

بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال

فاطمه فهیمی حصاری^۱، حمیدرضا زنده طلب^{۲*}، مسعود زارع^۳، حمیدرضا بهنام وشانی^۳

• پذیرش مقاله: ۹۹/۳/۲۹

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۹/۳/۲۷

• دریافت مقاله: ۹۹/۲/۲۴



چکیده

مقدمه: ایجاد و توسعه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال تأثیر بالقوه‌ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان دارد. از این رو طراحی مداخلات آموزشی مناسب در این گروه ضروری است. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال انجام گردید.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مداخله‌ای در سال ۱۳۹۸ بر روی ۶۴ نفر از زنان میانسال مراجعه کننده به دو مرکز جامع خدمات سلامت در مشهد انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و پرسشنامه محقق ساخته مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بود که قبل و بعد از آموزش در دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. از آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوجی و من ویتنی یو استفاده گردید.

یافته‌ها: قبل از مداخله دو گروه کنترل و مداخله از نظر میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت همسان بودند اما یک ماه پس از مداخله میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد آن در گروه مداخله به طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود.

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی می‌تواند رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را بهبود بخشد لذا ضرورت دارد در مراکز بهداشتی به مراقبین سلامت آموزش‌های لازم در مورد استفاده از الگوهای تغییر رفتار داده شود.

واژگان کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، زنان میانسال، آموزش

ارجاع: فهیمی حصاری فاطمه، زنده طلب حمیدرضا، زارع مسعود، بهنام وشانی حمیدرضا. بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۹؛ ۶(۱): ۸۳-۹۸

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، گروه سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. مربی، گروه سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. مربی، گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* نویسنده مسئول: حمیدرضا زنده طلب

آدرس: خراسان رضوی، مشهد، خیابان دانشگاه، چهارراه دکتر، خیابان ابن سینا، دانشکده پرستاری و مامایی

Email: zendetalabhr@mums.ac.ir

تلفن: ۰۵۱۳۸۵۹۱۵۱۱

مقدمه

زنان، عضو کلیدی اجتماع و تشکیل دهنده نیمی از جمعیت جهان هستند (۱). پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۳۰ تعداد زنان میانسال در سنین حوالی یائسگی از مجموع ۶۷ میلیون نفر به ۱۲۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان برسد که بیشترین افزایش آن در کشورهای در حال توسعه خواهد بود (۲). بنابراین حفظ سلامت و بهداشت آن‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است و مرگ‌ومیر، ناتوانی و رفتارهای آن‌ها، همه ابعاد سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). میانسالی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی زنان است. گذر از این دوره، در واقع گذر از جوانی به سالمندی و مرحله رشدی است که بزرگ‌ترین بخش از حیات بزرگسالی محسوب می‌شود، این دوره سنین ۴۰-۶۵ سالگی را شامل می‌شود (۳). در برخی دیگر از منابع ۴۵ تا ۶۴ سال به عنوان میانسالی در نظر گرفته شده است (۵، ۴). داده‌های آماری نشان می‌دهند جمعیت کشور رو به میانسالی و سالمندی می‌رود و بر طبق آمارها جمعیت ۴۵ تا ۶۴ سال از ۶۳۰۰/۰۰۰ نفر (۱۰ درصد از کل جمعیت) در سال ۱۳۷۵، به ۱۴/۶۵۰/۰۰۰ نفر (۱۸/۵ درصد از کل جمعیت) در سال ۱۳۹۵ رسیده است (۶، ۴). همچنین نگاهی به هرم سنی جمعیت در ایران نشان می‌دهد که در دهه‌های آینده، میانسالی بیشترین فراوانی را در میان گروه‌های سنی خواهد داشت (۷). میانسالان گروه کثیر و مولد جامعه هستند که تاکنون به دلیل تمرکز بر گروه‌های پرخطر دیگر مانند کودکان، از بسیاری خدمات محروم مانده‌اند و نیاز به حمایت جدی برای ارتقاء همه جانبه کیفیت زندگی دارند (۲). با افزایش سن و با ورود به دوره میانسالی افراد در معرض خطرات بیشتری برای ابتلاء به بیماری قرار دارند (۸). یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین کننده در سلامت و

بیماری افراد سبک زندگی آن‌ها است به‌طوری‌که بیماری‌های غیرواگیر (Non-communicable Diseases) ارتباط نزدیکی با سبک زندگی افراد دارند (۹). شواهدی مبنی بر رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامت مانند استعمال سیگار، مصرف الکل، عدم تحرک بدنی، رژیم نامناسب و عدم مدیریت استرس در دوران میانسالی، اهمیت آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را دو چندان می‌کند (۱۰). همچنین مطالعات انجام شده درباره میانسالان، حاکی از میزان پایین مشارکت این گروه سنی در فعالیت بدنی و رعایت رژیم غذایی مناسب است (۴) که می‌تواند منجر به چاقی گردد. چاقی به عنوان یک عامل خطر برای بسیاری از بیماری‌ها مانند فشارخون بالا، دیابت نوع ۲، سندرم متابولیک و بیماری‌های قلبی-عروقی (CHD: Coronary Heart Disease) در نظر گرفته شده است به گونه‌ای که ۴۴ درصد دیابت نوع دو، ۲۳ درصد از بیماری‌های ایسکمیک قلبی و ۴۱-۴ درصد سرطان‌ها به اضافه وزن و چاقی مربوط می‌شوند (۱۲)، ۱۱). طبق آمارها، ۵۳ درصد علل مرگ‌ومیر با شیوه زندگی افراد مرتبط است. با این وجود می‌توان با تغییر و اصلاح شیوه زندگی با این عوامل خطر مقابله کرد که به نوبه خود میزان عوارض و مرگ‌ومیر بیماری‌های مزمن را کاهش می‌دهد (۱۱) بنابراین با توجه به اهمیت این برهه از زندگی زنان و نیز اهمیت شناخت تغییرات و نیازهای مربوط به دوره میانسالی، طراحی برنامه‌های مداخلاتی مناسب در این گروه ضروری است. یکی از این برنامه‌ها، ایجاد و توسعه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال است که طبق مطالعات انجام شده می‌تواند سبب بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی شود (۱۴، ۱۳). ارتقاء سلامتی و تأمین سلامت عمومی به عنوان دو رکن پیشرفت در جوامع تلقی می‌شود (۱۵) و عملی کردن رفتارهای ارتقاء

دهنده سلامتی یکی از بهترین راههایی است که با استفاده از آن، افراد می‌توانند سلامت خود را حفظ و کنترل کنند (۱۶، ۱۷). مهم‌ترین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم، فعالیت‌های جسمانی، مدیریت استرس، ارتباطات بین فردی، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامتی می‌باشد (۱۸) و اساسی‌ترین راه پیشگیری از ابتلاء به بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های مزمن رفتارهای خودمراقبتی ارتقاء دهنده سلامت هستند (۱۹). نتیجه مطالعه‌ای نشان داد که مؤثرترین برنامه‌های آموزشی مبتنی بر رویکردهای تئوری محور که از الگوهای تغییر رفتار ریشه گرفته‌اند؛ هستند (۲۰). استفاده از الگوها و تئوری‌های تغییر رفتار، این ویژگی‌های فردی و محیطی را که بر رفتار تأثیر می‌گذارند؛ در نظر می‌گیرد و احتمال افزایش تأثیر برنامه‌های آموزش بهداشت را بالا می‌برد (۲۱). یکی از مدل‌هایی که درباره چگونگی تغییر رفتار و علل آن توضیح می‌دهد، مدل اعتقاد بهداشتی است. تأثیر این مدل در مطالعه باجی و همکاران جهت بررسی ارتقاء رفتارهای تغذیه‌ای دختران دبیرستانی انجام شده است (۲۲). همچنین این الگو جهت ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از پوکی استخوان در زنان و تبعیت از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به دیابت به کار گرفته شده است (۲۳). این مدل بر این نکته اشاره دارد که چگونه ادراکات و اعتقادات فرد درباره رفتار و نیز ارزیابی منافع و موانع رفتار سبب اتخاذ رفتار صحیح می‌شود (۲۱). الگوی اعتقاد بهداشتی می‌تواند در نیازسنجی و تعیین محتوای آموزشی با تأکید بر سازه‌های الگو، به ویژه سازه تهدید درک شده (شدت و حساسیت درک شده) و خودکارآمدی مؤثر باشد زیرا افراد میانسال ممکن است جدی بودن موقعیت‌های بهداشتی را درک

کرده ولی خود را نسبت به آن آسیب‌پذیر احساس نکنند و در نتیجه رفتارهای پیشگیری کننده را انجام ندهند (۲۲). با توجه به این که تاکنون در ایران برنامه مداخله‌ای با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی بر روی تمام حیطه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال انجام نشده است، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مداخله‌ای در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۸ بر روی زنان میانسال مراجعه کننده به دو مرکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۱ شهر مشهد انجام شد. لازم به ذکر است که مراکز بهداشت در شهر مشهد، به پنج بخش (ستادهای پنج‌گانه) تقسیم شده‌اند که از بین آن‌ها یک مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که از بین ۲۲ مرکز بهداشتی و درمانی شهری زیرمجموعه مرکز بهداشت شماره ۱ مشهد، مرکز خدمات جامع سلامت دانش‌آموز به دلیل این که محل کار محقق و در دسترس بود به عنوان گروه مداخله و مرکز وکیل آباد، پس از قرعه‌کشی به صورت تصادفی ساده به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین و انحراف معیار دو جامعه محاسبه و بر اساس یافته‌های پژوهش حیدری و همکاران بیشترین حجم نمونه به دست آمده ۲۵ نفر در هر گروه برآورد شد (۲۴) اما به منظور اطمینان بیشتر و پیش‌بینی ریزش احتمالی، ۱۰ درصد بیش از تعداد مشخص شده، نمونه گرفته شد و ۷۲ نفر وارد مطالعه شدند. ۸ نفر به دلیل غیبت بیشتر از یک جلسه

و یا عدم پاسخگویی به پرسشنامه بعد از اتمام مداخله از مطالعه خارج شدند. حجم نمونه نهایی ۶۴ نفر در دو گروه ۳۲ نفره مداخله و کنترل بود. در برآورد حجم نمونه، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد مدنظر بود. پژوهشگر پس از کسب کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و معرفی خود به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اهداف پژوهش را به ایشان توضیح داده و مجوز انجام پژوهش در دو مرکز کسب شد. سپس در این دو مرکز، پرونده زنان میانسال بررسی و با تعدادی از آنها که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، مشاوره تلفنی و یا حضوری انجام و جهت حضور در مرکز، هماهنگی لازم با آنها صورت پذیرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: دارا بودن سن ۴۰-۵۹ سال، تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه، داشتن پرونده بهداشتی در مرکز بهداشت مورد نظر، داشتن شماره تلفن در دسترس، عدم ابتلاء به بیماری جسمی و یا روحی خاص (مشکلی که روی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت اثر سوء بگذارد)، عدم شرکت در تحقیقی مشابه با پژوهش حاضر، شاغل نبودن در مراکز خدمات جامع سلامت. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه همکاری و شرکت در مطالعه، ابتلاء به یک مشکل حاد جسمی یا روانی در طول مطالعه (مشکلی که روی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت اثر سوء بگذارد)، شرکت در برنامه آموزشی مشابه در جریان مطالعه، غیبت بیش از یک جلسه در جلسات آموزشی. پژوهشگر پس از معرفی خود به واحدهای پژوهش و توضیح اهداف مطالعه برای آنان در صورت موافقت برای شرکت در پژوهش، از آنان رضایت آگاهانه کسب کرد. به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که

اطلاعات جمع‌آوری شده محرمانه خواهد بود و این که در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری می‌توانند در هر زمان که بخواهند از مطالعه خارج شوند. زنان میانسال مورد بررسی، پرسشنامه‌ها را در دو فاز شامل قبل از اجرای مداخله و یک ماه بعد از مداخله تکمیل نمودند. جهت گردآوری داده‌ها از دو پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت والکر (Health-promoting lifestyle profile II) سه قسمتی و پرسشنامه محقق ساخته مبتنی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی استفاده شد. در ابتدای پرسشنامه، ویژگی‌های دموگرافیک زنان مورد بررسی شامل سن، تعداد فرزندان، وضعیت تأهل، شغل، شغل همسر، میزان درآمد خانواده طرح شد. پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت والکر شامل ۵۲ سؤال در ابعاد ششگانه تغذیه (۹ سؤال)، فعالیت جسمی (۸ سؤال)، مدیریت استرس (۸ سؤال)، رشد روحی (۹ سؤال)، مسئولیت‌پذیری سلامتی (۹ سؤال) و ارتباطات بین فردی (۹ سؤال) بود. امتیازدهی به سؤالات بر اساس مقیاس پنج‌تایی لیکرت انجام شد به این صورت که به گزینه هرگز (۱ امتیاز)، گاهی اوقات (۲ امتیاز)، اغلب (۳ امتیاز) و همیشه (۴ امتیاز) تعلق گرفت (۱۴) و برای هر بُعد نمره جداگانه قابل محاسبه بود: نمره مسئولیت‌پذیری سلامت (۳۶-۹)، فعالیت فیزیکی (۳۲-۸)، تغذیه (۳۶-۹)، رشد معنوی (۳۶-۹)، ارتباطات بین فردی (۳۶-۹) و مدیریت استرس (۳۲-۸) بود. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بین ۲۰۸-۵۲ است. چنانچه میانسال کمتر از ۵۰ درصد نمره کل را اخذ نموده ضعیف، بیشتر از ۸۰ درصد نمره کل خوب و بین این دو متوسط ارزیابی گردید. در پژوهش زیدی و همکاران روایی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵). در مطالعه مطلق و همکاران ضریب

آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۴ گزارش شد که نشان از پایایی ابزار داشت (۲۶).

پرسشنامه محقق ساخته مبتنى بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی دارای ۲۸ سؤال در شش بعد حساسیت درک شده (۵ سؤال)، شدت درک شده (۴ سؤال)، منافع درک شده (۵ سؤال)، موانع درک شده (۵ سؤال)، راهنمای عمل (۵ سؤال) و خودکارآمدی (۴ سؤال) بود. امتیازدهی به سؤالات با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (بسیار مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، بسیار موافقم) صورت گرفت به این صورت که امتیاز پنج متعلق به گزینه بسیار موافقم و امتیاز یک به گزینه بسیار مخالفم تعلق گرفت. بنابراین حداقل و حداکثر نمره برای کل پرسشنامه به ترتیب ۲۸ و ۱۴۰ بود. به جز بُعد موانع درک شده، در سایر ابعاد، نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت مطلوب‌تر بود. از این پرسشنامه صرفاً جهت نیازسنجی مبانى آموزشی مورد نظر استفاده گردید. روایی این ابزار به روش روایی محتوی و با نظرخواهی از ۷ نفر از اساتید و متخصصین ارزیابی و تأیید شد. آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی این پرسشنامه، ۰/۹۴ و برای ابعاد مختلف مدل بین (۰/۷۹-۰/۹۴) ذکر شده بود.

در مرحله قبل از مداخله جهت انجام نیازسنجی، پرسشنامه مبتنى بر مدل اعتقاد بهداشتی در اختیار زنان میانسال قرار گرفت و بر اساس نتایج حاصل، مشخص گردید که میانگین نمره در ابعاد حساسیت و شدت درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی کمتر از ۵۰ درصد نمره کل بوده و آنان در این ابعاد با مشکلات بیشتری مواجه بودند لذا در مرحله طراحی مداخله به این ابعاد بیشتر پرداخته شد. مداخله آموزشی در گروه مداخله در قالب دو گروه یازده نفره و یک گروه ده نفره طراحی و در شش جلسه آموزشی

۶۰ دقیقه‌ای با روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و مشاوره فردی توسط پژوهشگر، یک روز در هفته، در محل کلاس آموزشی مرکز بهداشت دانش‌آموز تشکیل شد. در پایان هر جلسه، مطالب به صورت پمفلت و همچنین از طریق واتساپ در اختیار زنان میانسال قرار گرفت. اصول کلی و محتوای آموزشی برنامه مداخله بر مبنای سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و شامل ماهیت بیماری و رژیم غذایی، فعالیت جسمی، احساس مسئولیت در قبال سلامت فردی، توجه به رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت استرس بود. بدین ترتیب که برای اتخاذ رفتارهای کاهنده خطر ابتلاء به بیماری‌های مختلف در دوران میانسالی افراد بایستی به چندین اصل معتقد باشند از جمله این که:

معتقد باشند که در سنین میانسالی در معرض ابتلاء به بیماری‌های متعددی هستند.
معتقد باشند که عوارض ناشی از این بیماری‌ها جدی است.

محرك‌های حمایتی نظیر اطلاع‌رسانی هدف‌دار رسانه‌ای و مراقبین بهداشتی را که باعث جرقه زدن یک واکنش می‌شوند را دریافت کنند.

معتقد باشند که اقدامات کاهنده ریسک نظیر رعایت تغذیه صحیح، فعالیت جسمانی مناسب، مسئولیت‌پذیری بیشتر در زمینه سلامت، مدیریت استرس، ارتقاء روابط بین فردی، رشد معنوی تا حد زیادی خطر ابتلاء به بیماری‌های غیرواگیر را کاهش می‌دهد.

معتقد باشند که مزایای اقدام کاهنده ریسک بیش از هزینه‌های احتمالی و موانع اقدام است و تا حد زیادی خطر ابتلاء را کاهش می‌دهد.

بعد از اتمام دوره آموزش، مدت انتظار یک ماه در

در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ وارد شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان مورد مطالعه ۴۶/۸۹ سال بود و بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین سن، تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($P=0/08$) و دو گروه از نظر متغیر سن و همچنین تعداد فرزندان همگن بودند. همچنین این دو گروه از نظر وضعیت تأهل ($P=0/61$)، سطح تحصیلات ($P=0/91$) و شغل ($P=0/26$) همسان بودند و بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

نظر گرفته شد تا زنان میانسال تحت آموزش موارد آموخته شده را تکرار و تمرین نمایند. پس از یک‌ماه، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط آنان تکمیل شد. گروه کنترل نیز خدمات روتین را طبق برنامه مراقبت ادغام یافته میانسالان از محل مرکز بهداشت خود دریافت می‌کردند. برای مقایسه وضعیت متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون تی مستقل، من ویتنی و مجذور کای استفاده شد. همچنین از آزمون تی مستقل و من ویتنی برای مقایسه نتایج قبل و بعد از مداخله آموزشی در هر دو گروه و از آزمون تی زوجی به منظور مقایسه درون گروهی استفاده گردید. داده‌ها

جدول ۱: بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های دموگرافیک زنان میانسال در دو گروه مداخله و کنترل

P-Value	گروه		ویژگی‌های دموگرافیک
	کنترل	مداخله	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
P=۰/۰۸	۴۵/۴۸ ±۶/۰۵	۴۸/۳۰±۶/۹۴	سن
P=۰/۲۱	۲/۳۰ ±۱/۱۶	۲/۶۹±۱/۳۱	تعداد فرزندان
P=۰/۶۱	۱(۳/۰)	۰(۰)	مجرد
	۲۹(۸۷/۹)	۳۱(۹۶/۹)	متاهل
	۲(۶/۱)	۰(۰/۰)	مطلقه
	۱(۳/۰)	۱(۳/۱)	همسر فوت شده
P=۰/۹۱	۲(۶/۱)	۲(۶/۳)	ابتدایی
	۵(۱۵/۱)	۷(۲۱/۹)	راهنمایی
	۱۳(۴۰/۱)	۱۰(۳۱/۲)	دیپلم
	۱۲(۳۸/۷)	۱۳(۴۰/۶)	عالی
P=۰/۲۶	۱۵(۴۷)	۱۹(۵۹/۴)	خانه‌دار
	۱۲(۳۷/۹)	۹(۲۸/۱)	کارمند
	۱(۳/۰)	۰(۰/۰)	کارگر
	۱(۳/۰)	۰(۰/۰)	آزاد
	۳(۹/۱)	۴(۱۲/۵)	سایر موارد
			شغل

دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت اما بعد از مداخله آموزشی بین گروه‌ها، این تفاوت آماری معنی‌دار شد. علاوه بر این نتیجه، آزمون تی زوجی حاکی از اختلاف معنی‌دار بین میانگین نمرات ابعاد

نتایج پژوهش نشان داد که قبل از مداخله بین میانگین نمرات ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی مشتمل بر حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنمای عمل تفاوت معناداری بین

مدل در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله آموزشی بود در حالی که این آزمون در گروه کنترل هیچ گونه اختلاف معنی داری را نشان نداد (جدول ۲). همچنین آزمون تی زوجی نشان داد در گروه مداخله میانگین نمره عادات غذایی، فعالیت فیزیکی،

مسئولیت پذیری سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی بعد از مداخله به طور معناداری بیشتر از قبل از مداخله بودند. در گروه کنترل میانگین نمره هیچ کدام از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت اختلاف معنادار نداشت.

جدول ۲: مقایسه میانگین ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی در زنان میانسال

متغیر	گروه‌ها	قبل از مداخله انحراف معیار±میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار±میانگین	آزمون تی زوجی
حساسیت درک شده	مداخله	۱۰/۳±۱/۲	۲۱/۸±۲/۵	P < ۰/۰۰۱
	کنترل	۱۰/۱±۱/۴	۱۱/۱±۱/۷	P = ۰/۶۰
	آزمون تی مستقل	t = ۲/۷۸ P = ۰/۴۵۰	t = ۴/۲۵ P < ۰/۰۰۱	
شدت درک شده	مداخله	۹/۶±۱/۵	۱۸/۷±۲/۵	P < ۰/۰۰۱
	کنترل	۹/۲±۱/۴	۹/۸±۱/۶	P = ۰/۱۲۹
	آزمون تی مستقل	t = ۳/۵۱ P = ۰/۲۴۳	t = ۵/۱۷ P < ۰/۰۰۱	
منافع درک شده	مداخله	۱۲/۹±۱/۴	۲۰/۴±۲/۲	P < ۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲/۶±۱/۱	۱۲/۹±۱/۶	P = ۰/۵۱۳
	آزمون تی مستقل	t = ۴/۲۸ P = ۰/۳۲۸	t = ۶/۳۷ P < ۰/۰۰۱	
موانع درک شده	مداخله	۱۰/۳±۱/۹	۲۱/۳±۱/۹	P < ۰/۰۰۱
	کنترل	۱۰/۲±۱/۴	۱۱/۲±۱/۸	P = ۰/۶۶۱
	آزمون تی مستقل	t = ۲/۶۶ P = ۰/۴۲۰	t = ۴/۸۷ P < ۰/۰۰۱	
خودکارآمدی	مداخله	۸/۵±۱/۴	۱۷/۲±۲/۱	P < ۰/۰۰۱
	کنترل	۸/۱±۱/۲	۹/۷±۱/۴	P = ۰/۵۵۱
	آزمون تی مستقل	t = ۴/۱۸ P = ۰/۳۵۷	t = ۶/۹۲ P < ۰/۰۰۱	
راهنمای عمل	مداخله	۱۲/۸±۱/۵	۲۳/۳±۲/۶	P < ۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲/۷±۱/۷	۱۳/۱±۱/۶	P = ۰/۴۷۲
	آزمون تی مستقل	t = ۴/۲۸ P = ۰/۴۲۱	t = ۷/۲۴ P < ۰/۰۰۱	
نمره کل الگوی اعتقاد بهداشتی	مداخله	۷۸/۸±۱۱/۸	۱۱۶/۸±۱۰/۸	P < ۰/۰۰۱
	کنترل	۷۵/۳±۱۰/۸	۷۸/۸±۱۰/۳	P = ۰/۳۷۲
	آزمون تی مستقل	P = ۰/۳۲۱	P < ۰/۰۰۱	

جدول ۳ نشان می دهد که بر اساس آزمون تی مستقل میانگین نمره هیچ کدام از ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معناداری نداشتند اما بعد از انجام مداخله، تمامی ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی داری داشتند به طوری که در

گروه مداخله میانگین امتیاز کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پس از آموزش ($164/7 \pm 12/0$) حاصل شد که نشان دهنده وضعیت مطلوب رفتارهای خودمراقبتی در زنان میانسال بود در صورتی که در گروه کنترل میانگین امتیاز کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت $142/14$ بود که نشان دهنده وضعیت متوسط رفتارهای خودمراقبتی بود. این نتایج حاکی از تفاوت معنی دار بین دو گروه مداخله و کنترل در پس آزمون بود.

جدول ۳: مقایسه میانگین امتیاز ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال

متغیر	گروهها	قبل از مداخله انحراف معیار $\pm$ میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار $\pm$ میانگین	آزمون تی زوجی P
عادات غذایی	مداخله	$27/7 \pm 3/3$	$29/3 \pm 2/7$	$P < 0/001$
	کنترل	$26/6 \pm 4/1$	$26/6 \pm 3/0$	$P = 0/60$
	آزمون تی مستقل	$P = 0/22$	$P < 0/001$	
فعالیت فیزیکی	مداخله	$19/9 \pm 5/3$	$22/9 \pm 4/4$	$P < 0/001$
	کنترل	$16/5 \pm 4/4$	$16/5 \pm 3/7$	$P = 0/229$
	آزمون تی مستقل	$P = 0/33$	$P = 0/003$	
مسئولیت پذیری سلامتی	مداخله	$23/1 \pm 3/9$	$26/2 \pm 3/4$	$P < 0/001$
	کنترل	$21/9 \pm 4/8$	$21/9 \pm 4/2$	$P = 0/213$
	آزمون تی مستقل	$P = 0/26$	$P < 0/001$	
مدیریت استرس	مداخله	$21/3 \pm 4/2$	$26/3 \pm 2/5$	$P < 0/001$
	کنترل	$21/7 \pm 4/1$	$21/8 \pm 4/5$	$P = 0/261$
	آزمون تی مستقل	$P = 0/73$	$P < 0/001$	
روابط بین فردی	مداخله	$27/5 \pm 3/9$	$29/9 \pm 2/4$	$P < 0/001$
	کنترل	$27/7 \pm 3/8$	$27/8 \pm 3/2$	$P = 0/351$
	آزمون تی مستقل	$P = 0/74$	$P < 0/001$	
رشد معنوی	مداخله	$26/8 \pm 4/8$	$29/8 \pm 2/8$	$P < 0/001$
	کنترل	$28/0 \pm 4/9$	$28/0 \pm 4/2$	$P = 0/272$
	آزمون تی مستقل	$P = 0/31$	$P < 0/001$	
نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	مداخله	$145/8 \pm 19/2$	$164/7 \pm 12/0$	$P < 0/001$
	کنترل	$142/7 \pm 19/6$	$142/8 \pm 14/7$	$P = 0/372$
	آزمون تی مستقل	$P = 0/52$	$P < 0/001$	

بحث و نتیجه گیری

سلامت در زنان میانسال در مشهد طراحی و اجرا شد. یافته‌ها نشان داد ۴ هفته پس از مداخله، میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و تمامی ابعاد

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای ارتقاء دهنده

مدل اعتقاد بهداشتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش آماری معنادار داشت. مطالعه Lee و Kim با هدف بررسی اثرات یک برنامه ارتقاء سلامت مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر باورها، کیفیت زندگی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال انجام شد. در این مطالعه گروه مداخله به مدت ۱۲ هفته یک برنامه حاوی ورزش، دفترچه روزانه ثبت موارد مرتبط با سلامتی و یک کتابچه آموزش نکات بهداشتی دریافت کردند. گروه کنترل به جزء برنامه ورزشی، سایر موارد را دریافت نمودند. در گروه مداخله، ارتقاء اعتقادات بهداشتی، رفتارهای سلامت محور و کیفیت زندگی مشاهده گردید (۲۷) که همسو با نتایج مطالعه حاضر بود. علت این همسویی، استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی به عنوان چهارچوب مداخله است. از تفاوت‌های این مطالعه با پژوهش حاضر، عدم استفاده از ابزار استاندارد HPLP-2 و نیز تأکید بر بعد فعالیت فیزیکی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بود. هر چند انجام مداخله بر روی متغیر فعالیت فیزیکی یک هدف واضح و عینی را دنبال می‌کند اما امروزه غالب مطالعات در حوزه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر مداخلاتی تأکید دارند که بر روی هر ۶ بُعد این رفتارها تأثیرگذار باشد (۲۸، ۲۹) زیرا سلامت مقوله‌ای چند بُعدی بوده و حفظ و ارتقاء آن نیز نیاز به مداخلات چند بعدی دارد. علاوه بر این، نتایج مطالعه Lee و Kim نشان‌دهنده آن بود که مدل اعتقاد بهداشتی در گام اول با تأثیر بر سیستم باورها و اعتقادات زنان میانسال، آنان را برای انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت آماده نموده و در گام بعد، زنان با انجام این رفتارها باعث بهبود کیفیت زندگی خود شدند. مدل اعتقاد بهداشتی ریشه رفتار را، افکار و

اعتقادات می‌داند. بر این اساس با دادن آگاهی به افراد می‌توان طرز فکر آنان را در جهت رفتارهای سلامتی اصلاح نمود. در مطالعه حاضر نیز، پس از مداخله، در گروه آزمون افزایش نمرات رفتارها در ابعاد فعالیت جسمی، مدیریت استرس، تغذیه، رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری سلامتی و ارتباطات بین فردی مشاهده شد. این افزایش، حاصل ارتقاء آگاهی و تأثیر بر نظام اعتقادی و فکری زنان میانسال در خصوص لزوم انجام و پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت بود. این نتایج همسو با مطالعه حمزه‌ای و همکاران بود که طی یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده نشان دادند که مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقاء یک رفتار سلامت محور در زنان میانسال بسیار مؤثر می‌باشد. در مطالعه مذکور، سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی یعنی حساسیت و شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، راهنمای عمل و خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله، در گروه آزمون اختلاف معنادار داشتند (۳۰). در پژوهش حاضر نیز کلیه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در مرحله بعد از مداخله نسبت به مرحله قبل، در گروه مداخله تفاوت معنی‌دار داشتند. در راستای اثربخشی مدل اعتقاد بهداشتی در مداخلات حوزه سلامت، باقیانی مقدم و همکاران نیز نشان دادند که مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقاء یک برنامه خودمراقبتی مؤثر است (۳۱). پژوهش زینلی و همکاران که بر روی ۶۱ نفر انجام گرفت؛ نشان داد که مداخله مبتنی بر الگوی باور بهداشتی می‌تواند باعث ارتقاء رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری در میانسالان شود (۲۰). مطالعات فوق نشان از تأثیر مثبت مداخلات طراحی شده بر اساس الگوی باور بهداشتی بر ارتقاء رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و رفتارهای پیشگیرانه از بیماری‌ها دارد. این مدل با

نموده‌اند. این موارد همسو با یافته‌های مطالعه کیفی رضایی و همکاران بود که در آن آگاهی از تهدیدات سلامت یکی از زیرطبقات اصلی رفتارهای سلامتی در زنان میانسال تلقی شده است (۳).

در مطالعه حاضر، افزایش معناداری در میانگین نمرات منافع و موانع درک شده بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله مشاهده شد. به این معنی که با ذکر فواید و منافع شخصی، خانوادگی و اجتماعی این رفتارها و نیز کاهش یا از بین بردن موانع (که غالباً حالت ذهنی داشته و ناشی از سوء برداشت افراد هستند) انگیزه زنان میانسال جهت انجام رفتارها افزایش یافت. این نتایج همسو با مطالعه خلیلی‌پور دارستانی و همکاران بود که نشان داد یکی از عوامل مؤثر بر انجام رفتارهای پیشگیرانه از سندروم پیش از قاعدگی، ذکر فواید این رفتارها برای دختران دانشگاهی است (۳۵). در همین راستا صفرزاده و همکاران نیز گزارش نمودند که زنان باید برای انجام ورزش‌های پس از بارداری در درجه اول با فواید و منافع این ورزش‌ها آشنا شوند (۳۶). علت همسویی مطالعه حاضر با پژوهش‌های ذکر شده، شباهت در نحوه طراحی مداخله و استفاده از شیوه‌های آموزش سخنرانی و بحث گروهی دانست.

در خصوص بُعد خودکارآمدی، مطالعه حاضر نشان داد که بعد از مداخله، تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره خودکارآمدی در گروه مداخله دیده شد که با مطالعه حمزه‌ای و همکاران همخوانی دارد (۳۰). در همین راستا مطالعه صلحی و همکاران نیز همبستگی مثبتی را بین خودکارآمدی با سلامت عمومی زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشت نشان داد (۳۷). خودکارآمدی تغییری است که نقش مهمی در ارتقاء رفتارهای سلامت محور دارد. برخی از مدل‌های آموزش سلامت نظیر مدل اعتقاد بهداشتی،

طراحی نظام‌مند و سازمان یافته مداخله، در غالب مطالعات توانسته است اثربخشی مناسبی را ایجاد نماید (۲۷). از آنجا که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، زمینه‌ساز سبک زندگی سالم و بهبود کیفیت زندگی می‌باشند لذا مداخلات آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در این حوزه می‌تواند کارگشا باشد. در همین راستا، Enjezab و همکاران همبستگی مثبت بین سطح آموزش و میزان انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال ایرانی گزارش نمودند (۳۲). از طرف دیگر، Alaeenejad و همکاران نیز بیان می‌کنند که برای بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان، نیاز به مداخلات آموزشی است (۳۳). در مطالعه حاضر که از مدل اعتقاد بهداشتی به عنوان چهارچوبی برای طراحی مداخله استفاده شد، نتایج حاکی از تأثیرات مثبت مداخله، هم بر نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و هم بر نمرات سازه‌های مدل بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره تهدید درک شده بین دو گروه مداخله و کنترل دیده شد. این نتایج همسو با مطالعات واحدیان شاهرودی و همکاران (۲۳)، ضیائی و همکاران (۲۱) و Khorsandi و همکاران (۳۴) بود که نشان دادند در پیشگیری از پوکی استخوان، ایجاد رفتارهای تغذیه‌ای در زنان باردار و کنترل فشارخون در سالمندان، بُعد تهدید درک شده نقش مهمی در شکل‌گیری رفتار دارد. علت احتمالی این همسویی با وجود تفاوت در جامعه پژوهش و متغیر وابسته، این بود که در مطالعات ذکر شده، برنامه مداخله بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی طراحی شده که در گام اول به ایجاد تهدید درک شده پرداخته و از این طریق افراد تحت مطالعه را نسبت به انجام رفتار سلامتی حساس

مدل پندر و الگوی توانمندسازی خانواده محور، تأکید زیادی بر خودکارآمدی دارند. کیفیت انجام یک رفتار سلامتی تا حدود زیادی وابسته به این موضوع است که فرد خود را قادر به انجام آن بدانند و خودکارآمدی بالا باعث افزایش توانایی و کفایت می‌شود. نوروژی و همکاران در مطالعه خود نتیجه گرفتند که سازه خودکارآمدی مهم‌ترین جزء مدل اعتقاد بهداشتی در پیش‌بینی رفتارهای سلامت محور در زنان میانسال است (۳۸).

از دیگر یافته‌های این مطالعه، مؤثر بودن آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال بود و در همین راستا نتایج حاصل از مطالعه ابراهیمی و همکاران بر روی زنان متأهل شهر بندرعباس نشان داد که برنامه آموزشی طراحی شده با استفاده از نرم‌افزار واتساپ بر فراوانی رفتارهای خودمراقبتی تأثیر دارد که با نتایج پژوهش حاضر همسو است (۳۹). علت احتمالی این همسویی این است که به طور کلی مداخلات آموزشی، در صورت رعایت اصول آموزش سلامت، می‌توانند بر گروه هدف اثرگذار باشند. مطالعه Rocha-Goldberg Mdel و همکاران بر روی ۶۴ نفر از افراد مراجعه کننده به مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی در اسپانیا نیز نشان داد که در گروه مداخله، آموزش خودمراقبتی موجب بهبود ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بین افراد شده است در حالی که در گروه کنترل، ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، قبل و بعد از مداخله تغییری نداشته است (۴۰). علت این همسویی می‌تواند مشابهت کلی جامعه هدف باشد که در هر دو مطالعه، مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی بودند. این مراجعه‌کنندگان اطلاع دارند که وظیفه اصلی مراکز

بهداشتی، ارائه آموزش و برنامه‌های ارتقاء سلامت است. این پیش زمینه ذهنی می‌تواند در اثرگذاری برنامه‌های آموزشی نقش داشته باشد. Hayashi و همکاران مطالعه‌ای مبنی بر تأثیر مثبت آموزش بر بهبود رفتارهای بهداشتی و کاهش عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی کروئر در چهار مرکز بهداشت جامع سلامت در ایالت‌های لس‌آنجلس و سن دیگو کالیفرنیا انجام دادند که بر اساس یافته‌ها، زنان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، بهبودهای بیشتری را در رفتارهای بهداشتی، از نظر عادات خوردن و فعالیت‌های بدنی و سایر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت تجربه کردند (۴۱). علت احتمالی تشابه یافته‌ها دو مطالعه این است که جامعه مورد مداخله را زنان تشکیل می‌دادند. هر چند نمی‌توان از تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی دو جامعه غافل بود اما به صورت کلی انجام رفتارهای خودمراقبتی از جمله رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان بیشتر است. نکته حائز اهمیت در مطالعه ذکر شده این است که آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به گروه‌های مختلف اجتماعی در واقع یک مداخله جامعه محور است که هدف نهایی، آن ارتقاء کیفیت زندگی است. به عبارت دیگر، یادگیری و انجام این رفتارها توسط مددجویان، زمینه‌ساز و حمایت کننده بهبود کیفیت زندگی آنان خواهد بود. از این رو یکی از وظایف اصلی مراکز سلامت که اجرا کننده اصلی مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستند، آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می‌باشد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، کارآزمایی بالینی شاهددار ابراهیمی و همکاران با عنوان بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان میانسال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -

فرصت‌های بیشتر، ایجاد انگیزه و امکانات لازم در جامعه دارد. اگرچه در این پژوهش در فاصله زمانی یک‌ماه نتایج مطلوبی در بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال حاصل گردید ولی جهت بررسی تداوم و ماندگاری در ادامه این رفتارها بازه زمانی طولانی‌تر می‌تواند کمک کننده باشد. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان از برنامه آموزشی تئوری محور که مبنا و اساس برنامه‌های آموزشی مختلف هستند در آموزش سایر گروه‌های هدف (نظیر نوجوان، جوانان، سالمندان و...) نیز در مراکز خدمات جامع سلامت استفاده کرد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری سلامت جامعه در دانشکده پرستاری مامایی مشهد در سال ۱۳۹۸ با عنوان «بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال» و با کد طرح ۹۸۰۴۹۶ و با حمایت معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی مشهد اجرا شد. بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی مشهد به دلیل حمایت مالی و کارکنان محترم مراکز سلامت دانش آموز و وکیل آباد مشهد و زنان میانسال به دلیل شرکت در این مطالعه اعلام می‌دارند. کد اخلاق این مطالعه IRCT20190828044639N1 می‌باشد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود نداشت.

درمانی حاشیه شهر ارومیه نشان داد که مشاوره گروهی باعث ارتقاء رفتارهای سلامت محور در زنان میانسال شده است (۴۲). علت احتمالی این همسویی تشابه گروه مداخله و نیز تشابه برنامه آموزشی به کار گرفته شده در هر دو مطالعه می‌باشد. بدین ترتیب که برنامه مشاوره به کار رفته در مطالعه ابراهیمی حاوی ۶ جلسه ۶۰-۹۰ دقیقه‌ای بود که در هر یک از جلسات به آموزش در خصوص یکی از ابعاد ۶ گانه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پرداخته می‌شد. در مطالعه حاضر نیز، اساس برنامه آموزشی، رفتارهای ۶ گانه ارتقاء دهنده سلامت بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که استفاده از رویکرد آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی، تأثیر مثبتی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میانسال داشت. از این رو برنامه آموزشی تئوری محور می‌تواند مبنا و اساس برنامه‌های آموزشی مختلف جهت گروه‌های هدف در مراکز جامع خدمات سلامت قرار گیرد و از آنجا که اکثریت مراجعین اصلی و دریافت کننده خدمات در مراکز خدمات جامع سلامت، زنان، زنان باردار، کودکان و سالمندان که جزو گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه به شمار می‌آیند؛ بودند لذا بدیهی است آموزش تئوری محور و اصولی این گروه‌ها می‌تواند در ایجاد سلامت پویا، کاهش بار بیماری‌ها در جامعه و کاهش هزینه‌های درمانی نقش مؤثرتری داشته باشد.

پیشنهادها

به نظر می‌رسد برای پیشگیری از تغییر مقطعی در شیوه زندگی افراد در جامعه، علاوه بر دادن آگاهی، پیگیری و تداوم در انجام این رفتارها نیز مؤثر می‌باشد و تغییر اساسی در شیوه زندگی نیاز به

References

1. Natajdezfuli LG, Shakerinejad G, Cheraghi M, Haghighizadeh MH. The effect of a Transtheoretical model based education on nutritional behaviors of middle-aged women. *Payesh* 2018;17(5):551-61. [In Persian]
2. Alihoseni E, Najari S, Afshari P, Haghighizadeh MH. Comparison of the effect of SMS with face to face training on performance of Kegel Exercise in middle-aged women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2016;19(34): 18-25. [In Persian]
doi: 10.22038/IJOGI.2016.8021
3. Rezaee, N. Seyedfatemi N, Salar A, Ghaljaei F. Identifying health seeking behaviors among middle-aged women: A qualitative study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2016; 26 (140): 175-86. [In Persian]
4. Mokhlesi S, Akbari Yazdi H, Elahi A, Khabiri M. Developing a social marketing model to promote well-informed and low-income middle-aged participation in regular physical activity, a qualitative study. *Iran J Health Educ Health Promot* 2019;7(1):93-108. [In Persian]
doi: 10.30699/ijhehp.7.1.93
5. Caban-Martinez AJ, Courtney TK, Chang W-R, Lombardi DA, Huang Y-H, Brennan MJ, et al. Leisure-time physical activity, falls, and fall injuries in middle-aged adults. *Am J Prev Med* 2015;49(6):888-901.
doi: 10.1016/j.amepre.2015.05.022
6. Statistical Centre of Iran. Selected Findings of the 2016 National Population and Housing Census. Tehran: Statistical Centre of Iran; 2018. Available from: https://www.amar.org.ir/Portals/1/census/2016/Census_2016_Selected_Findings.pdf
7. Statistical Centre of Iran. Population age pyramid by results of the census; 2016. Available from: <https://www.amar.org.ir/Portals/0/News/1396/hsi-s95.pdf>
8. Peeters G, Edwards KL, Brown WJ, Barker AL, Arden N, Redmond AC, et al. Potential effect modifiers of the association between physical activity patterns and joint symptoms in middle-aged women. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2018;70(7):1012-21. doi: 10.1002/acr.23430
9. Fernandez-Jimenez R, Jaslow R, Bansilal S, Diaz-Munoz R, Fatterpekar M, Santana M, et al. Different lifestyle interventions in adults from underserved communities: the FAMILIA trial. *J Am Coll Cardiol* 2020;75(1):42-56. doi: 10.1016/j.jacc.2019.10.021
10. Ding D, Rogers K, van der Ploeg H, Stamatakis E, Bauman AE. Traditional and Emerging Lifestyle Risk Behaviors and All-Cause Mortality in Middle-Aged and Older Adults: Evidence from a Large Population-Based Australian Cohort. *PLoS Med* 2015;12(12):e1001917.
doi: 10.1371/journal.pmed.1001917
11. Mehri A, Solhi M, Garmaroudi G, Nadrian H, Sigaladeh SS. Health promoting lifestyle and its determinants among University students in Sabzevar, Iran. *Int J Prev Med* 2016;7:65. doi: 10.4103/2008-7802.180411
12. Stanulewicz N, Knox E, Narayanasamy M, Shivji N, Khunti K, Blake H. Effectiveness of lifestyle health promotion interventions for nurses: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2019;17(1):17. doi: 10.3390/ijerph17010017
13. Tahmasebi H, Maddah Sadat SB, Dalvandi A, Ghasemi S, Rahgozar M. The effect of educational program on health promotion behaviors on elderly life style. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing* 2019;5(2):47-54. [In Persian]
14. Khazaie T, Khazaie T, Kianfar S, Jamshydzadeh L. Health-promoting Behavior Factors Among Students of Birjand University of Medical Sciences. *Iran J Health Educ Health Promot* 2015;3(2):125-32. [In Persian]
15. Abbasi P, Ziapour A, Kianipour N. Correlation of the Components of Student's Lifestyles and their Health Promotion. *Journal of Clinical & Diagnostic Research* 2018;12(6): LC01-LC04. doi: 10.7860/JCDR/2018/32836.11569
16. Wittayapun Y, Tanasirirug V, Butsripoom B, Ekpanyaskul C. Factors affecting health-promoting behaviors in nursing students of the faculty of nursing, Srinakharinwirot University, Thailand. *Journal of Public Health* 2010;40(2):215-25.
17. Berentson-Shaw J, Price K. Facilitating effective health promotion practice in a public health unit: lessons from the field. *Aust N Z J Public Health* 2007;31(1):81-6. doi: 10.1111/j.1753-6405.2007.00015.x
18. Al-Qahtani MF. Comparison of health-promoting lifestyle behaviours between female students majoring in healthcare and non-healthcare fields in KSA. *J Taibah Univ Med Sci* 2019;14(6):508-14. doi: 10.1016/j.jtumed.2019.10.004
19. Estacio EV, Oliver M, Downing B, Kurth J, Protheroe J. Effective Partnership in Community-Based Health Promotion: Lessons from the Health Literacy Partnership. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14(12):1550. doi: 10.3390/ijerph14121550
20. Zainali M, Asadpour M, Aghamolaei T, Esmaeili Nadimi A, Farshidi H, Ghanbarnejad A. Effect of educational intervention based on health belief model to promote preventive behaviors of cardiovascular disease in people with normal angiographic results. *Journal of Preventive Medicine* 2015;1(2):1-12. [In Persian]

21. Ziaee R, Jalili Z, Tavakoli Ghousehchi H. The effect of education based on Health Belief Model (HBM) in improving nutritional behaviors of pregnant women. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2017;8(3):427-37. [In Persian]
22. Baji Z, Baesi A, Shakerinejad G, Tehrani M, Hajinajaf S, Jarvandi F. The effect of education based on health belief model on eating behaviors and weight control on female high school students in Ahwaz. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2018;6(3):231-40. [In Persian] doi: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.3.231
23. Vahedian-Shahroodi M, Esmaily H, Tehrani H, Amini A, Mohaddes-Hakkak H, Lael-Monfared E. The impact of health education based on the health belief model on improving osteoporosis preventive behavior among women. *Health and Development Journal* 2016;5(3):226-37. [In Persian]
24. Heidari F, Mohammad Khan Kermanshahi S, Vanaki Z, Kazem Nejad A. A Survey the effect of planned program of health promotion on stress management in middle-aged women. *Iranian Journal of Nursing Research* 2011; 6(22):17-23. [In Persian]
25. Zeidi IM, Hajiagha AP, Zeidi BM. Reliability and Validity of Persian Version of the HealthPromoting Lifestyle Profile J Mazand Univ Med Sci 2012;21(1):102-13. [In Persian]
26. Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad SS, Momayyezi M. Study of Healthpromotion behaviors among University of Medical Science Students. *Zahedan J Res Med Sci* 2011; 13(4): 29-34. [In Persian]
27. Lee MS, Kim JM. The effects of health promotion program on health belief, health promoting behavior and quality of life for middle-aged women: based on health belief model. *International Journal of Advanced Culture Technology* 2019;7(3):25-34. doi: 10.17703/IJACT.2019.7.3.25
28. Eldredge LK, Markham CM, Ruiter RA, Fernández ME, Kok G, Parcel GS. *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. 4th ed. USA: John Wiley & Sons; 2016.
29. Rimmer JH. Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. *Phys Ther* 1999;79(5):495-502.
30. Hamzaee K, Hossain Zadeh K, Azh N, Mafi M. Efficacy of health belief model compared to the traditional education on kegel exercises in middle-aged women. *Journal of Health* 2019;9(5):576-88. [In Persian]
31. Baghianimoghadam MH, Shogafard G, Sanati HR, Baghianimoghadam B, Mazloomi SS, Askarshahi M. Application of the Health Belief Model in Promotion of Self-Care in Heart Failure Patients. *Acta Med Iran* 2013; 51(1):52-8.
32. Enjezab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A, Morowatisharifabad MA. Health Promoting Behaviors in a Population-based Sample of Middle-aged Women and its Relevant Factors in Yazd, Iran. *Int J Prev Med* 2012;3(Suppl 1):S191-S8.
33. Alaeenejad A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. Relationship between health-promoting behaviors and quality of life in postmenopausal women. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2017;3(4):269-76. doi: 10.32598/jccnc.3.4.269
34. Khorsandi M, Fekrizadeh Z, Roozbahani N. Investigation of the effect of education based on the health belief model on the adoption of hypertension-controlling behaviors in the elderly. *Clin Interv Aging* 2017;12:233-40. doi: 10.2147/CIA.S117142
35. Khalilipour darestani M, Komeili A, Jalili Z. The effect of educational intervention based on the health belief model on improvement of preventive behaviors towards Premenstrual Syndrome (PMS) among girls of Pre-University in Tehran. *Iran J Health Educ Health Promot* 2017; 5(3): 251-9. [In Persian] doi:10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.251
36. Safarzadez S, Behboodi Moghaddam Z, Saffari M. The impact of education on performing postpartum exercise based on health belief model. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2014;57(6):776-84. doi:10.22038/MJMS.2014.3545
37. Solhi M, Kazemi SS, Haghni H. Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center No. 2 in Chaloos (2012). *Razi Journal of Medical Sciences* 2013;20(109):72-9. [In Persian]
38. Norozi E, Malakimoghadam H. Factors affecting arthritis preventive behavior in middle-aged women in Birjand using the Health Belief Model. *J Birjand Univ Med Sci* 2018; 25(4):334-41. [In Persian]
39. Ebrahimi F, Aghamolaei T, Abedini S, Rafati S. Effect of educational intervention using mobile on life style of women who referred to health centers in Bandar Abbas. *Iran J Health Educ Health Promot* 2017; 5(2):81-9. doi: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.81 [In Persian]
40. Rocha-Goldberg Mdel P, Corsino L, Batch B, Voils CI, Thorpe CT, Bosworth HB, et al. Hypertension Improvement Project (HIP) Latino: results of a pilot study of lifestyle intervention for lowering blood pressure in Latino adults. *Ethn Health* 2010;15(3):269-82. doi: 10.1080/13557851003674997
41. Hayashi T, Farrell MA, Chaput LA, Rocha DA, Hernandez M. Lifestyle intervention, behavioral

changes, and improvement in cardiovascular risk profiles in the California WISEWOMAN project. J Womens Health (Larchmt) 2010;19(6):1129-38. doi: 10.1089/jwh.2009.1631

42. Ebrahimi M, Mogadam Tabrizi F. The effect of group counseling on health promotion behavior in middle-aged women WHO referred to border health center of Urmia in 2017 Nurs Midwifery J 2019; 16(10): 749-59. [In Persian]

The Effect of Education Based on Health Belief Model on Health-Promotion Behaviors in Middle-Aged Women

Fahimi Hesari Fateme¹, Zendetalab Hamidreza^{2*}, Zare Masoud³,
Behnam Vashani Hamidreza⁴

• Received: 13. 05. 2020

• Revised: 16. 06. 2020

• Accepted: 16. 06. 2020



Abstract

Background & Objectives: Creating and developing health-promoting behaviors in middle-aged women has a potential impact on promoting their health and quality of life. Therefore, it is necessary to design appropriate educational interventions in this group. The objective of this study was to determine the effect of education based on health belief model on health-promotion behaviors in middle-aged women.

Methods: This descriptive-analytical study was performed as an intervention in 2019 on 64 middle-aged women referring to two comprehensive health services centers in Mashhad. Data collection tools were a standard questionnaire of health-promotion behaviors and a researcher-made questionnaire based on the health belief model that was completed before and after training in two intervention and control groups. Independent t-test, paired t-test and Mann-Whitney U test were used.

Results: Before the intervention, the two control and intervention groups were identical in terms of the mean overall score of health-promotion behaviors, however, one month after the intervention, the mean overall score of health-promotion behaviors and its dimensions in the intervention group was significantly higher than that in the control group.

Conclusion: Education based on the health belief model can improve health-promotion behaviors. Thus, it is necessary for health care providers in health centers to be trained on using models of behavior change.

Keywords: Health Belief Model, Health-Promotion Behaviors, Middle-Aged Women, Education

Citation: Fahimi Hesari F, Zendetalab H, Zare M, Behnam Vashani H. The Effect of Education Based on Health Belief Model on Health-Promotion Behaviors in Middle-Aged Women. Journal of Health Based Research 2020; 6(1): 83-98. [In Persian]

1. M.Sc. Student in Community Health Nursing, Department of Community Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. Lecturer, Department of Community Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3. Lecturer, Department of Community Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

4. Lecturer, Department of Pediatrics, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

***Corresponding Author:** Hamidreza Zendetalab

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Ibn Sina St, Doctora Crossroad, Daneshgah St, Mashhad, Khorasan Razavi, Iran

Tel: 00985138591511

Email: zendetalabhr@mums.ac.ir