Original Article

The effect of a supportive health promotion program on the lifestyle of premenopause teachers

Heidari F, Mohammad Khan Kermanshahi S*, Vanaki Z

Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, I. R. Iran.

Received December 22, 2011; Accepted November 11, 2012

Abstract:

Background: Lifestyle modifications are required to promote the quality of physical and mental health performance in the middle-aged women. Therefore, this study aimed to determine the effect of performing a supportive health promotion program on lifestyle of the premenopause teachers.

Materials and Methods: In this quasi-experimental study, two case (50) and control (41) groups were selected by the convenience sampling. The supportive program for health promotion was performed at the three stages: assessment, supportive planning and evaluation. Data were collected using the demographic data and health promotion lifestyle profile II (HPLP II) questionnaires before and 45 days after the intervention in both groups.

Results: Findings showed that no significant difference was seen between the two groups in the mean numbers of the health-promoting behaviors before the intervention (P= 0.467), while a significant difference was seen after the intervention (P=0.001). Moreover, a significant difference was seen between the mean numbers of the health-promoting behaviors in the case group before and after the intervention (P=0.001).

Conclusion: According to the results of the study, implementing a supportive health promotion program has a positive effect on lifestyle of the teachers. Therefore, such programs should be applied as an effective method to promote lifestyle in the middle-aged women.

Keywords: Supportive program, Health promotion, Lifestyle, Teachers, Premenopausal period

* **Corresponding Author.**
Email: kerman_s@modares.ac.ir
Tel: 0098 912 500 5629
Fax: 0098 21 828 83856

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences March, 2013; Vol. 17, No 1, Pages 14-24

Please cite this article as: Heidari F, Mohammad Khan Kermanshahi S, Vanaki Z. The effect of a supportive health promotion program on the lifestyle of premenopause teachers. ***Feyz*** 2013; 17(1): 14-24.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-28]

بررسی تأثیر برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر سبک زندگی دبیران در مرحله قبل از یائسگی

فاطمه حیدری [۱]، سیما محمد خان کرمانشاهی [*۲]، زهره ونکی [۳]

خلاصه:

سابقه و هدف: میانسالی باید با تعدیل سبک زندگی، ارتقاء کیفیت عملکرد جسمی و روانی زنان همراه باشد. این مطالعه با هدف تعیین میزان تأثیر اجرای برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر سبک زندگی قبل از یائسگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی است، که با دو گروه آزمون (۵۰ نفر) و شاهد (٤١ نفر) که به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی انتخاب شدند، انجام شد. برنامه حمایتی ارتقاء سلامت در سه مرحله بررسی و شناخت، برنامه ریزی حمایتی و ارزشیابی اجرا شد. داده‌ها به‌وسیله پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت دو (HPLPII) قبل و ٤٥ روز پس از مداخله درگروه آزمون و شاهد جمع‌آوری گردید.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که قبل از مداخله بین میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت اختلاف آماری معنی‌داری در دو گروه مشاهده نشد (P=۰/٤٦٧)، در حالی که بعد از مداخله بین میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، در دو گروه بر اساس نتایج آزمون تی مستقل (P=۰/۰۰۱) و درگروه آزمون قبل و بعد از مداخله بر اساس نتایج آزمون تی زوجی اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد (P=۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که اجرای برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر سبک زندگی دبیران موثر می‌باشد. لذا، پیشنهاد می‌گردد به‌عنوان یک روش موثر در ارتقاء سبک زندگی زنان میانسال به‌کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: برنامه حمایتی، ارتقاء سلامت، سبک زندگی، دبیران، دوره قبل از یائسگی

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره هفدهم، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۲، صفحات ٢٤-١٤

مقدمه

یائسگی فرایند زیستی، اجتماعی، روانی و فرهنگی و یک تجربه عمومی بیولوژیک و در برگیرنده تظاهرات فیزیولوژیکی است که در نتیجه تغییرات هورمونی ایجاد شده و می‌تواند بحران‌های روانی اجتماعی و مشکلات بهداشتی جدی را در پی داشته باشد [۲،۱]. آمار سال۹۰ مرکز آمار ایران نشان می‌دهد که میانگین سنی ۳۷ میلیون نفر از جمعیت زنان کشور ۳۰ سال است [۳]. مرحله قبل از یائسگی در سن ۳۹-۳۵ سالگی آغاز شده و می‌تواند ۱۵-۵ سال به‌طول بینجامد. بروز علائم وازوموتور، خونریزی شدید و تشدید سندروم قبل از قاعدگی، نوسانات خلقی، پوکی استخوان، سرطان پستان از شکایات مرحله قبل از یائسگی و حوالی یائسگی و بعد از آن است [٦-٤].

بدین ترتیب کسب اطلاعات صحیح و مطمئن، از نیازمندی‌های اولیه و ضروری زنان در مرحله قبل از یائسگی است. زنان باید بدانند چه چیزی در انتظارشان است و آیا تجارب آنها طبیعی است یا خیر؟ تعدیل سبک زندگی، سنگ‌بنای برنامه‌های مدیریت بهداشت زنان میانسال است و می‌تواند زمینه‌ای را برای ارتقاء کیفیت عملکرد جسمی و روانی در طول سال‌های بعدی زندگی فراهم نماید [۸،۷]. Sanchez و همکارانش دریافتند که قریب به ۸۰ درصد زنان ۵۵-۱۸ ساله دارای رفتارهای پرخطر مرتبط با سبک زندگی‌اند که قابل پیشگیری است [۹]. هم‌چنین، پیش‌بینی شده است که در سال ۲۰۲۰ بیماری‌های غیرواگیر مرتبط با سبک زندگی علت ۷ مورد از ۱۰ مورد مرگ در کشورهای در حال توسعه خواهد بود [۱۰]. این در حالی است که بر اساس نتایج مطالعه Tamakoshi و همکاران در صورت مدیریت سبک زندگی ۱۸/۵ درصد موارد مرگ در بین زنان قابل پیشگیری است [۱۱]. لذا باید زنان را برای مواجهه با این پدیده اجتناب‌ناپذیر قبل از ورود به آن آشنا کرد و تغییرات لازم را در سبک زندگی آن‌ها ایجاد کرد. مطالعات مختلفی در راستای ارتقاء سلامت زنان میانسال صورت گرفته که بعضا به‌صورت توصیفی انجام شده و یا در حد دادن اطلاعات و آموزش به زنان یائسه بوده است. از جمله: مطالعه Stadler و همکاران بر ترکیبی از ارائه اطلاعات و به‌کارگیری استراتژی‌های شناختی-رفتاری (آموزش تکنیک‌های

[۱] دانش آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری بهداشت جامعه، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

[۲] استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

[۳] دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

***نشانی نویسنده مسئول:**

تهران، تقاطع بزرگراه آل احمد و چمران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی

تلفن: ۰۹۱۲ ۵۰۰۵۶۲۹ **دورنویس:** ۰۲۱ ۸۲۸۸۳۸۵۶

پست الکترونیک: kerman_s@modares.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۰/۱ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۱/۸/۲۱

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-28]

مقابله با مسائل روانی و اجرای عملی آنها تاکید کرده است [۱۲]، Elavsky و McAuley در برنامه خود زنان میانسال را به انجام فعالیت‌های پیاده‌روی و یوگا تشویق نموده است [۱۳]، Keyserling و همکاران نیز علاوه بر افزایش فعالیت جسمی، به تعدیل تغذیه زنان در میانسالی پرداخته است [۱٤]، گلیان تهرانی و همکاران نیز در مطالعه خود به آموزش اصول مراقبت از خود با استناد به جزوه آماده شده و ارائه پمفلت اقدام کرده است [۱۵]. در مطالعات انجام شده که بعضا تک گروهه به‌صورت قبل و بعد و یا توصیفی بوده، اولا زنان در مرحله یائسگی بودند، ثانیا محور مداخلات بر آموزش زنان استوار بوده است. در صورتی که لازم است زنان، نه تنها در آستانه ورود به یائسگی با این دوره از زندگی آشنا شوند، بلکه در قالب یک برنامه حمایتی که شامل آموزش، مشاوره، ایجاد یک محیط حمایتی برای بیان احساسات هنگام به اشتراک گزاردن تجارب، پیگیری و ارجاع توسط تیم بهداشتی و خانواده است، در دو گروه شاهد و آزمون انجام شود. اکثر مطالعات انجام شده در ارتباط با مراقبت‌های لازم و کاهش عوارض و مشکلات مربوط به دوره پس ازیائسگی است و در مورد اقدامات پیشگیرانه مرتبط با سبک زندگی سالم در دوره قبل از یائسگی به‌منظور ورود سالم به مرحله یائسگی و پس از آن مطالعات محدودی صورت گرفته است و مطالعات موجود نیز تنها جنبه‌ای از سبک زندگی را مورد تأکید قرار داده‌اند. هدف برنامه حمایتی ارتقاء سلامت این است که بتواند علاوه بر ایجاد شناخت و افزایش بینش و عملکرد مناسب زنان، با استفاده از رویکرد تیمی و درگیر نمودن سایر اعضاء تیم بهداشتی و خانواده، علاوه بر آموزش، با مشاوره، ارجاع و پیگیری به‌عنوان پایه‌ای برای حمایت و برعهده برآیی افراد در میانسالی و سپری برای آشفتگی‌های ایجاد شده توسط مراحل انتقالی محسوب شده و سبب ارتقاء سلامتی گردد [۱٦]. ارتقاء سلامت فرآیند پویای توانمندسازی فرد در جهت کنترل سلامتی بر مبنای مداخلات پیشگیرانه سطح اول بوده و بر تغییرات مثبت سبک زندگی در ابعاد تغذیه، فعالیت جسمی، مدیریت استرس، رشد روحی، مسئولیت‌پذیری سلامتی، و ارتباطات بین فردی تأکید دارد [۱۸،۱۷]. به‌همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر سبک زندگی دبیران در مرحله قبل از یائسگی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به‌روش نیمه تجربی انجام گرفت. به‌منظور دسترسی آسان به نمونه‌ها، جامعه آماری این مطالعه را کلیه دبیران ۵۰-۳۸ ساله که در سال ۱۳۸۸ در مناطق آموزش و پرورش شهر زنجان به خدمت مشغول بودند، تشکیل دادند. جهت تعیین حجم نمونه با استفاده از مطالعه مشابه [۱٦] میانگین نمره رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی که متغیر وابسته تحقیق است، حجم نمونه به‌دست آمده است، با توجه به فرمول

$$n=\frac{\left(Z_{1-\alpha/2}+Z_{1-\beta}\right)^2\left(s_1{}^2+s_2{}^2\right)}{\left(\mu_1-\mu_2\right)^2}$$

$$=\frac{(1.96+1.64)^2\left(20.9^2+21.9^2\right)}{(151-124)^2}=16.29\cong 17$$

۱۷ نمونه به‌دست آمد. به‌منظور استفاده از آزمون‌های آماری پارامتریک دو برابر ظرفیت در هر گروه در نظر گرفته شد و در نهایت جهت حفظ حجم نمونه مناسب با احتساب ۲۰ درصد ریزش احتمالی، ۵۰ نفر برای هر گروه برآورد گردید. روش نمونه-گیری بدین‌صورت بود که از دو ناحیه ۱ و ۲ آموزش و پرورش شهر زنجان، به‌طور تصادفی ناحیه ۱ به‌عنوان گروه شاهد و ناحیه دو به‌عنوان گروه آزمون انتخاب شدند. سپس کلیه دبیران ۵۰-۳۸ ساله شاغل در دو ناحیه جهت جلسه توجیهی شرکت در تحقیق فراخوانده شدند. سپس از بین آنها نمونه‌گیری به‌روش آسان (در دسترس) بر اساس ویژگی‌های نمونه‌های پژوهش انجام شد. در طول مداخله ۹ نفر از گروه شاهد به‌علت عدم همکاری نسبت به تکمیل ابزارهای پژوهش از مطالعه حذف شدند. خصوصیات نمونه‌های پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن سن بین ۵۰-۳۸ سال، عدم قطع کامل قاعدگی حداقل در ٦ ماه گذشته، عدم ناتوانی جسمی (قادر به حرکت، شرکت در برنامه‌های آموزشی و انجام توصیه‌های مربوط به فعالیت جسمی باشند)، نداشتن سابقه حوادث حاد منجربه بروز مشکل روحی و جسمی (تصادف، فوت فامیل و...) طی یک ماه گذشته، تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش. جهت جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای اطلاعات دموگرافیک و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت استفاده گردید. روایی پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک به‌روش روایی محتوی توسط اساتید مورد سنجش قرار گرفت. پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بر اساس الگوی ارتقای سلامت پندر جهت اندازه‌گیری اینکه افراد تا چه حد رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت را انجام می‌دهند، ارائه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس ۵۲ آیتمی است که در مقابل هر آیتم ٤ پاسخ وجود دارد (شامل هرگز، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) و فراوانی به‌کارگیری سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در ٦ بعد تغذیه، فعالیت جسمی، رشد روحی، مسئولیت پذیری سلامتی، روابط بین فردی و

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-28]

مدیریت استرس را اندازه‌گیری می‌کند، که به‌ترتیب به هر یک از آیتم‌ها نمره [٤-١] تعلق می‌گیرد. محدودهٔ نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامتی بین ٥٢ تا ٢٠٨ است و برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است. این پرسشنامه استاندارد بوده و چندین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفته است. محمدی زیدی و همکارانش طی مطالعه‌ای تحت عنوان روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت ضریب آلفای کرونباخ را برای کل ابزار ٠/٨٢ و برای زیر مقیاس‌ها از ٠/٩١ تا ٠/٦٤ گزارش کردند [١٩]. در مطالعه مروتی و همکارانش برای تعیین امتیاز پایایی این پرسشنامه شاخص آلفا کرونباخ برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌ها محاسبه گردیده است. نتایج نشان‌دهنده روایی و اعتبار بالای آن است، بدین ترتیب که ضریب آلفا کرونباخ کل پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی ٠/٨٧ و اعتبار درونی زیر مقیاس‌ها نیز (٠/٧٤-٠/٦) درحد قابل قبول بودند [٢٠]. در این پژوهش، برای تعیین اعتبار درونی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد و میزان آلفا کرونباخ برای کل مقیاس ٠/٨٦ و زیر مقیاس‌ها بین ٠/٨٦-٠/٦٣ بوده است. در مرحله قبل از مداخله، پس از معرفی به محیط پژوهش، به‌منظور حفظ مسایل اخلاقی، رضایت‌نامه کتبی بر اساس اخلاق پژوهش از نمونه‌های پژوهش اخذ گردید و به آنها اطمینان داده شد که در هر مرحله از تحقیق در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، مجاز به انصراف می‌باشند. در ابتدا جهت همسان‌سازی متغیرهای سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، محل زندگی، تحصیلات همسر، شغل همسر و نوع مسکن از آزمون آماری مجذور کای استفاده شد که بین دو گروه شاهد و آزمون اختلاف معنی‌داری را نشان نداد. پس از تکمیل اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت HPLP2 به‌صورت پیش آزمون توسط گروه آزمون و شاهد، پرسشنامه محقق ساخته آگاهی و نگرش در زمینه یائسگی، چک لیست یادآمد ٢٤ ساعته تغذیه و چک لیست فعالیت جسمی نیز (جهت نیاز سنجی) در اختیار اعضاء گروه آزمون قرار گرفت و از آنها خواسته شد مواد غذایی مصرفی خود را در سه روز تعطیل، نیمه تعطیل و رسمی در چک لیست یادآمد ٢٤ ساعته تغذیه‌ای و نوع و میزان فعالیت جسمی خود و در صورت عدم انجام فعالیت جسمی علت آن را در طول دو هفته در چک لیست فعالیت جسمی ثبت نمایند. برنامه ارائه شده دارای سه بخش بررسی و شناخت، حمایت و ارزشیابی بود که در مرحله اول، به‌منظور نیازسنجی و بررسی سطح دانش، بینش، نگرش، باورها و ادراکات دبیران در زمینه فرآیند یائسگی، بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در حیطه‌های فعالیت جسمی، تغذیه، مدیریت استرس، رشد روحی، مسئولیت‌پذیری سلامتی و ارتباطات بین فردی با تأکید بر سه حیطه فعالیت جسمی، تغذیه، مدیریت استرس، بررسی و شناخت نیازهای آموزشی و حمایتی و شناخت سیستم‌های حمایتی آنها صورت گرفت. در این مرحله به‌منظور برقراری ارتباط موثر و جلب اعتماد دبیران و ایجاد محیط حمایتی مناسب، و از سوی دیگر به‌منظور بررسی و شناخت نیازهای آموزشی و حمایتی و نیازهای ارتقاء سلامت زنان در گروه آزمون، دو جلسه در قالب بحث و تبادل نظر تشکیل گردید. در این جلسات در زمینه موضوعات پیرامون یائسگی، تصور، دیدگاه و نگرشی که از پدیده یائسگی و تغییرات جسمی، روحی و روانی آن دارند، هم‌چنین، تجارب آنها در برخورد با زنان یائسه در گذشته و علائم جسمی و تغییرات روحی و روانی آنها و مسائلی که تصور می‌کنند قبل از شروع یائسگی لازم است نسبت به آنها آگاهی کسب نمایند، عکس العمل‌های روحی و روانی و روش‌های سازگاری آنها نسبت به مشکلات و بحران‌هایی که قبلا داشته‌اند، روش‌های کنترل استرس، اضطراب، و ترس و چگونگی پذیرش یا تغییر در نقش‌های اجتماعی فردی و خانوادگی زنان، منابع حمایتی مورد استفاده آنها در صورت بروز مشکل و تجربیات آنها در این زمینه و نوع سبک زندگی فعلی آنها بحث و تبادل نظر گردید. در چک لیست یادآمد ٢٤ ساعته فرد ابتدا با نحوه تکمیل چک لیست آشنا می‌شد و بعد مقدار و نوع هر وعده غذایی و میان وعده خود را در طول روز با توجه به مقیاس-های اندازه‌گیری استاندارد (لیوان، پیمانه، گرم، سی‌سی، عدد، و قطعه) در طی ٣ روز یادداشت می‌کرد و جهت ارزیابی مواد غذایی مجاز و غیرمجاز، ارزش غذایی پیشگیری‌کننده به پژوهش‌گر تحویل می‌داد. در مورد فعالیت فیزیکی نیز بررسی میزان فعالیت یا علت عدم فعالیت فرد در طول روز و هفته قبل از مداخله صورت می‌پذیرفت. در نهایت محقق بر اساس آنالیز داده‌های حاصل از جلسات و آنالیز پرسشنامه‌های تکمیل شده، برنامه حمایتی ارتقاء سلامت را طراحی و موضوعات مورد بحث توسط هریک از اعضای تیم حمایتی را تعیین و جمع‌بندی نمود و بدین ترتیب وارد مرحله دوم شد. پرستار در این مرحله، با برنامه‌ریزی حمایتی و اجرای برنامه ارتقاء سلامت در قالب تیم حمایتی، به آموزش، مشاوره، پیگیری و ارجاع دبیران و اصلاح سبک زندگی آنان در ابعاد مختلف جسمی و روحی روانی پرداخت. بدین ترتیب که در این مرحله پرستار مبادرت به طراحی تیم چندتخصصی حمایتی به-منظور حمایت اجتماعی (با ساخت تیم حمایتی از چندین متخصص از جمله پرستار، کارشناس تغذیه، مشاور روانشناس، متخصص زنان، کارشناس تربیت در راستای ارتقاء سلامت زنان)

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-28]

نمود. جلسات ارتقاء سلامت توسط پرستار در قالب دو جلسه با هدف آشنا نمودن دبیران با فرآیند یائسگی و چگونگی مواجهه و سازگاری با آن، آشنا نمودن دبیران با لزوم تعدیل سبک زندگی به‌منظور مدیریت پدیده یائسگی، آشنا نمودن دبیران با تیم ارتقاء سلامت، تأکید بر اهمیت مسئولیت پذیری فرد بر سلامتی خود و چگونگی سازماندهی فعالیت‌های خود در راستای ارتقاء سلامت برگزار شد. بر اساس نیازسنجی به‌عمل آمده از زنان، پرستار هماهنگی، برنامه‌ریزی و اداره جلسات را باشرکت درکلیه جلسات برعهده گرفت. بدین ترتیب به‌طور مشخص ۲ جلسه توسط پرستار راجع به ارتباط سبک زندگی با فرآیند یائسگی و مسئولیت پذیری حفظ و ارتقای سلامت تشکیل شد. یک جلسه توسط متخصص زنان با هدف آشنایی با تغییرات فیزیولوژیک زنان در دوره میانسالی، ماهیت یائسگی، علائم و ویژگی‌های همراه و نحوه مدیریت یائسگی برگزار شد. به‌منظور آشناسازی با اهمیت به‌کارگیری برنامه‌های توصیه شده تغذیه‌ای و تعدیل و اصلاح عادات تغذیه‌ای، و موادغذایی مناسب پیشگیری‌کننده یک جلسه با حضور متخصص تغذیه گذاشته شد. برای آشنایی با اهمیت رشد روحی و روانی، روابط بین فردی، آرام‌سازی و روش‌های ایجاد آرامش و لزوم به‌کارگیری مکانیسم‌های سازگاری، مدیریت استرس، استراتژی‌های حل مسئله و اجرای برنامه آرام‌سازی به‌صورت عملی توسط اعضاء گروه آزمون و مشاور روانشناس ۲ جلسه برگزار گردید. و به آنان گوشزد شد در صورت تمایل می‌توانند از مشاوره حضوری با روانشناس بهره‌مند گردند. یک جلسه نیز با هدف تبیین اهمیت ورزش و آموزش نحوه اجرای تمرینات ورزشی، ارائه برنامه مناسب ورزشی و اجرای عملی تمرینات ورزشی توسط مربی ورزش و اعضاء گروه آزمون در قالب برنامه طراحی شده ورزشی (پیاده روی منظم در یک مقطع زمانی خاص در شبانه روز و یا برنامه نرمش و آمادگی جسمانی و ورزش‌های کششی) و تشویق نمونه‌ها به اجرای برنامه ورزشی برگزار شد. جلسات در این مرحله به‌صورت کارگاهی، در قالب سخنرانی و پرسش و پاسخ برگزار گردید. دبیران در دو گروه ۲۵ نفری در دو روز زوج و فرد بنا به درخواست خودشان در جلسات بین ۶۰-۹۰ دقیقه هفته‌ای دو بار به‌مدت ٤ هفته در سالنی که آموزش و پرورش در اختیار پژوهش‌گر قرار داده بود و به مدرسه آنان نزدیک بود، شرکت می‌کردند. جلسات اغلب به‌صورت گروهی تشکیل می‌شد. در پایان هرجلسه در صورت نیاز جلسه به‌صورت فردی نیز ادامه می‌یافت. در پایان جلسات کتابچه آموزشی تحت عنوان "چگونه قبل از ورود به یائسگی به حفظ سلامتی خود کمک کنیم" نیز، پس از تأیید اعضاء تیم در اختیار نمونه‌های گروه آزمون قرار گرفت. سپس، از آنان خواسته شد که برنامه ارتقاء سلامت را به مورد اجرا بگذارند. شماره تماس پرستار نیز در اختیار شان قرار گرفت، تا در صورت نیاز تماس حاصل نمایند. در طول مداخله که به‌مدت ۲ ماه به طول انجامید، محقق به‌منظور ارزشیابی (مرحله سوم برنامه)، اجرای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی شامل فعالیت جسمی، تغذیه و مدیریت استرس را به‌طور مداوم در هر جلسه و دیداری که در طول مدت اجرای مداخله با گروه آزمون داشت. هم‌چنین، از طریق بررسی چک لیست بسامد تغذیه‌ای و فعالیت جسمی، پیگیری تلفنی و حضوری مورد بررسی و ارزشیابی قرار داد و در صورت مشاهده عدم رعایت برنامه در چک لیست‌های تکمیل شده و یا گزارش عدم رعایت برنامه تغذیه‌ای مناسب و فعالیت جسمی تأکید مجدد بر نقش تغذیه مناسب و فعالیت جسمی منظم در پیشگیری از عوارض یائسگی نظیر پوکی استخوان، افزایش بروز بیماری‌های قلبی عروقی، و سرطان پستان صورت گرفت، هم‌چنین، به سوالات موجود پاسخ داده شد و سوالاتی که نیاز به مشاوره با اعضاء تیم داشتند، نیز با اعضاء تیم حمایتی در میان گذاشته و پاسخ داده شد. پس از پایان جلسات حمایتی نیز به‌منظور یادآوری و کنترل انجام فعالیت‌ها، پیگیری‌های لازم (به‌مدت ۱/۵ ماه) تداوم یافت. بنابراین در برنامه حمایتی اجراشده با هماهنگی و رهبری پرستار، آموزش، مشاوره، پیگیری، اقدامات توسط تیم ارائه شد، ولی موردی برای ارجاع وجود نداشت. با دبیران درمیان گذاشته شد که جلسه‌ای با همسران آنها در مورد آشنایی با یایسگی و عوامل تاثیرگذار بر آن به‌منظور جلب حمایت عاطفی خانوادگی و اجتماعی آنان گذاشته شود که تعدادی نپذیرفتند. یک و نیم ماه پس از مداخله، به‌منظور ارزشیابی نهایی و گردآوری داده‌ها، پرسشنامه مربوط به رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، توسط اعضاء گروه شاهد و آزمون تکمیل شد و سپس نتایج در دو گروه آزمون و شاهد به‌صورت قبل و بعد با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ١٦ و آزمون‌های آماری t مستقل و t زوجی و مجذور کای مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه آزمون و شاهد از نظر سن (P=۰/۹۰۸)، وضعیت تأهل (P=۰/۵۹) و سطح تحصیلات (P=۰/۹٦۵) همسان بودند. از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی و میزان تحصیلات همسر در اکثر واحدهای پژوهش در دو گروه در سطح کارشناسی، شغل همسر اداری، محل سکونت شهری و دارای مسکن شخصی بودند. بنابراین، بر اساس آزمون

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-28]

آماری مجذور کای از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی نیز بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش برحسب "متغیرهای دموگرافیک" در دو گروه آزمون و شاهد

متغیر		گروه: آزمون تعداد (درصد)	گروه: شاهد تعداد (درصد)	آزمون آماری
سن	۳۸-۴۱	(۴۴)۱۸	(۴۶)۲۳	x^2 P=۰/۹۰۸
	۴۲-۴۵	(۳۷)۱۵	(۳۸)۱۹	
	۴۶-۵۰	(۱۹)۸	(۱۶)۸	
		(۱۰۰)۴۱	(۱۰۰)۵۰	
تأهل	مجرد	(۵)۲	(۶)۲	Fishers P=۰/۵۹
	متأهل	(۹۵)۳۹	(۹۴)۴۸	
		(۱۰۰)۴۱	(۱۰۰)۵۰	
میزان تحصیلات	فوق دیپلم	(۲۴)۱۰	(۲۴)۱۲	x^2 P=۰/۹۶۵
	لیسانس و فوق لیسانس	(۷۶)۳۱	(۷۶)۳۸	
		(۱۰۰)۴۱	(۱۰۰)۵۰	
میزان تحصیلات همسر	زیر دیپلم	(۱۳)۵	(۲۹)۱۴	x^2 P=۰/۰۶
	بالای دیپلم	(۸۷)۳۴	(۷۱)۳۴	
		(۱۰۰)۳۹	(۱۰۰)۴۸	
شغل همسر	کارمند	(۶۴)۲۵	(۶۰)۲۹	x^2 P=۰/۲۸۳
	آزاد	(۱۳)۵	(۲۵)۱۲	
	بازنشسته	(۲۳)۹	(۱۵)۷	
		(۱۰۰)۳۹	(۱۰۰)۴۸	
نوع مسکن	شخصی	(۹۲/۷)۳۸	(۸۴)۴۲	x^2 P=۰/۲
	اجاری	(۷/۳)۳	(۱۶)۸	
		(۱۰۰)۵۰	(۱۰۰)۴۱	

نتایج مقایسه میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، در دو گروه آزمون و شاهد با استفاده از آزمون t مستقل نشان می‌دهد که اختلاف آماری میانگین نمرات رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت کلی $P=۰/۴۶۷$، روابط بین فردی $P=۰/۶۲۳$، تغذیه $P=۰/۶۳۲$، مسئولیت‌پذیری سلامت $P=۰/۴۶۷$، فعالیت فیزیکی $P=۰/۵۲۱$، مدیریت استرس $P=۰/۹۵۳$، رشد روحی $P=۰/۱۲۹$ می‌باشد و حاکی از آن است که قبل از مداخله بین میانگین نمرات، اختلاف معنی‌داری به لحاظ آماری، بین دو گروه وجود ندارد ($P>۰/۰۵$). در حالی که بین میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بعد از مداخله درد و گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد ($P<۰/۰۵$)؛ بدین ترتیب که اختلاف آماری میانگین نمرات رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (کلی) $P=۰/۰۰۱$، روابط بین فردی $P=۰/۰۴$، تغذیه $P=۰/۰۰۸$، مسئولیت‌پذیری سلامت $P=۰/۰۰۲$، فعالیت فیزیکی $P=۰/۰۰۱$، مدیریت استرس $P=۰/۰۴۶$، و رشد روحی $P=۰/۰۴$ می‌باشد (جداول شماره ۲ و ۳). هم‌چنین، مقایسه میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در دو گروه آزمون و شاهد در مرحله قبل و بعد از مداخله بر اساس آزمون آماری t زوجی نیز نشان می‌دهد که در گروه آزمون بین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، اختلاف آماری معنی‌دار وجود دارد ($P<۰/۰۵$)؛ بدین ترتیب که اختلاف آماری میانگین نمرات رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (کلی) $P=۰/۰۰۱$، روابط بین فردی $P=۰/۰۳۶$، تغذیه $P=۰/۰۰۲$، مسئولیت‌پذیری سلامت $P=۰/۰۰۱$، فعالیت فیزیکی $P=۰/۰۰۱$، مدیریت استرس $P=۰/۰۱۱$، رشد روحی $P=۰/۰۰۱$ می‌باشد، درحالی که در گروه شاهد اختلاف آماری بین میانگین نمرات رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (کلی) $P=۰/۰۹۸$، روابط بین فردی $P=۰/۶۹۵$، تغذیه $P=۰/۳۷۸$، مسئولیت‌پذیری سلامت $P=۰/۱۵۵$،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-28]

فعالیت فیزیکی P=۰/٦۳٤، مدیریت استرس P=۰/٤۱۸، رشد روحی P=۰/٦۱۱ وجود ندارد (جداول شماره ۵ و ٤).

جدول شماره ۲– مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت دبیران زن قبل از مداخله، در دو گروه آزمون و شاهد

متغیر	گروه‌های مطالعه		نتیجه آزمون t
	شاهد	آزمون	
	$\overline{X}\pm SD$	$\overline{X}\pm SD$	
رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (کلی)	۱۳٤±۲۲/۳۷	۱۳۱±۲۲/۲	P=۰/٤٦۷
روابط بین فردی	۲٤±٤/۹۱	۲۵±٤/٦۳	P=۰/٦۲۳
تغذیه	۲۵±٤/۲	۲٤±٤/۰۱	P=۰/٦۳۲
مسئولیت پذیری سلامت	۲۱±۵/۰٤	۲۱±۵/۱	P=۰/٤٦۷
فعالیت فیزیکی	۱۵±٤/۷۵	۱٤±٤/۷۳	P=۰/۵۲۱
مدیریت استرس	۲۰±٤/٤۸	۲۰±٤/۱۵	P=۰/۹۵۳
رشد روحی	۲۷±٤/۸۸	۲۵±۵/۷٦	P=۰/۱۲۹

جدول شماره ۳– مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت دبیران زن بعد از مداخله درد و گروه آزمون و شاهد

متغیر	گروه		نتیجه آزمون t
	شاهد	آزمون	
	$\overline{X}\pm SD$	$\overline{X}\pm SD$	
رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت	۱۳۰±۲۱/۰۱	۱٤٦±۱۹/۷۲	P=۰/۰۰۱
روابط بین فردی	۲٤±٤/٤٤	۲٦±٤/۵۳	P=۰/۰٤۰
تغذیه	۲٤±۳/۷٦	۲٦±۳/۲۸	P=۰/۰۰۸
مسئولیت‌پذیری سلامت	۲۰±۵/۰٤	۲۳±٤/۳٦	P=۰/۰۰۲
فعالیت فیزیکی	۱٤±۵/۰۷	۱۸±٤/۵٤	P=۰/۰۰۰
مدیریت استرس	۱۹±٤/۰۸	۲۱±٤/۳۰	P=۰/۰٤٦
رشد روحی	۲۷±۵/۱۹	۲۹±٤/٤۹	P=۰/۰٤

جدول شماره ٤– مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات رفتارهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت دبیران زن قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون

متغیر	گروه		نتیجه آزمون t
	شاهد	آزمون	
	$\overline{X}\pm SD$	$\overline{X}\pm SD$	
رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت	۱۳۱±۲۲/۲۰	۱٤٦±۱۹/۷۲	P=۰/۰۰۱
روابط بین فردی	۲۵±٤/٦۳	۲٦±٤/۵۳	P=۰/۰۳٦
تغذیه	۲٤±٤/۰۱	۲٦±۳/۲۸	P=۰/۰۰۲
مسئولیت‌پذیری سلامت	۲۱±۵/۱۰	۲۳±٤/۳٦	P=۰/۰۰۱
فعالیت فیزیکی	۱٤±٤/۷۳	۱۸±٤/۵٤	P=۰/۰۰۱
مدیریت استرس	۲۰±٤/۱۵	۲۱±٤/۳۰	P= ۰/۰۱۱
رشد روحی	۲۵±۵/۷٦	۲۹±٤/٤۹	P=۰/۰۰۱

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-28]

جدول شماره ۵– مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات رفتارهای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت دبیران زن قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد

متغیر	گروه شاهد		نتیجه آزمون t زوجی
	قبل	بعد	
	$\overline{X} \pm SD$	$\overline{X} \pm SD$	
رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت (سبک زندگی کلی)	۱۳٤±۲۲/۳۷	۱۳۰±۲۱/۰۱	P=۰/۰۹۸
روابط بین فردی	۲٤±٤/۹۱	۲٤±٤/٤٤	P=۰/٦۹۵
تغذیه	۲۵±٤/۲	۲٤±۳/۷٦	P=۰/۳۷۸
مسئولیت‌پذیری سلامت	۲۱±۵/۰٤	۲۰±٤/۵۳	P=۰/۱۵۵
فعالیت فیزیکی	۱۵±٤/۷۵	۱٤±۵/۰۷	P=۰/٦۳٤
مدیریت استرس	۲۰±٤/٤۸	۱۹±٤/۰۸	P=۰/٤۱۸
رشد روحی	۲۷±٤/۸۸	۲۷±۵/۱۹	P=۰/٦۱۱

بحث

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در گروه آزمون بعد از انجام مداخله در مقایسه با گروه شاهد ارتقاء یافته است. در مطالعه Robinson-Whelen و همکاران نیز که با هدف توانمندسازی زنان دارای ناتوانی جسمی انجام شد، زنان میانسال در برنامه ارتقاء سلامت با تمرکز بر از عهده برآیی روانی، اجتماعی و ارتقاء سلامت جسمی شرکت کردند. در گروه مداخله ارتقاء فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامت جسمی مشاهده گردید، اما شواهد کمی مبنی بر ارتقاء سلامت روانی مشاهده شد. هم‌چنین، پس از مداخله نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در پنج حیطه افزایش یافت و برنامه ارتقاء سلامت سبب ارتقاء اقدامات مربوط به خودکارآمدی و افزایش رفتارهای سالم و سلامت جسمی گردید [۲۱]. در مطالعه حاضر نیز پس از مداخله، در گروه آزمون افزایش نمرات رفتارها در ابعاد فعالیت جسمی، مدیریت استرس، تغذیه، رشد روحی، مسئولیت پذیری سلامتی و ارتباطات بین فردی مشاهده شد. در مطالعه نصرآبادی و همکاران نیز تفاوت آماری معنی‌داری از نظر میانگین نمره سبک زندگی در دو گروه آزمون و شاهد پس از آموزش گزارش گردید. هم‌چنین، در این مطالعه پس از مداخله نمرات فعالیت جسمی و رشد روحی به نسبت بیشتری از سایر زیر مقیاس‌ها افزایش داشت [۲۲]. نتیجه مطالعه عابدی نیز موید افزایش فعالیت جسمی در زنان یائسه با فعالیت جسمی کم در نتیجه مداخله تغییر سبک زندگی با استفاده از مدل باور بهداشتی می‌باشد [۲۳]. نتایج مطالعات انجام شده نیز حاکی از تأثیرات مثبت فعالیت جسمی بر علائم یائسگی، سلامت جسمی و روانی و کیفیت زندگی است. در بررسی ارتباط بین شدت علائم یائسگی و افسردگی با ورزش مشخص گردید که در زنانی که بیش از سه بار در هفته ورزش می‌کردند، نسبت به زنانی که ورزش نمی‌کردند، شدت علائم یائسگی و افسردگی به میزان قابل ملاحظه‌ای کمتر و نمره کیفیت زندگی به میزان قابل ملاحظه‌ای بالاتر است [۲۵،۲٤]. نتایج یک مطالعه دیگر نیز نشان داد که مداخله ٤ ماهه شامل پیاده روی و یوگا می‌تواند گزارش علائم یائسگی نظیر علائم روانی و اضطراب، علائم وازوموتور و شکایات جنسی را کاهش دهد [۱۳]. بیان شده است که ورزش هوازی می‌تواند سبب ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی در زنان تجربه‌کننده علائم یائسگی شود، حال آن که مشارکت ورزشی کم در زنان میانسال ممکن است ریسک بیماری‌هایی چون پوکی استخوان، حملات و بیماری‌های قلبی را در آنها افزایش دهد. شواهدی نیز وجود دارد که اشکال جایگزین ورزش نظیر یوگا می‌تواند در کاهش علائم وازوموتور سودمند بوده و سبب ارتقاء از عهده برآیی روانی در زنان یائسه شود [۵]. Hillemeier و همکارانش نیز در مطالعه‌ای با هدف بررسی عوامل خطر و ارتقاء رفتارهای بهداشتی در زنان با تشکیل جلسات گروهی، نظیر مطالعه حاضر به ارتقاء سطح خودکارآمدی در تغذیه سالم، ارتقاء فعالیت جسمی و اشتغال به آرام‌سازی و روش‌های مدیریت استرس دست یافتند [۲٦]. Toft و همکاران نیز در ارزشیابی سبک زندگی، به‌منظور ایجاد تغییرات بلند مدت در عادات تغذیه‌ای به این نتیجه رسیدند که مشاوره چهره به چهره سبب ارتقاء عادات تغذیه‌ای به‌صورت افزایش مصرف سبزیجات و کاهش دریافت چربی‌های اشباع شده می‌گردد و تأثیرات قابل ملاحظه‌ای نیز در دریافت میوه و ماهی دارد [۲۷]. در مطالعات مشابه نیز اجرای مداخله سبک زندگی تعدیل کننده تغذیه (تشکیل جلسات فردی و گروهی)، در جمعیت زنان کاهش قابل ملاحظه‌ای در دریافت کلی چربی و چربی اشباع شده و افزایش مصرف میوه و سبزی پس از ۵ سال پیگیری را در پی‌داشت [۲۹،۲۸]. Burke و همکارانش نیز در مداخله ارتقاء سلامت در قالب برنامه ٤ ماهه تعدیل سبک زندگی تغییرات قابل ملاحظه‌ای در کلسترول خون، میزان فعالیت جسمی، مصرف چربی اشباع شده، ماهی، سبزیجات و شیرینی جات مشاهده کردند [۳۰]. در مطالعه حاضر نیز حمایت

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-28]

در قالب برنامه ارتقاء سلامت و مشارکت تیم ارتقاء سلامت سبب تعدیل سبک زندگی دبیران گردید. Hawley و همکارانش در استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی پیشرفته برای ارتقاء رفتارهای بهداشتی و از عهده برآیی روانی، پس از مداخله کاهش دیسترس روانی و علائم جسمی را مشاهده کردند و نتیجه گرفتند که گنجاندن برنامه آموزش آرام‌سازی در برنامه‌های سبک زندگی سالم، حفظ سلامت جسمی و روانی را تضمین می‌کند [۳۱]. در مطالعه حاضر نیز اجرای عملی تکنیک‌های ورزشی و آرام‌سازی در راستای حمایت از زنان و پیگیری و حمایت محقق در راستای تداوم اجرای برنامه، سبب ارتقاء فعالیت جسمی و مدیریت استرس نسبت به گروه شاهد گردید. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه Stadler و همکارانش نیز، فعالیت جسمی در گروه مداخله ترکیبی (گروه دریافت‌کننده اطلاعات و استراتژی‌های شناختی-رفتاری برای مخاطب ساختن موانع فعالیت جسمی و اقدامات پیشگیرانه در راستای تغییر رفتار مشتمل بر اجرای عملی تکنیک-های ورزشی و تکنیک‌های مقابله با مسائل روانی)، دو برابر گروه دریافت‌کننده اطلاعات بود [۱۲]. در این پژوهش، پژوهش‌گر سعی کرد که با مشارکت اعضاء تیم حمایتی و تأکید بر نقش پرستار در ارتقاء سلامت و حمایت از زنان سبب تعدیل سبک زندگی زنان و آمادگی آنها برای مواجهه با فرایند یائسگی شود. بر اهمیت حمایت پرستاری برای ارتقاء سلامت زنان تاکید شده و بیان گردیده است که ارتقاء سلامت نقطه تمرکز اساسی کار و تحقیق پرستاری است و پرستاران باید نقش رهبری فعال داشته باشند و با استفاده از رویکرد حمایت از سلامتی در راستای ارتقاء سلامت سبب ارتقاء وضعیت بهداشتی افراد و خانواده‌های نیازمند شوند [۳۲]. نشان داده شده است که زنان به اطلاعات، حمایت و تشویق پیوسته برای توان‌مندی در یافتن راه حل مناسب نیازمندند. آنان باید تمایلات قوی کسب نموده و سپس بر اساس آن عمل نمایند. حمایت از زنان می‌تواند سبب احساس عزت نفس مثبت، رشد خودکارآمدی، و حفظ و افزایش اعتماد به نفس در سنین بالاتر شود [۱۲]. گزارش گردیده است که میزان حمایت از زنان تأثیر بسیاری بر تصمیم‌گیری برای استفاده از درمان‌های جایگزین و مکمل دارد [۳۳]. بنابراین، با توجه به این‌که در اهداف علم پزشکی، حفظ و ارتقاء سلامت در مفهوم پیشگیری گنجانده شده و امروزه زنان نیز به طور فزاینده‌ای راه‌هایی را برای ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری جستجو می‌کنند، خصوصا که اغلب تمایلی نیز به دریافت داروهای هورمونی نداشته و در پی درمان‌های طبیعی و جایگزین هستند [۹] و همان‌گونه که Youngkin و Lester اظهار می‌دارند، ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری و تغییرات سبک زندگی در تمرکز بر سلامت زنان امری ضروری است، از این‌رو پرستاران نقش حیاتی در حمایت از زنان بر عهده دارند [۳٤]. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که برنامه حمایتی ارتقاء سلامت در قالب تیم ارتقاء دهنده سلامت، می‌تواند در بهبود سبک زندگی زنان در ارتباط با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مفید باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش که حاکی از ارتقاء سلامت و سبک زندگی دبیران در ابعاد مختلف در نتیجه بهره‌گیری از برنامه حمایتی است، نقش مثبت و سازنده پرستاران در حمایت از زنان میانسال و تغییر رفتار و ارتقاء سبک زندگی، از طریق اجرای برنامه‌های پیشگیری سطح اول در رویارویی با بحران‌های تکاملی و موقعیتی امکان‌پذیر است. این برنامه می‌تواند در آموزش و مدیریت خدمات پرستاری و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی پیشگیری سطح اول و مشارکت زنان در اعتلای سطح سلامت جامعه استفاده شود. هم‌چنین، پرستاران بهداشت جامعه نیز به‌عنوان حامیان سلامت جامعه در جهت پیشبرد برنامه‌های پیشگیرانه و ارتقاء سلامت جامعه، با به‌کارگیری این برنامه، می‌توانند برنامه‌های جامعی را در جهت تسهیل رفتارهای بهداشتی تهیه و اجرا کنند و با آموزش گروه‌های در معرض خطر جامعه، از بروز بیماری جلوگیری کرده یا وقوع آن را به تأخیر بیندازند.

تشکر و قدردانی

در پایان از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس، مشاورین امور بانوان اداره آموزش و پرورش شهر زنجان و دبیران محترم شاغل در این سازمان که ما را در پیشبرد اهداف این تحقیق یاری نمودند، تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

References:

[1] Kase NG. Impact of hormone therapy for women aged 35 to 65 years, from contraception to hormone replacement. ***Gend Med*** 2009; 6 Suppl 1: 37-59.

[2] Hunter M, Rendall M. Bio–psycho-socio–cultural perspectives on menopause. ***Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*** 2007; 21(2): 261-74.

[3] Available at: http://iran.unfpa.org/Documents/Census2011/census-90-results(3).pdf.

[4] Association of women for the Advancement of Research and Education. Project Aware. perimenopause (premenopause). 2008. Available at: http://www.project.aware.org/.Accessed 2009.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-28]

[5] Daley AJ, Stokes-Lampard HJ, Macarthur C. Exercise to reduce vasomotor and other menopausal symptos: A review. ***Maturitas*** 2009; 63(3): 176-80.
[6] Ferrer J, Neyro JL, Estevez A. Identification of risk factors for prevention and early diagnosis of a symptomatic post menopausal women. ***Maturitas*** 2005; 52 Suppl 1: S7-22.
[7] van Dam RM, Li T, Spiegelman D, Franco OH, Hu FB. Combined impact of lifestyle factors on mortality: Prospective cohort study in us women. ***BMJ*** 2008; 337: a1440.
[8] Chiuve SE, Rexrode KM, Spiegelman D, Logroscino G, Manson JE, Rimm EB. Primary prevention of stroke by health lifestyle. ***Circulation*** 2008; 118(9): 947-54.
[9] Sanchez A, Norman GJ, Sallis JF, Calfas KJ, Rock C, Patrick K. Patterns and correlates of multiple risk behaviors in overweight women. ***Prev Med*** 2008; 46(3): 169-202.
[10] Habib SH, Saha S. Burden of non–communicable disease: Global overview. ***Diab Met Syndr Clin Res Rev*** 2010; 4(1): 41-7.
[11] Tamakoshi A, Tamakoshi k, Lin Y, Yagyu K, Kikuchi S. Healtyh lifestyle and preventable death:Findings from the Japan collaborative cohort study. ***Prev Med*** 2009; 48(5): 486-92.
[12] Stadler G, Oettingen G, Gollwitzer PM. Physical activity in women effects of a self – regulation intervention. ***Am J Prev Med*** 2009; 36(1): 29-34.
[13] Elavsky S, McAuley E. Personality, menopausal symptoms, and physical activity outcomes in middle-aged women. ***Pers Individ Dif*** 2009; 46(2): 123-8.
[14] Keyserling TC, Samuel Hodge CD, Jillcott SB, Johnston LF, Garcia BA, Gizlice Z, et al. Randomized trial of a clinic-based, community–supported, lifestyle intervention to improve physical activity and diet: The north Carolina enhanced wisewomen project. ***Prev Med*** 2008; 46(6): 499-510.
[15] Golyan Tehrani Sh, Ghobadzadeh M, Arastou M. Promoting Health Status of Menopausal Women by Educating Self Care Strategies. ***Hayat*** 2007; 13(3): 67-75. [in Persian]
[16] Mohammad khan Kermanshahi S. Perceptions and experiences mentally retarded children mothers of health, Design and evaluation nursing model of health promotion. [Dissertation].Tehran Tarbiat Modares University 2007.
[17] Alpar SE, Senturan L, Karabacak U, Sabumcu 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(6): 382-8.
[18] Leuven KV, Prion S. Health promotion in care directed by nurse practitioners. ***J Nurse Pract*** 2007: 456-61.
[19] 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(1): 102-13
[20] Morovati Sharif abad MA. Optimization model of health promotion and its evaluation with the application of adult learning theory. Health promoting behavior change in elderly in Yazd city. [Dissertation]. Tehran. Tehran Tarbiat Modares University. 2005.
[21] Robinson-Whelen S, Hughes RB, Taylor HB, Colvard M, Mastel-Smith B, Nosek MA. Improving the health and health behaviors of women aging with physical disabilities: A peer-led health promotion program. ***Women's Health Issues*** 2006; 16(6): 334–45.
[22] Nasrabadi T, Goodarzi Zadeh N, Shahrjerdi A, Hamta AJ. The Effect of Education on Life Style among Patients Suffering from Ischemic Heart Disease. ***Mazandaran Univ Med Sci*** 2010; 20(79): 72-9. [in Persian].
[23] Abedi P, Lee MH, Kandiah M, Yassin Z, Shojaeezade D, Hosseini M, Malihi R. Lifestyle Change Using the Health Belief Model to Improve Cardiovascular Risk Factors among Postmenopausal Iranian Women. ***J Health System Res*** 2011; 7(1): 127-37. [in Persian]
[24] Lee Y, Kim H. Relationships between menopausal symptoms,depression,and exercise in middle-aged women : A cross-sectional survey. ***Int J Nurs Stud*** 2008; 45(12): 1816-22.
[25] Daley A, MacArthur C, Strokes+Lampard H, McManus R, Wilson S, Mutrie N. Exercise participation,body mass index,and health related quality of life in women f menopausal age. ***Br J Gen Pract*** 2007; 57(535): 130-5.
[26] Hillemeier MM, Downs DS, Feinberg M E, Weisman CS, Chuang CH, Parrott R, et al. Improving womens preconceptional health findings from a Randomized Trial of the Strong Healthy Women Intervention in the Central Pennsylvania Women's Health Study. ***Women's Health Issues*** 2008; 18: S87–96.
[27] Toft U, Kristoffersen L, Ladelund S, Ovesen L, Lau C, Borch-Johnsen K, et al. The impact of a population-based multi-factorial lifestyle intervention on changes in long-term dietary habits. ***Prev Med*** 2008; 47(4): 378-83.
[28] Howard BV, Van Horn L, Hsia J, Manson JE, Stefanick M, Wassertheil-Smoller S, et al. Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. ***JAMA*** 2006; 295(6): 655–66.
[29] Patterson RE, Prentice RL, Beresford SA, Caan B, Chlebowski RT, Granek I. Dietary adherence in the Women's Health Initiative Dietary Modification Trial. ***J Am Diet Assoc*** 2004; 104(4); 654–8.
[30] Burke V, Mansiour J, Beilin LJ, Mori TA. Long-term follow-up of participants in a health

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-28]

promotion program for treated hypertensives (ADAPT). ***Nut Metab*** 2008; 18(3): 198-209.
[31] Hawley G, Horwath C, Gray A, Bradshawa A, Katzer L, Joyce J, O'Brien S. Sustainability of health and lifestyle improvements following a non-dieting randomised trial in overweight women. ***Prev Med*** 2008; 47(6): 593–9.
[32] Rice MC, Wicks MN. The importance of nursing advocacy for the health promotion of female welfare recipients. ***Nurs Outlook*** 2007; 55(5): 220-3.
[33] Gollschewski S, Kitto S, Anderson D, Lyons-Wall P. Womens perceptions and beliefs about the use of complementary and alternative medicines during menopause. Complement ***Ther Med*** 2008; 16(3): 163-8.
[34] Youngkin EQ, Lester PB. Promoting self-care and secondary prevention in women's health: A study to test the accuracy of a home self-test system for bacterial vaginosis. ***Appl Nurs Res*** 2010; 23(1): 2-10.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-28]