

# تأثیر مداخله آموزشی مدون بر اساس الگوی توانمندسازی فردی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت در دوران یائسگی

نویسنده: محمود کریمی<sup>۱</sup>

۱- دانشجوی دکتری تخصصی آموزش و ارتقای سلامت، گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری ساوه، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

Email: karimymahmood@yahoo.com

\* نویسنده مسئول: محمود کریمی

### چکیده

مقدمه و هدف: علائم و عوارض یائسگی می‌تواند بر سلامت و رفاه زنان تأثیرگذار باشد. از جمله اقدام‌های مؤثر در تعدیل این علائم، انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس الگوی توانمندسازی فردی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان شهرستون زرنندیه در دوران یائسگی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی تصادفی شده شاهددار، ۹۰ زن یائسه تحت پوشش مراکز شهری زرنندیه به روش تصادفی در دو گروه تجربی و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۴۵ نفر). ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه طراحی شده بر اساس الگوی توانمندسازی فردی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت بود. بر اساس اطلاعات به دست آمده از پیش‌آزمون مداخله آموزشی، طراحی و برای گروه مورد اجرا شد. سه ماه بعد از آموزش، با استفاده از همان پرسش‌نامه اولیه، پس‌آزمون انجام و اطلاعات جمع‌آوری شده با آزمون‌های تی و کای دو تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بعد از مداخله آموزشی میانگین نمرات اجزای الگوی توانمندسازی (آگاهی، نگرش، عزت نفس و خودکارآمدی) و رفتارهای ارتقادهنده سلامت در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌دار آماری را نشان داد ( $P < 0/05$ ); همچنین همبستگی مثبت و معنی‌داری میان رفتارهای ارتقادهنده سلامت و سازه‌های الگوی توانمندسازی مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: طراحی و اجرای برنامه آموزشی بر اساس الگوی توانمندسازی تأثیری مثبت بر رفتارهای ارتقای سلامت دوران یائسگی دارد؛ بنابراین به‌کارگیری این الگو در طراحی برنامه‌های آموزشی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: آموزش، توانمندسازی، رفتارهای ارتقادهنده سلامت، یائسگی

دوماهنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال هیجدهم- شماره ۹۴  
شهریور ۱۳۹۰

دریافت: ۱۳۹۰/۲/۱۷

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۰/۵/۱۲

پذیرش: ۱۳۹۰/۵/۲۳

## مقدمه

هم‌اکنون در قرن بیستم به سر می‌بریم که در آن، امید به زندگی برای جهانیان از مرز ۶۲ سال عبور کرده است (۱) و همان طور که طول عمر افزایش می‌یابد، اهمیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت نیز با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها روز به روز زیاد می‌شود (۲). رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان تأثیر بالایی در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته، به همان نسبت، کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی را موجب خواهد شد (۳). دوران سالمندی زنان با رخداد طبیعی به نام یائسگی همراه است که نزدیک به یک سوم عمر خود را با آن سپری می‌کنند (۴)؛ این دوران برای اغلب زنان، همراه با تغییرات فیزیولوژیک و پاتولوژیک است و تعداد بسیاری از آنان مشکلات عدیده‌ای را قبل و بعد از آن تجربه خواهند کرد (۵ و ۶) که عبارت‌اند از: اختلال‌های قاعدگی، گرگرفتگی، احساس فوریت ادرار، اختلال‌های خواب، تغییرات خلق و خوی و ... (۷ و ۸)؛ لذا در آستانه هزاره سوم، یائسگی کانون توجه جوامع پزشکی و بهداشتی قرار گرفته و در مقام مشکل بهداشتی و اجتماعی اساسی در کشورهای مختلف مطرح شده است (۹). نقصان دانش نحوه مراقبت از خود و نیز شیوه نادرست زندگی در میان زنان یائسه، منشأ بسیاری از عوارض جدی این دوران است (۱۰).

اگرچه بیشتر زنان، یائسگی را مرحله‌ای طبیعی از زندگی خود تلقی می‌کنند (۱۱)، یائسگی پدیده‌ای پیچیده است که مستلزم تغییرات هم‌زمان زیستی، روانی و جنبه‌های اجتماعی در زندگی است (۱۲). معنای یائسگی و اینکه «چگونه، زنان، این دوره انتقالی را تجربه می‌کنند؟»

با هنجارهای فرهنگی، عوامل اجتماعی و دانش فرد درباره یائسگی مرتبط است (۱۲). تحقیقات نشان داده که زنان یائسه، اغلب از فقدان اطلاعات رنج می‌برند و [بالا-رفتن سطح] درک آنها از مشکلات و مسائل یائسگی، [برای انتقال به این دور] بسیار سودمند است (۱۳). آگاهی، اثری مثبت در مراقبت از سلامتی خواهد داشت و به پیشرفت در دریافت خدمات و افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی منجر می‌شود؛ در نتیجه برای همه زنانی که یائسگی را تجربه می‌کنند، باید آموزش و هدایت انجام شود (۱۳).

اجرای یک برنامه توانمندسازی با هدف افزایش آگاهی، دانش، انگیزه، عزت نفس و خودکارآمدی به خودکنترلی و رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود که برای ارتقای بهداشت و کیفیت زندگی لازم است (۱۴). برنامه توانمندسازی فردی، ابزار کاربردی است که باعث رشد و ارتقای دانش و مهارت افراد می‌شود و به - کارگیری راهکارهای آن، آرمان‌های آشکار برای ارتقای سلامت جوامع است (۱۵). توانمندسازی فردی فرایندی است که افراد از طریق آن، کنترل بیشتری بر تصمیم‌گیری‌ها، شیوه زندگی و فعالیت‌هایی که بر سلامتی آنان مؤثر است، خواهند داشت (۱۶).

همان‌طور که ذکر شد، یائسگی، دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله، ضرورتی اجتماعی است. رفتارهای ارتقادهنده سلامت در یائسگی نیز امری بسیار مهم‌اند که به‌طور عمده، مورد غفلت قرار می‌گیرند، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس الگوی توانمندسازی فردی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت در دوران یائسگی در زنان تحت پوشش مراکز شهری شهرستان زرنده انجام شده است.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه ای نیمه تجربی بود که ۹۰ زن یائسه با معیارهای ورودی که عبارت بودند از: «حداقل یک سال و حداکثر پنج سال از قاعدگی نهایی آنها گذشته باشد، از نظر جسمی و روانی سالم باشند، فرایند یائسگی در آنها به صورت طبیعی رخ داده باشد و رضایت نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه را تکمیل کرده باشند»، مطالعه وارد شدند و معیار عدم انتخاب یا خروج نیز، «سابقه هورمون تراپی در شش ماه اخیر، عدم تمایل و علاقه مندی به شرکت در مطالعه و استرس شدید در یک ماه اخیر (از دست دادن عزیزان)» را شامل می شد.

روش نمونه گیری به صورت چند مرحله ای و بدین شکل بود که از میان چهار مرکز بهداشتی شهری موجود در شهرستان، دو مرکز به صورت تصادفی انتخاب و در مرحله بعد، با تخصیص تصادفی یکی از این مراکز در جایگاه مرکز گروه آزمون و مرکز دیگر در مقام مرکز گروه شاهد انتخاب شدند؛ در مرحله آخر بر اساس فهرست خانوار و پرونده های فعال موجود در این مراکز، نمونه های لازم به روش تصادفی انتخاب شدند؛ تعداد نمونه های لازم با توجه به میانگین و انحراف معیار به دست آمده از مطالعات مشابه قبلی (۱۳) و با توان آزمون معادل ۸۰ درصد و حدود اطمینان ۹۵ درصد و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها در هر گروه، ۴۳ نفر به دست آمد که در نهایت، ۴۵ نفر در هر گروه بر اساس معیارهای ورود به مطالعه وارد شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در مرحله قبل و بعد از مداخله، «پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسش نامه الگوی توانمندسازی حاوی ۴۰ پرسش (عزت نفس رزنبرگ (۱۰ پرسش)،

پرسش های خودکارآمدی (۱۰ پرسش)، سنجش آگاهی (۸ پرسش)، سنجش نگرش (۱۲ پرسش)) و چک لیست رفتارهای ارتقادهنده سلامت دوران یائسگی (شامل تحرک فیزیکی، تغذیه سالم و ...) (۸ پرسش) را شامل می شد.

امتیازگذاری پرسش نامه حاضر بدین صورت بود: در قسمت آگاهی به پاسخ صحیح، امتیاز ۱ و به پاسخ غلط، امتیاز ۰ (صفر) تعلق گرفت؛ در پایان، امتیاز هر فرد بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد، بدین صورت که تعداد پاسخ های صحیح فرد، تقسیم بر تعداد کل پرسش ها و ضرب در ۱۰۰ شد؛ در قسمت نگرش، خودکارآمدی، عزت نفس که بر اساس طیف چهار گزینه ای لیکرت تنظیم شده بود، دامنه امتیاز هر پرسش بین ۰ تا ۳ متغیر بود. در قسمت چک لیست عملکرد نیز به رفتارهای ارتقادهنده سلامت در دوران یائسگی، امتیاز ۱ و رفتار غلط، امتیاز ۰ تعلق گرفت و در مجموع، نمره این قسمت نیز همچون بخش آگاهی بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد. برای انجام اعتبار علمی پرسش نامه، مقیاس ها و چک لیست های طراحی شده، روش اعتبار صوری و محتوی، با استفاده از پانل متخصصان انجام شد؛ به همین منظور، ابزار طراحی شده در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان مجرب در حیطه علوم بهداشتی و مامایی قرار داده شد و پیشنهادها و نظرات اصلاحی آنها جمع آوری و اعمال - شد. برای ارزیابی پایایی پرسش های آگاهی از روش دو نیمه کردن (Split- Half Technique) استفاده شد که ضریب همبستگی پیرسون پایایی پرسش های آگاهی را ۰/۸۱ نشان داد. برای سنجش پایایی پرسش های نگرش، خودکارآمدی و عزت نفس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. بر اساس نتایج حاصل، پایایی مقیاس نگرش

هدف بالا بردن سطح دانش، عزت نفس و خودکارآمدی به منظور بهبود رفتارهای ارتقا دهنده سلامت برگزار شد، جلسات به شیوه بحث گروهی و در گروه های ۹ تا ۱۱ نفری اجرا شد، و زنان یائسه با رفتار های ارتقا دهنده سلامت و راهکارهای دستیابی به آن با یکدیگر و با محقق بحث کرده، و در نهایت در انتخاب راه های عملی، همانند پیاده روی سه روز در هفته به شیوه گروهی و جمعی با هم توافق کردند، آزمون ثانویه، سه ماه بعد از اجرای برنامه آموزشی توسط همان پرسش نامه اولیه جمع آوری و داده ها با استفاده از آزمون های تی، کای دو و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل و نرمالیتی داده ها نیز با آزمون KS تأیید شد. ملاحظات اخلاقی در این مطالعه با بی نام بودن پرسش نامه و برگزاری جلسه آموزشی برای گروه کنترل پس از برگزاری آزمون ثانویه رعایت شد.

۰/۸۸، خودکارآمدی ۰/۷۱ و عزت نفس ۰/۸۵ تعیین شد؛ پایایی پرسش های چک لیست عملکرد نیز با استفاده از روش توافقی کاپا ۰/۷۴ تعیین شد. پس از برگزاری آزمون اولیه و تجزیه و تحلیل نتایج آن، نیازهای آموزشی واحدهای پژوهش (شامل ورزش و تحرک فیزیکی، تغذیه صحیح و مصرف روزانه میوه و سبزی، محدودیت مصرف نمک، تعدیل وزن، ضرورت حذف عادات مضر مانند استرس های روزمره، مصرف منظم و مرتب داروهای تجویزی پزشک، شرکت در برنامه های اجتماعی، افزایش مرادده با گروه همسالان، رفتارهای مراقبتی حفاظت از خود، آشنایی با فرایند یائسگی و ...) تعیین و محتوای آموزشی بر اساس الگوی توانمندسازی طراحی و تدوین و طی پنج جلسه آموزشی برای گروه تجربی بر اساس الگوی توانمندسازی فردی اجرا شد. در جلسات آموزشی که با

جدول شماره ۱. وضعیت عملکرد گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله

| p.value | کنترل |       | آزمون |       | گروه آزمون |                  |
|---------|-------|-------|-------|-------|------------|------------------|
|         | درصد  | تعداد | درصد  | تعداد | عملکرد     |                  |
| ۰/۶۷۳   | ۵۳    | ۲۴    | ۴۸/۸  | ۲۲    | بلی        | مصرف میوه و سبزی |
|         | ۴۷    | ۲۱    | ۵۱/۲  | ۲۳    | خیر        |                  |
| ۰/۷۴۲   | ۷۸    | ۳۵    | ۸۰    | ۳۶    | سبک        | پیاده روی        |
|         | ۲۰    | ۹     | ۱۶    | ۷     | متوسط      |                  |
|         | ۲     | ۱     | ۴     | ۲     | سنگین      |                  |
| ۰/۶۶۰   | ۶۶    | ۳۰    | ۶۲    | ۲۸    | جامد       | نوع روغن مصرفی   |
|         | ۴۴    | ۱۵    | ۳۸    | ۱۷    | مایع       |                  |
| ۰/۸۷۷   | ۲۲    | ۱۳    | ۲۴    | ۱۱    | زیاد       | استرس درک شده    |
|         | ۶۴    | ۲۶    | ۶۰    | ۲۷    | بعضی اوقات |                  |
|         | ۱۴    | ۶     | ۱۶    | ۷     | هرگز       |                  |

۵۱/۳ ± ۶/۴ سال و در گروه کنترل

میانگین زمان سپری شده از آخرین قاعدگی آنها در گروه

### یافته ها

میانگین سنی زنان شرکت کننده در گروه آزمون

می‌دهد قبل از مداخله آموزشی، تفاوت ی معنی‌دار در عملکرد گروه آزمون و کنترل دیده نمی‌شود، اما بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمره عملکرد گروه آزمون افزایشی معنی‌دار یافته‌است (جدول شماره ۲)، به طوری- که قبل از مداخله آموزشی ۴۸/۸ درصد از افراد گروه آزمون و ۵۳ درصد از افراد گروه کنترل، مصرف میوه و سبزی تازه داشتند که بعد از مداخله آموزشی، این میزان در گروه آزمون به ۵۸/۳ درصد ارتقا یافت؛ ولی در گروه کنترل (۵۳/۵ درصد) افزایشی معنی‌دار نسبت به قبل از مداخله مشاهده نشد؛ در رابطه با سایر رفتارهای مورد بررسی نیز، قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون تفاوتی معنی‌دار به شرح زیر دیده شد: مصرف روغن مایع از ۳۸ درصد (قبل از مداخله) به ۴۹ درصد (بعد از مداخله) و پیاده‌روی متوسط نیز از ۱۶ درصد (قبل از مداخله) به ۴۱ درصد (بعد از مداخله) ارتقا یافت؛ درباره استرس درک‌شده نیز قبل از مداخله آموزشی ۲۴ درصد از افراد گروه آزمون استرس درک شده زیاد به دلیل علائم و عوارض یائسگی داشتند که بعد از مداخله، این میزان به ۱۹ درصد کاهش یافت.

در این مطالعه برای بررسی وضعیت میان متغیرهای دموگرافیک (میانگین سن، تعداد بارداری ها و زمان سپری‌شده از آخرین قاعدگی) در دو گروه آزمون و کنترل از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد که اختلافی معنی‌دار، میان متغیرهای بالا در دو گروه دید ه شده؛ همچنین این آزمون، تفاوتی معنی‌دار را در دو گروه (آزمون و کنترل) از لحاظ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و اجزای الگوی توانمندسازی قبل از مداخله آموزشی نشان‌داد اما بعد از مداخله میان دو گروه، تفاوتی معنی‌دار وجود داشت ( $p < 0/01$ ) (جدول شماره ۲).

آزمون، ۳/۹ سال و در گروه کنترل، ۳/۳ سال بود. ۱۴ درصد از نمونه‌ها بدون فرزند، ۳۵ درصد از نمونه‌ها ۱ تا ۲ فرزند و ۵۱ درصد بیش از دو فرزند در خانه داشتند. از نظر وضعیت ازدواج، ۹۲ درصد از زنان مورد بررسی، متأهل و از نظر وضعیت مسکن، ۹۵ درصد دارای مسکن شخصی بودند. همچنین در رابطه با وضعیت شغلی، ۹۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش، خانه‌دار، ۷/۵ درصد دارای مشاغل اداری و آزاد (مشاغل خارج از خانه) و ۱/۵ درصد دارای مشاغل خانگی بودند؛ در این پژوهش ۹۷/۳ درصد از افراد مورد بررسی، دارای دفترچه بیمه و ۲۱ درصد دارای بیمه تکمیلی، و از نظر سطح تحصیلات نیز بیشتر افراد مورد مطالعه (۷۱ درصد) بی‌سواد یا در سطح ابتدایی بودند. آزمون آماری کای دو، تفاوتی معنی‌دار را میان گروه آزمون و کنترل از لحاظ وضعیت تأهل، مسکن، اشتغال، بیمه، بعد خانوار و تحصیلات نشان نداد؛ به عبارت دیگر، گروه آزمون و کنترل از لحاظ متغیرهای دموگرافیک بالا همگن بودند. برای بررسی ارتباط میان متغیرهای وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان همراه خانواده و سطح تحصیلات با رفتارهای ارتقا دهنده سلامت دوران یائسگی از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد که نتایج نشان داد، میان متغیرهای وضعیت اشتغال، سواد و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، اختلافی معنی‌دار وجود نداشت، اما میان تعداد فرزندان همراه خانواده و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، رابطه‌ای معنی‌دار وجود داشت، به طوری که افراد دارای ۱ یا ۲ فرزند، نسبت به دو گروه دیگر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بهتری داشتند ( $p < 0/05$ ).

در این پژوهش، همان طور که جدول شماره ۱ نشان-

جدول شماره ۲. مقایسه میانگین آگاهی، نگرش، عزت نفس، خودکارآمدی و رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در مرحله قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد با یکدیگر

| متغیر      | آماره                  | قبل از مداخله |              | بعد از مداخله |               |
|------------|------------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
|            |                        | شاهد          | آزمون        | شاهد          | آزمون         |
| آگاهی      | میانگین (انحراف معیار) | ۴۰/۳۰ (۱۰/۴۰) | ۴۲/۳۶ (۹/۹۴) | ۴۰/۸۲ (۹/۹۸)  | ۴۹/۰۲ (۱۱/۳۲) |
|            | P-Value                | ۰/۳۶۹         |              |               |               |
| نگرش       | میانگین (انحراف معیار) | ۱۴/۵۵ (۴/۳۰)  | ۱۴/۹۷ (۴/۶۴) | ۱۴/۰۷ (۳/۹۴)  | ۱۸/۸۰ (۵/۶۹)  |
|            | P-Value                | ۰/۶۷۳         |              |               |               |
| عزت نفس    | میانگین (انحراف معیار) | ۱۳/۳۴ (۴/۷۷)  | ۱۳/۷۶ (۵/۴۳) | ۱۳/۴۲ (۵/۶۱)  | ۱۶/۱۴ (۵/۲۰)  |
|            | P-Value                | ۰/۰۱۱         |              |               |               |
| خودکارآمدی | میانگین (انحراف معیار) | ۱۴/۶۴ (۵/۰۷)  | ۱۳/۳۸ (۶/۴۰) | ۱۵/۰۲ (۳/۱۰)  | ۱۹/۲۰ (۴/۳۲)  |
|            | P-Value                | ۰/۰۰۰۱        |              |               |               |
| رفتار      | میانگین (انحراف معیار) | ۳۲/۴۰ (۷/۷۶)  | ۳۰/۲۰ (۷/۴۴) | ۳۱/۹۵ (۷/۴۳)  | ۳۷/۳۰ (۱۰/۱۶) |
|            | P-Value                | ۰/۰۰۹         |              |               |               |

۱۶/۴۳، ۱۴/۷۸، ۱۷/۱۱ و ۳۴/۶۲ افزایش یافت و همان -  
 طور که در جدول شماره ۳ دیده می شود، آزمون آماری  
 تی زوجی، تفاوتی معنی دار را میان میانگین نمره  
 رفتارهای ارتقادهنده سلامت و اجزای الگوی  
 توانمندسازی گروه آزمون، قبل و بعد مداخله آموزشی  
 نشان داده است ( $p < 0/0001$ )؛ در حالی که در گروه کنترل،  
 اختلافی معنی دار مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی  
 همه اجزای الگوی توانمندسازی با رفتارهای ارتقادهنده  
 سلامت مثبت و معنی دار بوده، خودکارآمدی ( $r=0/31$ )  
 همبستگی بیشتری با رفتارهای ارتقادهنده سلامت داشت  
 و نگرش ( $r=0/27$ )، عزت نفس ( $r=0/25$ ) و آگاهی  
 ( $r=0/22$ ) در مرتبه های بعدی قرار داشتند. در این  
 پژوهش، میانگین کل نمره آگاهی، نگرش، عزت نفس،  
 خودکارآمدی و رفتار افراد مورد بررسی قبل از مداخله  
 آموزشی به ترتیب ۴۱/۳۳، ۱۴/۷۶، ۱۳/۵۵، ۱۴/۰۱ و  
 ۳۱/۳۰ بود که بعد از مداخله به ترتیب به ۴۴/۹۲،

جدول شماره ۳. مقایسه میانگین آگاهی، نگرش، عزت نفس، خودکارآمدی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله با یکدیگر

| متغیر      | آماره                  | آزمون         |               | شاهد          |               |
|------------|------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|            |                        | قبل از مداخله | بعد از مداخله | قبل از مداخله | بعد از مداخله |
| آگاهی      | میانگین (انحراف معیار) | ۴۲/۳۶ (۹/۹۴)  | ۴۹/۰۲ (۱۱/۳۲) | ۴۰/۳۰ (۱۰/۴۰) | ۴۰/۸۲ (۹/۹۸)  |
|            | P-Value                | + / ۰۰۰۱      |               | + / ۰۷۳       |               |
| نگرش       | میانگین (انحراف معیار) | ۱۴/۹۷ (۴/۶۴)  | ۱۸/۸۰ (۵/۶۹)  | ۱۴/۵۵ (۴/۳۰)  | ۱۴/۰۷ (۳/۹۴)  |
|            | P-Value                | + / ۰۰۰۱      |               | + / ۲۱۳       |               |
| عزت نفس    | میانگین (انحراف معیار) | ۱۳/۷۶ (۵/۴۳)  | ۱۶/۱۴ (۵/۲۰)  | ۱۳/۳۴ (۴/۷۷)  | ۱۳/۴۲ (۵/۶۱)  |
|            | P-Value                | + / ۰۰۰۱      |               | + / ۵۶۲       |               |
| خودکارآمدی | میانگین (انحراف معیار) | ۱۳/۳۸ (۶/۴۰)  | ۱۹/۲۰ (۴/۳۲)  | ۱۴/۶۴ (۵/۰۷)  | ۱۵/۰۲ (۳/۱۰)  |
|            | P-Value                | + / ۰۰۰۱      |               | + / ۰۸۷       |               |
| رفتار      | میانگین (انحراف معیار) | ۳۰/۲۰ (۷/۴۴)  | ۳۷/۳۰ (۱۰/۱۶) | ۳۲/۴۰ (۷/۷۶)  | ۳۱/۹۵ (۷/۴۳)  |
|            | P-Value                | + / ۰۰۰۱      |               | + / ۷۲۲       |               |

### بحث و نتیجه گیری

اساساً اولین راهبرد عملی در تدریس، طراحی و اجرای برنامه‌های توانمندسازی، آموزش است؛ در فرایند آموزش، اطلاعات و پیام‌ها منتقل مبادله می‌شوند و با علم بر اینکه در عصر حاضر، اطلاعات منشأ قدرت و درحقیقت، عین قدرت‌اند، بنابراین دسترسی اقشار وسیع مردمی به اطلاعات، گامی کلیدی در فرایند توانمندسازی به حساب می‌آید؛ بر اساس این الگو، دستیابی به توانمندسازی شخصی، شامل پذیرش و شناخت قدرتی است که فرد می‌تواند داشته‌باشد (۱۶، ۱۴). یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌داد که الگوی توانمندسازی فردی با ارتقای سطح آگاهی، ایجاد و بهبود نگرش مثبت نسبت به خود و افزایش عزت نفس و خودکارآمدی، در ایجاد و بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت در دوران یائسگی مؤثر است و میان رفتارهای ارتقادهنده سلامت دوران یائسگی قبل و بعد از مداخله آموزشی، تفاوتی معنی‌دار وجود داشت، به طوری که قبل از آموزش ۱۶ درصد افراد گروه آزمون پیاده‌روی

متوسط، ۳۸ درصد مصرف روغن‌های مایع و ۴۸/۸ درصد مصرف روزانه میوه و سبزی تازه داشتند که بعد از مداخله آموزشی، این میزان به ترتیب به ۴۱ درصد، ۴۹ درصد و ۵۸/۳ درصد ارتقایافت؛ همچنین ۲۴ درصد از افراد گروه آزمون، قبل از مداخله به دلیل علائم و عوارض یائسگی استرس درک شده زیادی داشتند که بعد از مداخله، این میزان به ۱۹ درصد کاهش یافت؛ این یافته همسو با یافته مطالعه الحانی بود که نشان‌داد اجرای برنامه توانمندسازی با افزایش دانش، انگیزه، عزت نفس و خودکارآمدی به اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از آئمی فقر آهن منجر شد (۱۶)؛ نتایج تحقیق مسعودی و همکاران نیز نشان‌داد که اجرای برنامه توانمندسازی در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است (۱۴)؛ در مطالعه حیدری و همکاران هم الگوی توانمندسازی به بهبود کیفیت زندگی نوجوانان دیابتی منجر شد (۱۵). در این مطالعه از بین متغیرهای دموگرافیک تعداد فرزندان با رفتارهای ارتقادهنده سلامت، رابطه‌ای معنی‌دار داشت و خانوادهمایی با ۱ تا ۲ فرزند در مقایسه

است که زنان یائسه، اغلب از فقدان اطلاعات رنج می‌برند و درک آنها از مشکلات و مسائل یائسگی بسیار سودمند است و آگاهی، اثر مثبتی در مراقبت از سلامتی و انجام رفتار بهداشتی خواهد داشت (۲۲)؛ در نتیجه برای همه زنانی که یائسگی را تجربه می‌کنند، باید آموزش و هدایت انجام شود.

در این پژوهش، کسب نمره ۱۴/۷۶ برای نگرش از نمره کل ۳۶ بیانگر آن است که نمونه های پژوهش قبل از آموزش، نگرشی مناسب درباره یائسگی نداشتند، به طوری که ۶۳ درصد از نمونه ها یائسگی را آغاز فرسودگی می دانستند، ۵۹ درصد، از یائسگی خود رضایت نداشتند، ۵۸ درصد نیز تمایل نداشتند کسی از یائسگی آنها آگاه شود. و تنها ۳۴ درصد اعتقاد داشتند که عوارض و مشکلات یائسگی، قابل پیشگیری است. بررسی فراتحلیل آریز و همکاران در سی مطالعه انجام شده در سراسر دنیا، بیانگر آن است که زنان دارای نگرش منفی تر به یائسگی، علائم و عوارض بیشتری را در این دوران گزارش می کنند (۲۳)؛ مطالعه اوبرمیر هم نشان داد که بیشتر زنان غربی، از یائسگی را تجربه ای منفی و ناخوشایند می دانند (۲۴)؛ در مقابل، در مطالعه پان در تایوان، بیشتر زنان، یائسگی را گذر طبیعی برای رسیدن به مرحله میانسالی زندگی دانسته اند (۲۵)؛ همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که بعد از مداخله آموزشی، نگرش گروه آزمون بهبود، و تغییر بی معنی دار یافت. به نظر فیش بین، اطلاعات کسب شده درباره ی یک موضوع می تواند در تغییر نگرش افراد، نقشی بسیار مهم ایفا کند؛ اسپیروف هم معتقد است که آگاهی از دلایل فیزیولوژیک تغییرات قاعدگی، سبب ایجاد نگرش مثبت به یائسگی می شود (۲۶). نتایج مطالعه پورازغندی در

با خانوادههایی که فرزندی در خانه نداشتند طی بیش از ۲ فرزند داشتند، عملکرد بهداشتی بهتری داشتند که این مسئله را شاید به مسائل روحی و روانی و بی انگیزگی خانواده-هایی که فرزندان آنها خانواده را ترک کرده اند و نیز مشغله زیاد خانواده های پرجمعیت و عدم توجه والدین به مسائل سلامتی خودشان نسبت داد؛ این یافته با مطالعه فلاح زاده در یزد همخوانی دارد (۱۲)؛ اما با مطالعه ازکان در ترکیه که تعداد فرزندان با کیفیت زندگی و عملکرد بهداشتی این دوره، رابطه ای معنی دار نداشت، همخوانی ندارد (۱۷).

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی در گروه آزمون باعث ارتقای آگاهی زنان مورد پژوهش شده، میان سطح آگاهی و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، همبستگی ای مثبت و معنی دار وجود دارد؛ یعنی با افزایش سطح آگاهی، میزان عملکرد بهداشتی زنان یائسه افزایش می یابد؛ این یافته همسو با مطالعه گلیمان تهرانی بود که بعد از آموزش میزان آگاهی زنان یائسه افزایش یافت (۱۸)؛ فروهری و همکاران نیز با افزایش آگاهی، به بهبود عملکرد زنان یائسه کمک کردند (۱۹). هاتر و ادیه، افزایش سطح آگاهی سالمندان را در رابطه با روش های مناسب تغذیه و آشنایی ایشان با نیازهای جسمی- روانی این دوران در ایجاد سازگاری سالمندان با شرایط موجود، مؤثر ارزیابی کردند (۲۰)؛ اوتین و اسکیف نهن بر اهمیت نقش آموزش برای بالا بردن آگاهی های بهداشتی زنان یائسه تأکید کردند (۲۱). دراصل، پیشگیری از دوران یائسگی اجتناب ناپذیر است و این دوره، یکی از مراحل زندگی است، اما می توان با مجهز شدن به دانش بهداشتی و استفاده از آن، از عوارض و مشکلات آن کاست و آن را به دوره ای مطلوب و لذت بخش تبدیل کرد (۳). تحقیقات نشان داده-



### نتیجه گیری

بر اساس یافته های پژوهش، با به کارگیری آموزش بر اساس الگوی توانمندسازی می توان رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در زنان یائسه ایجاد کرده، افزایش داد و به بهبود کیفیت زندگی در آنها کمک کرد؛ لذا ضمن تأکید بر لزوم آموزش از طریق الگوی توانمندسازی برای مقابله با عوارض این دوران، مقایسه و بررسی تأثیر آموزش با استفاده از سایر نظریه ها و مدل های آموزش سلامت بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت در دوران یائسگی توصیه می شود.

### تشکر و قدردانی

از همه عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند به ویژه واحدهای پژوهش، تشکر و قدردانی می شود.

زنان یائسه مشهود نیز نشان داد که بعد از آموزش نگرش زنان نسبت به یائسگی بهبودی معنی دار یافت (۱۳).  
نتایج تحقیق حاضر نشان داد که خودکارآمدی و عزت نفس با رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، همبستگی مثبت و معنی دار داشته، خودکارآمدی در میان اجزای الگو، بیشترین همبستگی را با رفتار دارد؛ همچنین بعد از مداخله آموزشی خودکارآمدی و عزت نفس گروه آزمون، افزایشی معنی دار یافت. داشتن عزت نفس و خودکارآمدی بالا، باعث افزایش توانایی، قابلیت، لیاقت و کفایت می شود و فرد احساس می کند که زندگی مفید و مؤثری دارد (۲۷)؛ این مسئله در زنان یائسه، اهمیت بیشتری دارد، زیرا تحقیقات نشان می دهند احساس با ارزش بودن و خودکارآمدی می تواند باعث افزایش کارایی و استقلال زنان یائسه شده، آنها را در کنترل عوارض یائسگی و درمان های مختلف آن کمک کند (۲۸) و در بررسی هایی که رابطه خودکارآمدی درک شده با رفتارهای بهداشتی را مورد مطالعه قرار داده اند نشان داده شده است که خودکارآمدی، اثری قوی بر رفتارهای بهداشتی دارد و در برخی از بررسی ها، خودکارآمدی بیش از ۵۰ درصد واریانس رفتارهای بهداشتی را تبیین می کند (۲۹)، در مطالعه حیدری بعد از اجرای برنامه توانمندسازی، عزت نفس و خودکارآمدی نوجوانان دیابتی افزایش یافت (۱۵)، نتایج تحقیق الواسکی نیز نشان داد که عزت نفس و خودکارآمدی، در بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه مؤثر است (۳۰)؛ مکاولی هم در مطالعه خود، نقش خود کارآمدی را در ایجاد رفتارهای سالم و ارتقای سلامت سالمندان تأیید کرده است (۳۱).

منابع

- Sajadi H, Beiklarian A. quality of life elderly women in Kahrizak Nursing Home. Iranian journal of ageing (Salmand) 2006; 5(2):105-109.
- Lee TW, Ko Is, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. International Journal of Nursing Studies 2005; 49(2):129-137.
- Ghahramani L, Nazari M, Mousavi M. Improvement of Quality of Life in Elderly men in Kahrizak Nursing Home Based on Educational Intervention. Knowledge & Health 2008; 4(2):18-23.
- Abedi P, Lee MH, Kandiah M, Yassin Z, Shojaeezade D, Hosseini M, Malihi R. Diet intervention to improve cardiovascular risk factors among Iranian postmenopausal women. Nutr Res Pract. 2010; 4(6):522-7.
- Ko SS, Jordan VC. Treatment of osteoporosis and reduction in risk of invasive breast cancer in postmenopausal women with raloxifene. Expert Opin Pharmacother 2011; 12(4):657-74.
- Messier V, Karelis AD, Prud'homme D, Primeau V, Brochu M, Rabasa-Lhoret R. Identifying metabolically healthy but obese individuals in sedentary postmenopausal women. Obesity (Silver Spring). 2010; 18(5):911-7.
- Lwow F, Dunajska K, Milewicz A, Jedrzejuk D, Kik K, Szmigiero L. Effect of moderate-intensity exercise on oxidative stress indices in metabolically healthy obese and metabolically unhealthy obese phenotypes in postmenopausal women: a pilot study Menopause. 2011 Jan 31. [Epub ahead of print]
- Farahmand M, Ramezani F, Azizi F. Menopause age and affecting factors in Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS). Journal of Gazvin university of Medical science 20011; 15(1):48-55.
- Olaz A. Model of intervention HN menopause: Proposal of a holistic or integral model. Menopause 1999; 6 (3): 264-270.
- Foroud A, S Mehdipour S. The effects of electroacupuncture in postmenopausal women with hot flashes. Journal of Birjand university of Medical science 2010; 17(3):155-165.
- Ayers B, Forshaw M, Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. Maturitas. 2010; 65(1):28-36.
- Fallahzadeh H. Quality of life after the menopause in Iran: a population study. Qual Life Res. 2010; 19(6):813-9.
- Hasanpour B, Abbasi Z. Effect of education on middle-aged women's knowledge and attitude towards menopause in Mashhad. Journal of Birjand university of medical sciences 2006; 13(2):48-56.
- Masoudi R, Solimani MA, Hasheminia AM, Qorbani M, Dehkordi AH, Bahrami N. The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people . Journal of Gazvin University of medical sciences 2010; 14(1):49-57.
- Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. Iranian Journal of Pediatrics. 2007; 17(1):88-96.
- Alhani F. Plannaning and evaluation of family centered empowerment model in iron deficiency anemia. PhD thesis for nursing, Tarbiat Modares University 2002.
- Ozkan S, Alataş ES, Zencir M. Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. Qual Life Res. 2005 Oct; 14(8):1795-801.
- Geliantehrani Sh, Ghobadzadeh M, Arastoo M. Promoting Health Status of Menopausal Women by Educating Self Care Strategies. (Hayat) Journal of Faculty of Nursing and Midwifery. 2007; 13(3): 67-75.
- Forouhari S, Safari Rad M, Moattari M, Mohit M, Ghaem H. The effect of education on quality of life in menopausal women referring to Shiraz Motahhari clinic. Journal of Birjand university of Medical science 2009; 16(1):39-45.
- Hunter M, Odea I. An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: Five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. Maturitas 2002; 7:315-327.
- Utain WH, Schiff I. NAMS-GALLUP survey on women's knowledge, information sources and attitude to menopause and hormone-replacement therapy. Menopause 2001; 4(1):650-665.
- Rotern M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A psycho-educational program for improving womens attitudes and coping with menopause symptoms. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005; 34(2):233-40.
- Ayers B, Forshaw M, Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. Maturitas. 2010; 65(1):28-36.
- Obermeyer CM. Menopause across cultures: a review of the evidence. Menopause. 2000; 7(3): 184-92.
- Pan HA, Wu MH, Hsu CC, Yao BL. The perception of menopause among women In Taiwan. Maturitas.2002; 41:269-74.
- Jamshidimanesh M, Peiravi H, Jouibari L, Sanagoo A. Women's experience of menopause: Quality study. Journal of Sabzewar university of Medical science 2009; 16(1):39-45.
- Glanz K, Barbara K. Rimer K. Health behavior and health education, Theory, Research and practice. 2st ed, Jossey-Bass A Wiley Imprint www.josseybass.com. 2008;25-36.
- Hamidzadeh S, Ahmadi F, Aslani Y, Etemadifar Sh, Salehi K, Kordyazdi R. Effect of group-based exercise program on the quality of life in older men and women. Journal of Yazd university of Medical science 2008; 16(1):81-86.
- karimy M, Heidarnia A R, Ghofranipour GH. The effect of health education based on health belief model on preventive behaviors of AIDS in addict in zarandieh. Journal of Gilan university of Medical S science 2009; 18(70):64-73.
- Elavsky S, McAuley E, Motl RW, et al. Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem, and affective influences. Ann Behav Med 2005; 30(2):138-145.
- McAuley E, Konopack JF, Motl RW, Morris KS, Doerksen SE, Rosengren KR. Physical activity and quality of life in older adults: influence of health status and self-efficacy. Ann Behav Med 2006; 31(1):99-103.

**Daneshvar**

**Medicine**

*Scientific-Research  
Journal of Shahed  
University  
Seventeenth Year,  
No.94  
August, September  
2011*

Received: 6/5/2011

Last revised: 2/8/2011

Accepted: 13/8/2011

## **Evaluation of the effect of educational intervention based on empowerment model of health promotion behaviors on menopausal women**

**Mahmood Karimy<sup>1</sup>**

1. PhD Student of Health Education and Promotion - Dept. Nursing , Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

**Email:** karimymahmood@yahoo.com

### **Abstract**

**Background and Objective:** Menopausal symptoms and problems can affect women's health and well-being. It is important to develop interventions to alleviate symptoms, Health promotion behaviors may prove useful in alleviating symptoms. The purpose of this study was to determine the effect of education based on empowerment model on health promotion behaviors in the menopausal women in Zarandieh.

**Materials and Methods:** In this random quasi-experimental control study, samples were 90 menopausal women that were covered by Health Center of Zarandieh and were randomly allocated to case and control groups (45 in each). Data gathering instrument was a questionnaire based on empowerment model on Health promotion behaviors. According to the data obtained of pre-test, the educational intervention was designed and performed for test group. Three months after the intervention, the post test was performed using just primary questionnaire and data were then analyzed with  $\chi^2$  and t-tests.

**Results:** Findings showed that after intervention, mean scores of empowerment model constructs (knowledge, attitude, self-efficacy, self-esteem) and health promotion behaviors showed significant difference in case group related to control group ( $p < 0.05$ ). Also a statistically significant positive correlation was found between health promotion behaviors and all empowerment model constructs.

**Conclusion:** Planning and implementation of health education intervention based on empowerment model have positive effect on health promotion behaviors. Thus, it is recommended to use this model in design of health education programs.

**Key words:** Education, Empowerment model, Health promotion behaviors, Menopausal