثیر آموزش بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در زنان قبل از سنین یائسگی، برای اثرگذاری بیش‌تر بر کاهش عوارض دوران بعد از یائسگی انجام شود. داشتن زندگی سالم و ارتقاءدهنده سلامت نیاز به انتقال مفاهیم سلامتی از طریق رسانه‌ها و ابزارهای مشابه دارد تا در درازمدت بر سطح سلامتی افراد تأثیر مثبت بگذارد بنابراین می‌توان تأثیر این رسانه‌ها را در ارتقاء سبک زندگی سالم مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار داد.

دقیق‌تر مطالعات مشابه می‌پردازیم. آندره راجفورت و همکاران (۲۰۱۹) در دستاورد و بررسی سیستماتیک دریافتند، آموزش مؤثر سبک زندگی سالم، مهم‌ترین نکته در نتایج درمان، اقتصاد سلامت و استراتژی‌های سلامتی است که باید از طریق رابطین بهداشت به عنوان مراقبت‌های بهداشتی اولیه به افراد جامعه آموخته شود [۴۱]. مایجالا ویرپی و همکاران (۲۰۱۶) نیز موافق با فرهنگ سازمانی ارتقاءدهنده سلامت بودند و این‌که آموزش این روند نکته کلیدی در ارتقاء سلامت و اجرایی نمودن مراقبت‌های اولیه بهداشتی است [۴۲]. حیدری و همکاران (۲۰۱۳) که به بررسی تأثیر برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر سبک زندگی دبیران در مرحله قبل از یائسگی پرداخته بودند دریافتند که در گروه مداخله، تمام حیطه‌های شش‌گانه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، بهبود عملکرد یافته بود و خودکفایی و تعدیل در زندگی گروه مداخله افزایش یافته بود [۲۱].

در بررسی و مقایسه تغییرات نمرات سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در گروه کنترل که تنها مراقبت‌های منظم مراکز جامع سلامت را دریافت کرده بودند، در پیگیری ماه اول گروه کنترل، اندکی نمرات سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت افزایش یافته و در پیگیری ماه دوم و سوم، نمرات کاهش یافته و به محدوده قبل از مداخله رسید. علت افزایش نمرات در پیگیری ماه اول گروه کنترل را می‌توان ناشی از نگرانی در مورد پیامدهای یائسگی و حساسیت افراد برای دانستن و ایجاد چرایی در مورد سؤالات پرسش‌نامه نسبت داد. دسترسی به وسایل ارتباط جمعی، پرسش از افراد مطلع و تحقیق فردی درباره سؤالات و سایر ابعادی که در پرسش‌نامه مورد ارزیابی قرار گرفته بود و نهایتاً افزایش آگاهی، سبب افزایش نمرات ماه اول شد. در نهایت، نتایج در ماه دوم و سوم به دلیل نداشتن ثبات و درونی نشدن مفاهیم اصلی برای تغییر در سبک زندگی کاهش یافت. در نتیجه، تغییر رفتار پایداری در گروه کنترل مشاهده نشد. از طرفی، نتایج تغییرات نمرات سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در گروه آزمون نشان‌دهنده افزایش نمره کلی و افزایش نمرات در تمام حیطه‌ها بود.

نقاط قوت و محدودیت مطالعه

یکی از نقاط قوت این مطالعه، طول مدت پیگیری سه ماهه این پژوهش است که کمک کرد تا اثرات طولانی‌مدت مداخله نیز بررسی شود. تأثیرات مفید و مداوم مداخله با داشتن گروه کنترل قابل مقایسه و بررسی بود. در نتیجه درک عمیق‌تری از چگونگی تغییرات در سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در زنان یائسه با گذشت زمان به دست آمد.

<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00180.x>

PMid:18836580 PMCid:PMC2559916

[14] Hajhashemkhani MA, Dalvandi A, Kashaninia Z, Javadi M, Biglarian A. The relationship between family health promoting lifestyle and sleep habits in children 6 to 11 years old. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25: 92-99. (Persian).

[15] Bakhshi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Taghdisi MH, Nedjat S. The relationship between individual empowerment and health-promoting lifestyle among women NGOs in northern Iran. *Electron Physician* 2017; 9: 3690-3698.

<https://doi.org/10.19082/3690>

PMid:28465794 PMCid:PMC5410893

[16] Currie H, Abernethy K, Gray S, British Menopause Society Medical Advisory Council. British menopause society vision for menopause care in the UK: endorsed by royal college of general practitioners, faculty of sexual and reproductive health, royal college of nursing, and royal college of obstetricians and gynaecologists. *Post Reprod Health* 2017; 23: 105-109.

<https://doi.org/10.1177/2053369117717207>

PMid:28670956

[17] Rezaei B, Hemmati Maslak Pak M, Khademvatan K. The effect of group discussion based on healthy lifestyle on control of hypertension. *Koomesh* 2018; 20: 524-529. (Persian).

[18] Estebsari F, Bakhshi F, Nemati S, Kazemnejad Leili E, Ramezani H, Sadeghi R. Determinants of health promoting lifestyle behaviors in hospital staff of Guilan university of medical sciences. *Health Educ Health Promotion* 2019; 7: 71-76. (Persian).

<https://doi.org/10.29252/HEHP.7.2.71>

[19] Ataei J, Kamran A, Shekarchi A, Etebar I, Haghiri E, Gorbani M. Study of health promotion life style (HPLP) of rural primary health-care workers (Behvarzes) in Khaikhal and Kosar counties, 1395. *J Health* 2019; 9: 530-540. (Persian).

<https://doi.org/10.29252/j.health.9.5.530>

[20] Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. 1996;13:120-6.

[21] Heidari F, Mohammad Khan Kermanshahi S, Vanaki Z. The effect of a supportive health promotion program on the lifestyle of premenopause teachers. *KAUMS J (FEYZ)*. 2013; 17: 14-24. (Persian).

[22] Berek JS. Berek & Novak's gynecology. USA. 2012; 15: 1250-66.

[23] Sehhatie F, Mirghafourvand M, Momeni K. Health promoting behaviors among postmenopausal women in langroud city, Iran. *Int J Women's Health Reprod Sci* 2015; 3: 158-162. (Persian).

<https://doi.org/10.15296/ijwhr.2015.33>

[24] Babanejad M, Zarin HK, Sayehmiri K, Delpisheh A. Lifestyle investigation and its associated factors in students of Ilam University of medical sciences. *Pajoohandeh J* 2012; 17: 252-257. (Persian).

[25] Habib SH, Saha S. Burden of non-communicable disease: global overview. *Clin Res Rev* 2010; 4: 41-47.

<https://doi.org/10.1016/j.dsx.2008.04.005>

[26] Oshvandi K, Keshmiri K, Salavati M, Emkanjoo Z, Musavi S. Effectiveness of education based on Orem's self-care model in self-care activity of patients with implantable cardioverter defibrillators. *J Hayat* 2013; 19: 47-55. (Persian).

[27] Tamakoshi A, Tamakoshi K, Lin Y, Yagyu K, Kikuchi S, Group JS. Healthy lifestyle and preventable death: findings from the Japan collaborative cohort (JACC) study. *Prev Med* 2009; 48: 486-492.

<https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2009.02.017>

PMid:19254743

[28] Shakiba M, Rouhbakhsh M, Kermansaravi F, Navidian A. The effect of couple counseling on severity of menopausal symptoms in women. *Hayat* 2019; 25: 25-38. (Persian).

[29] Alpar ŞE, Şenturan L, Karabacak Ü, Sabuncu N. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Educ Pract* 2008; 8: 382-388.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی نویسنده اول استخراج شده است. هم چنین نویسندگان مراتب قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی قزوین، () ماماهاى محترم شاغل در مراکز جامع سلامت شهر قزوین و نیز تمامی بانوانی که در این طرح ما را یاری کردند اعلام می دارند.

منابع

[1] Nasreen SZA. Symptoms of Menopause. *Hormone Therapy and Replacement in Cancer and Aging-related Diseases*: IntechOpen; 2019.

[2] Direkvand-Moghadam A, Delpisheh A, Mozafari M. Infertility experience in postmenopausal women: A phenomenological study. *Koomesh* 2015; 16: 555-562. (Persian).

[3] Sadat-Hahsmi SM, Ghorbani R, Askari Majdabadi H, Khalajabadi Farahani F, Kavehie B. Analyzing the methodologies to estimate age at natural menopause and its effective factors. *Koomesh* 2007; 8: 177-186. (Persian).

[4] Rindner L, Strömme G, Nordeman L, Hange D, Gunnarsson R, Rembeck G. Reducing menopausal symptoms for women during the menopause transition using group education in a primary health care setting-a randomized controlled trial. *Maturitas* 2017; 98: 14-19.

<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.01.005>

PMid:28274323

[5] Ghorbani M, Azhari S, Esmaili H, Ghanbari Hashemabadi B. The relationship between life style with vasomotor symptoms in postmenopausal women referred to Women's training health centers in Mashhad in 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infert* 2013; 15: 23-30. (Persian).

[6] da Silva Andrade DC, Carmona F, Angelucci MA, Martinez EZ, Pereira AM. Efficacy of a homeopathic medicine of *Capsicum frutescens* L. (Solanaceae) in the treatment of hot flashes in menopausal women: a phase-2 randomized controlled trial. *Homeopathy* 2019; 108: 102-107.

<https://doi.org/10.1055/s-0038-1676326>

PMid:30736083

[7] Makvandi S, Zargar Shushtari S, Yazdizadeh H, Zaker Hoseini V, Bastami A. Frequency and severity of menopausal symptoms and its relationship with demographic factors in pre-and postmenopausal women of Ahvaz, Iran. *Iran J Obstet Gynecol Infert* 2013; 16: 7-15. (Persian).

[8] Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur I. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas* 2007; 57: 306-314.

<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.02.026>

PMid:17408889

[9] Buttaro TM, Koeniger-Donohue R, Hawkins J. Sexuality and quality of life in aging: Implications for practice. *J Nurse Practis* 2014; 10: 480-485.

<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.04.008>

[10] Wang YX. Menopause as a potential cause for higher prevalence of low back pain in women than in age-matched men. *J Orthop Translat* 2017; 8: 1-4.

<https://doi.org/10.1016/j.jot.2016.05.012>

PMid:30035087 PMCid:PMC5987020

[11] Boschitsch E. Osteoporosis-diagnostics and therapies. *Maturitas* 2019; 124: 130-131.

<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.04.071>

[12] Lahouti M, Zavoshy R, Rashidkhani B, Rostami R. Association between dietary patterns and depressive symptoms in adult women living in Tehran) 2013. *J Qazvin Univ Med Sci* 2015. (Persian).

[13] Dennerstein L, Soares CN. The unique challenges of managing depression in mid-life women. *World Psychiatry* 2008; 7: 137-142.

- [38] Bahri N, Yoshany N, Morowatisharifabad MA, Noghabi AD, Sajjadi M. The effects of menopausal health training for spouses on women's quality of life during menopause transitional period. *Menopause* 2016; 23: 183-188.
<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000588>
 PMid:26783984
- [39] Karimlou V, Charandabi SM, Malakouti J, Mirghafourvand M. Effect of counselling on health-promoting lifestyle and the quality of life in Iranian middle-aged women: a randomised controlled clinical trial. *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 350.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4176-0>
 PMid:31159780 PMCID:PMC6545686
- [40] Park S, Yeom HY, Sok SR. Effects of health promoting education program for Korean middle-aged women. *J Phys Ther Sci* 2019; 31: 5-11.
<https://doi.org/10.1589/jpts.31.5>
 PMid:30774196 PMCID:PMC6348176
- [41] Brojeni SA, Ilali ES, Taraghi Z, Mousavinasab N. Lifestyle and its related factors in elderly. *J Nurs Midwifery Sci* 2019; 6: 32.
https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_39_18
- [42] Rochfort A, Beirne S, Doran G, Patton P, Gensichen J, Kunnamo I, et al. Does patient self-management education of primary care professionals improve patient outcomes: a systematic review. *BMC Family Pract* 2018; 19: 163.
<https://doi.org/10.1186/s12875-018-0847-x>
 PMid:30268092 PMCID:PMC6164169
- [43] Maijala V, Tossavainen K, Turunen H. Health promotion practices delivered by primary health care nurses: Elements for success in Finland. *Appl Nurs Res* 2016; 30: 45-51.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.002>
 PMid:27091252
- <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.03.010>
 PMid:18495538
- [30] An C, Yu YY, Chou BC, Szu LY, Tsao LI. Empowering self-care ability-a follow-up study of clinical-based perimenopausal women personal health counselling. *J Clin Nurs* 2016; 25: 2979-2988.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13406>
 PMid:27240317
- [31] Sehhatie F, Mirghafourvand M, Momeni K. Health promoting behaviors among postmenopausal women in langroud city, Iran. 2015. (Persian).
<https://doi.org/10.15296/ijwhr.2015.33>
- [32] Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21: 102-113. (Persian).
- [33] Parsa P, Ahmadiania Tabesh R, Soltani F, Karami M, Khorami N. Effects of group counseling on self-care behaviors in menopausal women with diabetes. *J Menopausal Med* 2017; 23: 108-116.
<https://doi.org/10.6118/jmm.2017.23.2.108>
 PMid:28951859 PMCID:PMC5606908
- [34] Abadi AS. Group dynamics and group counseling. 15, editor. Tehran Rooshd 2013. (Persian).
- [35] Yazdkhasti, M., et al. (2015). "Empowerment and coping strategies in menopause women: a review." *Iranian Red Crescent Medical Journal* 17 (3).
<https://doi.org/10.5812/ircmj.18944>
 PMid:26019897 PMCID:PMC4441783
- [36] Golyan Tehrani, S., et al. (2007). "Promoting health status of menopausal women by educating self care strategies." *Journal of hayat* 13(3): 67-75.
- [37] Hall, L., et al. (2007). "Meanings of menopause: Cultural influences on perception and management of menopause." *Journal of Holistic Nursing* 25(2): 106-118..
<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31803816b8>
 PMid:17413838

Effect of health promoting lifestyle education on health promoting behaviors of postmenopausal women: A clinical trial study

Reyhaneh Sadat Mousavi (M.Sc)¹, Mohammad Ali Soleimani (Ph.D)², Nasim Bahrami (Ph.D)^{*2}, Mehdi Ranjbaran (Ph.D)²

1- Student Research Committee, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2- Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

* Corresponding author. +98 28-33237268 nbahrami@qums.ac.ir

Received: 3 Dec 2019; Accepted: 6 Jul 2020

Introduction: Physiological changes in menopause can affect women's health. Women's lifestyle is one of the most important factors affecting their health at this time. However, women do not have sufficient knowledge of health-promoting behaviors and do not receive the necessary training in this area. The purpose of this study was to investigate the effect of health promoting lifestyle training on health promoting behaviors in postmenopausal women.

Materials and Methods: The present study was a randomized controlled clinical trial. 84 women referred to health centers of Qazvin (Iran) were selected by convenience sampling and were randomly divided into two groups of 42 intervention and control groups. Data collection tools included demographic questionnaire and HPLP II questionnaire. Both groups before intervention completed questionnaires. Intervention consisted of 4 sessions of lecture-based group training with presentation of slides, booklets, pamphlets and six areas of health promoting lifestyle questionnaire. The Health Promoting Lifestyle Questionnaire was evaluated in two groups one month, two months and three months after the intervention.

Results: There was no significant difference between the intervention and control groups regarding the distribution of individual variables. According to the results of the three follow-up periods, it was found that the difference between the groups was significant in terms of changes in mean life style. Mean score of health promoting lifestyle in the experimental group (2.72 ± 0.37 before intervention), (one month after intervention 3.12 ± 0.45), (two months after intervention 3.43 ± 0.068), (3 months after intervention 3.45 ± 0.7). This result indicated the positive impact of the intervention mentioned. Mean score of health promoting lifestyle in control group (2.7 ± 0.43 before intervention), (one month after intervention 2.9 ± 0.46), (two months after intervention 2.76 ± 0.069), (three months after the intervention was 2.75 ± 0.71). This indicates that mean life style scores increased significantly in the experimental group during the measurement times but remained unchanged in the control group ($P < 0.05$). This demonstrates the long-term effects of a significant increase in the health-promoting lifestyle over time. Remarkably, the highest increase was in physical activity and the least in health responsibility.

Conclusion: The findings of this study showed that health promoting lifestyle-training intervention is effective on health promotion behaviors of postmenopausal women. Therefore, this intervention is recommended as a simple, practical and low cost educational method for postmenopausal women.

Keywords: Menopause, Life Style, Health Promotion.