

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۶ زمستان ۱۳۹۸

اثربخشی آموزش ارتقا سلامت بر اساس الگوی پندر بر مسئولیت پذیري سلامتی و مدیریت استرس در زنان یائسه

مریم بهنام مرادی^۱، حسن احدی^{۲*}، محمدرضا صیرفی^۳

۱- گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

۲- گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

۳- گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۸/۱۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۳/۱۴

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش ارتقای سلامت بر اساس الگوی پندر (باور سلامتی و خودکارآمدی) بر مسئولیت‌پذیری سلامتی و مدیریت استرس در زنان یائسه شاغل در مدارس غیردولتی شهر تهران در طی سال ۹۶-۹۷ بود. این پژوهش با روش نیمه‌آزمایشی (با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و کنترل)، صورت گرفت که تعداد ۶۰ نفر از زنان یائسه شاغل با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد والکر ۲۰۱۴ (PHPLP2) بوده است. به گروه آزمایش ۴ جلسه ۲ ساعته رفتارهای ارتقادهنده سلامت آموزش داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون کوواریانس چندمتغیری صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد آموزش در گروه آزمایش اثربخش بوده و بین زنان یائسه دوگروه آزمایش و گواه تفاوت آماری معنی‌داری دیده شد ($P < 0/01$). اندازه اثر مداخله آموزشی در مسئولیت‌پذیری سلامتی ۶۸٪ و در مدیریت استرس ۶۱٪ بوده است.

واژگان کلیدی: آموزش ارتقا سلامت؛ الگوی پندر؛ مسئولیت‌پذیری سلامتی؛ مدیریت استرس؛ زنان یائسه

مقدمه

زنان محور سلامت خانواده و الگوی اصلی آموزش و ترویج شیوه زندگی سالم به نسل بعدی هستند. در طی دوره گذار یائسگی^۱ بدن دچار تغییرات هورمونی شده، قدرت باروری کاهش و خطر بروز تغییرات جسمی و روانی افزایش می‌یابد. سن متوسط وقوع یائسگی در ایران ۴۷ سالگی است. از آنجایی که امید به زندگی در جهان از ۴۸ سال در ۱۹۰۰ به ۸۰ سال در ۲۰۱۱ افزایش یافته و در ایران نیز در سال ۲۰۲۱ حدود پنج میلیون زن یائسه برآورد شده و امید به زندگی آنها در حدود ۷۰ سال خواهد بود و با توجه به اینکه زنان بیش از یک سوم عمر خود را در دوران پس از یائسگی به سر می‌برند، توجه به کیفیت زندگی زنان از نظر بهداشت روانی و جسمی، شناسایی عواملی که در ضعف کیفیت زندگی و کاهش وضعیت سلامت آنها دخیل هستند، در دوران یائسگی اهمیت فراوانی داشته و طراحی برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای سلامت زنان یائسه امری ضروری است (نوروزی، مصطفوی، حسن زاده، مودی و شریفی‌راد^۲، ۲۰۱۳).

پندر^۳ (۲۰۱۱) رفتارهای سبک زندگی سلامت محور را به ۶ بخش تقسیم می‌کند: مسئولیت‌پذیری سلامتی، فعالیت جسمانی (ورزش)، تغذیه، رشد روانی و خودشکوفایی، حمایت و روابط بین فردی و مدیریت استرس. در منشور اوتاوا^۴ مصوبه سازمان بهداشت جهانی^۵، در سال ۱۹۸۶ ارتقای سلامتی، فرآیند توانمندسازی افراد و جامعه جهت افزایش کنترل و بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی‌شان^۶ تعریف شد. بر اساس این منشور ارتقای سلامتی باید افراد را قادر کند تا بر تمام جنبه‌های سلامتی‌شان کنترل داشته باشند. در بیشتر برنامه‌های آموزشی و حمایتی ارتقا سلامت و تحقیقات مداخله‌ای روان‌شناسی سلامت در خصوص تغییر رفتار و مطالعات مربوط به سیاست عمومی سلامت، به‌طور گسترده از نظریه

1- menopause

2- Norozi, Mostafavi, Hasanzadeh, Moodi, & Sharifirad

3- Pender

4- Ottawa

5- world health organization (WHO)

6- physical and psychological health

یادگیری و شناختی اجتماعی و خودکارآمدی^۱ باندورا^۲ (۱۹۷۷) و مدل باور سلامتی^۳ بکر^۴ (۱۹۷۴) استفاده شده است. مدل باور سلامتی بر اهمیت آسان کردن تغییر رفتار، به حداقل رساندن موانع و هزینه‌های انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامتی، کاهش رفتارهای غیرسالم و افزایش موانع در برابر این‌گونه رفتارها تأکید دارد و نظریه شناختی اجتماعی هم بر برنامه‌هایی که متضمن افزایش مهارت‌ها، منابع فردی و خودکارآمدی است تأکید می‌ورزد (مورفی و بنت^۵، ۲۰۱۲، ترجمه افلاک سیر، ۱۳۹۱؛ ترودو^۶، ۲۰۱۱).

زنان سالمند یک سوم دوران زندگی خود را پس از یائسگی می‌گذرانند، قطع دائم قاعدگی را یائسگی گویند، متوسط سن یائسگی حدود ۵۱ سال است (بالد و براون^۷، ۲۰۱۵). در دوران یائسگی تغییرات هورمونی به وجود آمده سبب ایجاد دگرگونی‌های جسمی روحی روانی و جنسی در زن می‌شود، نگرش منفی در مورد یائسگی بر وقوع تغییرات روانی و تشدید حالات جسمی موثر است (بروس و ریمر^۸، ۲۰۱۳). کاهش ترشح هورمون‌های زنانه مخصوصاً استروژن باعث بروز علائم یائسگی، استرس، افزایش فشار خون، افسردگی و اضطراب در فرد می‌گردد. زنانی که در دوران یائسگی دچار استرس می‌شوند باید از راه کارهایی به‌منظور کاهش استرس استفاده نمایند (هامودا، پانای، آریا و ساواش^۹، ۲۰۱۶).

مهم‌ترین علائم جسمی یائسگی عبارتند از گرگرفتگی و برافروختگی، تحلیل دستگاہ ادرازی تناسلی و پوکی استخوان که مسؤل بیشترین میزان شکستگی و بالا رفتن میزان مرگ و میر آنان می‌باشد (مک براید^{۱۰}، ۲۰۱۷). تغییرات روحی روانی نیز شامل: عصبانیت، سردرد، بی‌خوابی، افسردگی، تحریک‌پذیری، گیجی و اختلال در حافظه، نگرانی و اضطراب و از جمله علل تغییرات روحی روانی می‌توان به بیدار شدن‌های مکرر از خواب به‌علت

1- self-efficacy
 2- Bandora
 3- health belief model
 4- Becker
 5- Murphy & Bennett
 6- Trudeau
 7- Bauld & Brown
 8- Bruce & Rymer
 9- Hamoda, Panay, Arya & Savvas
 10- Mcbride

گرگرفتگی، ناتوانی بدن، حوادث استرس‌آور زندگی به علت گذشت زمان مانند مرگ همسر، دوستان و خویشاوندان، وضعیت مالی نامناسب، دوری و جدایی از فرزند می‌توان اشاره کرد (کراویتز، ژائو، برومبرگر، گولد، هال و همکاران^۱، ۲۰۱۷). سبک زندگی سلامت‌محور توسط والکر^۲ (۱۹۹۰) چنین تعریف شده است: «الگویی چندبعدی از ادراکات و اعمال آغاز شده با انگیزه خود شخص که به تداوم و تقویت سطح سلامت و خود شکوفایی شخصی کمک می‌کند» (نقل از پندر، ۲۰۱۱).

مدیریت استرس^۳ به طیف وسیعی از تکنیک‌ها و روش‌های روان درمانی اشاره دارد که به هدف کنترل سطح استرس فردی و به خصوص استرس مزمن، و بهبود عملکرد روزانه فرد طراحی شده‌اند. مدیریت استرس تعدادی از روش‌ها را برای مدیریت بر اضطراب و حفظ سلامتی عمومی ارائه می‌کند. این روش‌ها به فرد کمک می‌کنند تا سطح استرسش را پایین بیاورد، در خود احساسات مثبت ایجاد کند و سلامت عمومی اش را ارتقا دهد (رز،^۴ ۲۰۱۳).

مسئولیت‌پذیری سلامتی^۵ یعنی قابلیت پذیرش، پاسخگویی و به عهده گرفتن کاری که از کسی درخواست می‌شود و شخص حق دارد که آن را بپذیرد یا رد کند. افراد در نتیجه توجه به مقررات سلامتی و بهداشتی، ارزیابی تجربه‌های خویشتن و رسیدن به نتیجه‌گیری‌های واقع‌گرایانه آن تجربه‌های سلامتی و بیماری، الگوی رفتاری سلامتی و بهداشتی مناسبی را اختیار می‌کنند (هورتون^۶، ۲۰۱۴). یکی از مهم‌ترین وظایف مروجین بهداشت و روان‌شناسان سلامت، مراقبت از زنان بعد از یائسگی، تشریح رفتارهای ارتقادهنده سلامت و اجرای برنامه‌های مداخله آموزشی برای ایجاد انگیزه در جهت سبک زندگی سالم است (صحتی^۷، ۲۰۱۵). فراهم‌کنندگان خدمات سلامتی، بایستی علاوه بر فراهم کردن آگاهی‌های لازم در مورد یائسگی، نسبت به خلق گروه‌های حمایتی برای ایجاد نگرش مثبت و ارتقای رفتارهای سالم‌تر در زنان یائسه همکاری نمایند (نوروزی، ۱۳۹۰).

1- Kravitz, Zhao, Bromberger & Gold

2- Walker

3- Stress management

4- Rose

5- Health responsibility

6- Horton

7- Sehhatie

مطالعه گارسیا و گومز کالسرادا^۱ (۲۰۱۱) با عنوان مداخله شناختی رفتاری در زنان یائسه اسپانیایی نشان داد که پس از اجرای مداخله آموزشی، کاهش قابل ملاحظه‌ای در علائم یائسگی به‌ویژه افسردگی و اضطراب و بهبود مدیریت استرس و مسئولیت‌پذیری سلامتی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل که آموزش دریافت نکرده بودند مشاهده شد.

در مطالعه اندرسون، سیب، مک‌گویر و پورتر استیل^۲ (۲۰۱۵)، نتایج پس از آزمون در زنان یائسه نشان داد که کاهش قابل توجهی در افسردگی، اضطراب، گرگرفتگی، عرق شبانه و مشکلات فیزیکی و روانی در گروه آزمون که مداخله آموزشی رفتارهای ارتقا سلامت بر اساس الگوی پندر دریافت کرده بودند دیده شد. یافته‌های مطالعه ایمایاما، آلفانو، کونگ، فاسترز شوبرت، کارولین و همکاران^۳ (۲۰۱۱)، نشان داد مداخلات شیوه زندگی و مداخله سلامت روان در بهبود علائم یائسگی و ارتقاء سلامتی زنان یائسه موثر بوده، پس از مداخله ۱۲ ماهه در گروه مداخله، سلامت روان به طور قابل توجهی افزایش یافته و علائم افسردگی، استرس و اضطراب در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. یافته‌های پژوهش عبدالعظیم محمد و منصور لامادا^۴ (۲۰۱۶) نشان داد که با مداخله آموزشی در پس آزمون بهبودی معناداری در کاهش علائم یائسگی، بهبود مسئولیت‌پذیری سلامتی (۶۵٪) و بهبود مدیریت استرس (۷۳٪) در زنان یائسه مورد بررسی دیده شد. پژوهش هاشمی نسب^۵ (۱۳۹۵) با عنوان آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر اساس مدل پندر در زنان معلم نشان داد که بعد از مداخله آموزشی بیشترین و کمترین امتیازات به ترتیب در مولفه مسئولیت‌پذیری سلامتی و مدیریت استرس بود. در مطالعه نظری^۵ (۲۰۱۶) یافته‌ها موید این بود که چهار هفته پس از مداخله، در بهبود علائم یائسگی و نمره ارتقای سلامت در متغیر مدیریت استرس در گروه مداخله اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد، در حالی که تغییرات در گروه شاهد معنی‌دار نبود. نتایج مطالعه مان‌سیک‌کاماکیا، ریتاننا، مالیلاد، سارکیلا، مانیسستو و همکاران^۶ (۲۰۱۵) نشان داد که مداخله آموزشی رفتارهای ارتقاء سلامت

1- Garcia & Gómez-Calcerrada

2- Anderson, Seib, McGuire & Portersteele

3- Imayama, Alfano, Kong, Fosterschubert & Carolyn

4- Abedel Azim Mohamed & Mansour Lamadah

5- Nazari

6- Mansickkamakia, Raitanena, Malilad, Sarkealae & Männistöe,

باعث بهبود مدیریت استرس و مسئولیت‌پذیری سلامتی و کاهش افسردگی، اضطراب و اختلال حافظه در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. هم‌چنین یافته‌های پژوهش‌های جیمز^۱ (۲۰۱۲) و پتل، کوشی و رویندرا^۲ (۲۰۱۴) برای تعیین اثربخشی برنامه مدون آموزشی بر اساس مدل پندر (باور بهداشتی و خودکارآمدی) بر ارتقاء دانش و رفتار سلامت زنان یائسه در بنگلور هند نشان داد، پس از مداخله آموزشی میانگین نمرات دانش و عملکرد زنان در رفتارهای سلامت در خصوص مدیریت استرس و مسئولیت‌پذیری سلامتی به‌طور قابل توجهی افزایش یافت.

یافته‌های پژوهش‌های کیم، چوی و کیم^۳ (۲۰۱۲)، موی‌لانن، آلتو، همینکی، آرود و لوتب^۴ (۲۰۱۰)، ریزوی، جلیل، اعظم، شمسی و سلیم^۵ (۲۰۱۲)، چناری (۱۳۹۲)، ماتیب^۶ (۲۰۱۵)، یزدخواستی و سیمبر^۷ (۲۰۱۵)، کشاورز و سیمبر (۱۳۹۳)، کشاورز، سیمبر، رمضانخانی و علوی‌مجد^۸ (۲۰۱۴)، قاضی عسگر و قریب (۱۳۹۱)، روستا و یاراحمدی (۱۳۹۵)، شریعت‌مغانی و سیمبر (۱۳۹۴)، اسرامی، حمزه‌گردشی و شاه‌حسینی^۹ (۲۰۱۶) و کانگائو^{۱۰} (۲۰۱۷) با عنوان استراتژی‌های ارتقاء سلامت در یائسگی، موید این هستند که: با برگزاری کلاس‌های آموزشی ارتقاء سلامت یائسگی، از طریق ایجاد محیط محافظ و شبکه پشتیبانی اجتماعی، احساس مسئولیت زن نسبت به خود افزایش می‌یابد و این بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. به نگرش، خودآمدی درک‌شده، حمایت اجتماعی درک‌شده و عوامل توانمندسازی مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه در هنگام برنامه‌ریزی بهداشت زنان باید توجه بیشتری شود. بهترین و قابل دسترس‌ترین روش برای بهبود کیفیت زندگی، از طریق شبکه‌های پشتیبانی اجتماعی است تا حمایت‌های عاطفی و سازمانی مناسب برای

-
- 1- James
 - 2- Patel, Koshy & Ravindra
 - 3- Kim, Choi & Kim
 - 4- Moilanen, Aalto, Hemminki, Arod & Luotob
 - 5- Rizvi, Jalil, Azam, Shamsi & Saleem
 - 6- Matthew
 - 7- Yazdkhasti & Simbar
 - 8- Keshavarz, Simbar, Ramezankhani & AlaviMajd
 - 9- Asrami, Hamzehgardeshi & Shahhosseini
 - 10- Kangau

زنان بعد از یائسگی ارائه شود. مداخلات در مراقبت‌های اولیه با برگزاری کلاس‌های آموزش و مشاوره بر اساس الگوهای ارتقای سلامت ضروری است.

توانمندسازی زنان در دوره گذار و یائسگی، سلامت آنان را برای حدود یک سوم دوره زندگی‌شان تضمین نموده و سال‌های پایان باروری و زندگی را برای آنها به سال‌هایی مفید تبدیل خواهد کرد (یاقینانی مقدم، ۱۳۹۴). نظر به این که زنان به‌عنوان یکی از گروه‌های تعیین‌کننده سلامت خانواده و جامعه کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند و با توجه به اهمیت دوران یائسگی به لحاظ بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی، تحقیق و مطالعه درباره آن، ضروری به نظر می‌رسید.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و روش تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. در این پژوهش جامعه آماری تمام مدارس غیردولتی دخترانه در مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران بود. تعداد نمونه ۶۰ نفر بود، ابتدا از مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران از هر منطقه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۲ مدرسه غیردولتی (۵ منطقه در مجموع به صورت کلی شامل ۱۰ مدرسه) انتخاب شد، سپس از هر مدرسه ۶ نفر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از زنان یائسه شاغل (جمعاً ۶۰ نفر) انتخاب شدند و در مرحله آخر این تعداد ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه و شامل دو قسمت بود. قسمت اول مربوط به مشخصات دموگرافیک^۱ شامل ۹ سوال در مورد: گروه سنی، تحصیلات، تاهل، تعداد فرزند، شغل، وضعیت یائسگی، وضعیت اقتصادی، سابقه مصرف سیگار و سابقه بیماری و قسمت دوم مربوط به سوالات پرسشنامه جهت اندازه‌گیری رفتارهای ارتقا سلامت از نسخه فارسی

1- demographic

والکر ۲، (HPLPII) ارائه شده توسط محمدی‌زیدی، پاکپورحاجی‌آقا، و محمدی‌زیدی (۱۳۹۰) و همچنین ابزار طراحی و توسعه داده شده والکر ۲ ارائه شده توسط والکر، سچریست و پندر^۲ (۲۰۱۴) (PHPLPII)^۳ استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۵۱ سوال با مقیاس لیکرت ۴ سطحی از هرگز ۱ نمره تا همیشه ۴ نمره بوده و رفتارهای ارتقادهنده سلامت روانی و جسمی را در ۶ بعد: مسئولیت‌پذیری سلامتی، فعالیت جسمانی (ورزش)، تغذیه، رشد روانی و خودشکوفایی، حمایت و روابط بین فردی و مدیریت استرس اندازه‌گیری می‌کند. در این پژوهش از سوالات بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی (از شماره ۹ تا ۲۲) و بعد مدیریت استرس (از شماره ۳۱ تا ۳۷) استفاده شده است. ارزیابی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در ایران توسط محمدی‌زیدی، پاکپورحاجی‌آقا، و محمدی‌زیدی (۱۳۹۰) صورت گرفت. روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی به منظور روایی سازه به کار برده شد. تحلیل عاملی تأییدی مدل ۶ عاملی، گویای برازش قابل قبولی بود. جهت تعیین اعتماد یا پایایی ابزار از روش بازآزمایی با فاصله دو هفته و از روش ضریب آلفای کرونباخ^۴ برای بررسی تجانس درونی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیرشاخه‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بود. نتایج آزمون-بازآزمون نشان‌دهنده ثبات برای پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و زیرشاخه‌های آن بود. در این پژوهش جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه از روش سنجش اعتبار محتوا و نظرات تخصصی و اصلاحی ۱۰ نفر از اساتید هیئت علمی علوم پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی، جهت تعیین کفایت و صحت محتوای پرسشنامه استفاده شد. جهت تعیین پایایی (اعتماد علمی) ابزار رفتارهای ارتقا سلامت والکر^۵ از روش آزمون مجدد (بازآزمایی برای بررسی ثبات زمانی) با فاصله دو هفته استفاده و ضریب همبستگی پیرسون^۶ بین نمرات دو آزمون محاسبه شد که ضریب همبستگی برای ابزار ارتقا سلامت والکر $r=0/87$ به دست آمد.

1- health-promoting lifestyle profile (HPLPII)

2- Walker, Secherist, Pender

3- portuguese health-promoting lifestyle profile (PHPLPII)

4- cronbach's alpha

5- walker II

6- pearson correlation coefficient

پایائی تجانس درونی پرسشنامه نیز با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ (برای مسئولیت‌پذیری سلامتی ۰/۷۸ و برای مدیریت استرس ۰/۷۱) محاسبه شد.

روش اجرای پژوهش

در ابتدا هر روز به یک مدرسه از جامعه آماری مورد نظر مراجعه شد، با معرفی و کسب اجازه از مدیر مدرسه و بیان اهداف پژوهش، اجرای پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل صورت گرفت. محتوای جلسات با استفاده از منابع مربوط به رفتارهای ارتقادهنده سلامت در یائسگی و در چهارچوب الگوی پندر مبتنی بر مدل باور سلامتی بکر و روزنستاک^۱ (۱۹۷۴) و خودکارآمدی بندورا^۲ (۱۹۷۷) (ارائه شده توسط مورفی و بنت^۳، ۲۰۱۲، ترجمه افلاک سیر، ۱۳۹۱)، در ۴ جلسه ۲ ساعته طراحی و مداخله آموزشی بر اساس الگو و بسته آموزشی تهیه شده و ارائه محتوای آموزش در هر جلسه، براساس هر ۱۰ روز، یک هدف پژوهش، جمعاً به مدت ۴۰ روز بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در هر جلسه ابتدا هدف از تشکیل جلسه، سپس موضوعات مربوط به آن جلسه مطرح می‌شد و اعضای گروه به بررسی مطالب می‌پرداختند. در پایان مداخله هر دو گروه برای به دست آوردن نمرات پس‌آزمون مجدداً به پرسشنامه پاسخ داده و اطلاعات جمع‌آوری شد. خلاصه جلسات مداخله آموزشی ارتقا سلامت بر اساس الگوی پندر (باور سلامتی و خودکارآمدی) در زنان یائسه در جدول (۱) آورده شده است.

جدول (۱) خلاصه محتوای جلسات آموزشی ارتقا سلامت بر اساس الگوی پندر

جلسه	برنامه مداخله
۲و۱	آموزش مفاهیم و راه‌های افزایش مسئولیت‌پذیری سلامتی در یائسگی، افزایش حس خودکارآمدی، سعی در تغییر نگرش و باورهای بهداشتی و متقاعدسازی افراد گروه مداخله به مسئولیت‌پذیری سلامتی بیشتر در یائسگی.
۴و۳	آموزش مفاهیم استرس و راه‌های کنترل، مقابله و مدیریت استرس در یائسگی، افزایش حس خودکارآمدی، سعی در تغییر نگرش و باورهای بهداشتی و متقاعدسازی افراد گروه مداخله به شناسایی موارد و عوامل فشارزای زندگی و یادگیری فنون مدیریت استرس در یائسگی.

1- Rosenestack

2- Bandora

3- Murphy & Bennett

یافته‌ها

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی آموزش ارتقا سلامت بر اساس الگوی پندر بر مسئولیت‌پذیری سلامتی و مدیریت استرس در زنان یائسه شاغل در مدارس غیردولتی شهر تهران بود.

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد داده‌های پژوهش

کنترل		مداخله آموزشی		گروه در پژوهش		
متغیر:	مولفه	نوبت اجرا	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آموزش	مسئولیت‌پذیری	پیش‌آزمون	۱۲/۴۰	۳/۹۸	۱۲/۰۷	۳/۶۹
رفتارهای	سلامتی	پس‌آزمون	۲۳/۸۰	۲/۵۱	۱۳/۰۷	۳/۴۳
ارتقا دهنده	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۳/۸۰	۴/۵۱	۱۳/۶۷	۲/۸۵
سلامت	مدیریت استرس	پس‌آزمون	۲۳/۸۰	۲/۵۱	۱۴/۲۷	۳/۶۲

همان‌طور که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود، میانگین نمره مسئولیت‌پذیری سلامتی در پیش‌آزمون در زنان یائسه گروه کنترل ۱۲/۰۷ و در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۲/۴۰ و بعد از مداخله آموزشی در پس‌آزمون ۲۳/۸۰ بوده است. هم‌چنین میانگین نمره مدیریت استرس در پیش‌آزمون در زنان یائسه گروه کنترل ۱۳/۶۷ و در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۳/۸۰ و بعد از مداخله آموزشی در پس‌آزمون ۲۳/۸۰ بوده است.

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

جدول (۳) آزمون همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین)

متغیرها	آماره لون	درجه df	درجه df	سطح معنی‌داری
مسئولیت‌پذیری سلامتی	۱/۳۱	۱	۲۸	۰/۰۶۵
مدیریت استرس	۱/۱۵	۱	۲۸	۰/۱۴۱

1- levene statistic

بر اساس نتایج جدول (۳) سطح معنی داری محاسبه شده در همه متغیرها از ۰/۰۵ بزرگتر است، بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد و تمام مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) برقرار و جهت تحلیل داده‌ها از این آزمون استفاده شد.

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر ترکیب وزنی متغیرهای مسئولیت‌پذیری سلامتی و مدیریت استرس آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۲۵	۴	۲۱	۶/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۹۷۱

مندرجات جدول (۴) نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون، سطوح معنی داری همه آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی بیانگر آن هستند که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (مسئولیت‌پذیری سلامتی و مدیریت استرس) تفاوت معنی دار مشاهده می‌شود ($P < ۰/۰۱$ و $F = ۶/۵۷$). بنابراین فرضیه اصلی مبنی بر اینکه، آموزش ارتقا سلامت بر اساس الگوی پندر بر مسئولیت‌پذیری سلامتی و مدیریت استرس زنان یائسه تاثیر دارد، تأیید شد. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۳ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۰/۹۷ نشان داد که آزمون توانسته با توان ۹۷ درصد فرض صفر را رد کند.

جدول (۵) نتایج آزمون میانگین دو گروه مستقل برای مقایسه نمره‌های افتراقی در گروه آموزش در برابر گروه گواه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	یکسانی واریانس‌ها F	آزمون میانگین دو گروه مستقل		
					تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد تفاوت	t
مسئولیت پذیری	آموزش	۱۱/۴۰	۴/۵۲	۲/۳۷۳	۱۰/۴۰	۱/۳۴۴	۲۸
	گواه	۱/۰۰	۲/۵۹				
مدیریت استرس	آموزش	۷/۹۲	۴/۹۷	۷/۱۵۲	۸/۶۵	۱/۳۲۴	۱۵/۵۴
	گواه	۰/۶۸	۱/۱۹				

همان‌طور که در جدول (۵) ملاحظه می‌شود محاسبه اندازه اثر مداخله آموزشی در مولفه‌های مورد بررسی ۶۸٪ در مسئولیت‌پذیری سلامتی و ۶۱٪ در مدیریت استرس، نشان داد که این مقادیر از تغییرات سرمایه روان‌شناختی در زنان یائسه، توسط عامل مداخله آموزشی بر اساس الگوی پندر تبیین شده، تحت تأثیر قرار گرفته و افزایش یافته است.

جدول (۶) نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه (Ancova) مقایسه میانگین پس‌آزمون مسئولیت‌پذیری سلامتی گروه آزمایش با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذوراتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۳۶/۸۹	۱	۳۶/۸۹	۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۸۲۸
گروه	۱۰۰۲/۲۳۰	۱	۱۰۰۲/۲۳۰	۲۹/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹۴
خطا	۵۱۱/۲۷	۱۵	۲۰/۷۷	-	-	-	-

نتایج جدول (۶) گویای آن است که متغیر مستقل (مداخله آموزشی بر اساس مدل پندر) بر متغیر وابسته مسئولیت‌پذیری سلامتی ($F=۲۹/۴۰$ ، $p<۰/۰۱$) تأثیر معنی‌داری داشته و بر این اساس آموزش ارتقا سلامت بر اساس الگوی پندر بر مسئولیت‌پذیری سلامتی زنان یائسه تأثیر دارد.

جدول (۷) نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه (Ancova) مقایسه میانگین پس‌آزمون مدیریت استرس گروه آزمایش با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۸۵/۶۲	۱	۱۸۵/۶۲	۱۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۷۲۸
گروه	۵۹۲/۲۱	۱	۵۹۲/۲۱	۷۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۸۴
خطا	۱۴۲/۹۲	۲۷	۱۴۲/۷۷	-	-	-	-

نتایج جدول (۷) گویای آن است که متغیر مستقل (مداخله آموزشی بر اساس مدل پندر) بر متغیر وابسته مدیریت استرس ($F=۷۸/۷۲$ و $P<۰/۰۱$)، تأثیر معنی‌داری داشته و بر این اساس آموزش ارتقا سلامت بر اساس الگوی پندر بر مدیریت استرس زنان یائسه تأثیر دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش ارتقا سلامت بر اساس الگوی پندر بر مسئولیت پذیری سلامتی و مدیریت استرس زنان یائسه شاغل در مدارس غیردولتی شهر تهران بود.

یافته‌های پژوهش در رابطه با متغیر مسئولیت‌پذیری سلامتی نشان داد که مداخله آموزشی با توجه به افزایش میانگین نمرات در زنان یائسه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل و وجود تفاوت معنادار بین دو گروه، باعث بهبود مسئولیت‌پذیری سلامتی در زنان گروه آزمایش شد. این یافته پژوهش با نتایج پژوهش‌های، صحتی (۱۳۹۲)، کشاورز (۱۳۹۲)، عبدالعظیم محمد و منصورلامادا (۲۰۱۶)، گارسیا (۲۰۱۱) و هاشمی‌نسب (۱۳۹۵) که حاکی از بهبود مسئولیت‌پذیری زنان یائسه در اثر مداخله آموزشی می‌باشد همسو است. در تبیین یافته فوق، می‌توان گفت که مطابق با نظریه یادگیری اجتماعی بندورا^۱ افراد برانگیخته می‌شوند تا رفتارهایی را انجام دهند که پیامدهای ارزشمندی برایشان داشته باشد. بر طبق نظر والستون و اسمیت نظریه کانون کنترل سلامتی یکی از موثرترین نظریه‌ها در روانشناسی سلامت است. افراد با کنترل درونی معتقدند که رویدادها نتیجه اعمال آنهاست و تحت کنترل شخصی آنها قرار دارد. بنابر این کسانی که در شاخص‌های کانون کنترل درونی سلامتی نمره بالایی کسب می‌کنند و خودکارآمدی بالایی دارند و ارزش بیشتری برای سلامتی خود قائلند، مسئولیت‌پذیری سلامتی بیشتری داشته و احتمال بیشتری دارد که به رفتارهای سلامت‌مدار روی آورند (افلاک سیر به نقل از مورفی و بنت^۲، ۱۳۹۱). بر اساس این نظریه و مطابق با الگوی باور سلامتی و خودکارآمدی در این پژوهش سعی شد در جلسات آموزشی، به تقویت خودکارآمدی از طریق آموزش مفهومی، ترغیب کلامی، الگوسازی، انگیزش عاطفی و تجربیات تخصصی، در گروه مداخله پرداخته شود تا کانون کنترل درونی سلامتی در آنها تقویت و مسئولیت‌پذیری سلامتی در آنها ارتقاء یابد. هدف برنامه‌های ارتقا سلامت، تشویق به انجام رفتارهای بهداشتی به وسیله آموزش این

1- Bandora

2- Murphy and bennett

رفتارها، کمک به چگونگی انجام گرفتن صحیح آنها و همچنین متقاعد ساختن افراد به تغییر عادات غیربهداشتی است. در این بین ایجاد انگیزه برای خواستن تغییر، از طریق افزایش حس خودکارآمدی و تغییر نگرش‌ها و باورهای بهداشتی، یکی از گام‌های مهم است. مداخله آموزشی، از مهم‌ترین راهکارهای تغییر نگرش و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و کنار آمدن مؤثر با علائم روانی و جسمی در یائسگی است (سارافینو^۱، ۱۳۹۱). بهبود رفتارهای ارتقا سلامت روانی و جسمی می‌تواند در کاهش شدت علائم یائسگی به دلیل تغییرات هورمونی و کاهش هورمون‌های استروژن و پروژسترون، تغییرات روانی و احساسات منفی ناشی از تغییرات نقش و توانایی‌هایشان، بزرگ شدن فرزندان، ترک خانه به جهت اشتغال، ازدواج و ادامه تحصیل آنها، فضای سرد و به دور از هیجان و همچنین عدم توجه به تغذیه صحیح و کافی ناشی از استرس در زنان و رفتارهای نادرست تغذیه‌ای به دلیل انگیزختگی فیزیولوژیکی و روانی دوران یائسگی مؤثر باشد (کریستیانسن و پالکویتز^۲، ۲۰۱۸؛ کالینز^۳، ۲۰۱۸).

یافته‌های پژوهش در رابطه با متغیر مدیریت استرس نشان داد که مداخله آموزشی با توجه به افزایش میانگین نمرات در زنان یائسه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل و وجود تفاوت معنادار بین دو گروه، باعث بهبود مدیریت استرس در زنان گروه آزمایش و تایید فرضیه دوم شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های، گارسیا و گومز کالسرادا (۲۰۱۱)، هاشمی‌نسب (۱۳۹۵)، اسرامی، حمزه‌گردشی و شاه‌حسینی (۲۰۱۶)، ایمایاما و همکاران (۲۰۱۱)، مانسیک‌کاماکیا و همکاران (۲۰۱۵) و کالینز^۴ (۲۰۱۸) که حاکی از بهبود مدیریت استرس زنان یائسه در اثر مداخله آموزشی می‌باشد همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: بر طبق نظر هولمز و راهه^۵ (۱۹۶۷) تغییرات زندگی هر گونه تحولات محسوس در شرایط زندگی فرد هستند که به سازگاری مجدد نیاز دارند. برای سازگاری مجدد با شرایط جدید در یائسگی، زنان نیاز به حمایت اطلاعاتی، آموزشی، عاطفی و ابزاری بیشتری را احساس می‌کنند و در صورت نبود حمایت‌ها، نگرش منفی نسبت به یائسگی، استرس،

1- Sarafino
2- Christiansen & Palkowitz
3- Collins
4- Collins
5- Holmes & Rahe

ترس، افسردگی و اضطراب در آن‌ها ایجاد می‌شود (ویتن، ۱۳۹۱؛ رز^۱، ۲۰۱۳). از مداخلات آموزشی مهم ساماندهی استرس از طریق آموزش مدیریت استرس است. از جمله عوامل دخیل در ناتوانی زنان یائسه در کنترل استرس‌های زندگی خصوصاً استرس‌هایی که به دلیل تغییرات جسمی و روانی یائسگی با آن روبرو می‌شوند و نیاز به آموزش سازگاری مجدد دارند، می‌توان به فقدان آموزش، عدم تشخیص عامل فشارزا، فشار تنهائی و یا کاری در منزل و محل کار و پر هزینه بودن این آموزش‌ها در کلاس‌های مشاوره خصوصی اشاره کرد. با اجرای آموزش مدیریت استرس در محیط‌های کاری تا حدی این فشارها تعدیل می‌شود. در آموزش‌ها باید به باور و نگرش زنان یائسه در مورد این دوره از زندگیشان و تلقی مثبت یا منفی آنان از یائسگی، تجرد یا تاهل، داشتن یا نداشتن فرزند، وضعیت اقتصادی، سلامت و بیماری، مطلقه یا بیوه بودن، تحصیلات و داشتن حمایت توجه کنند، چرا که متناسب سازی آموزش‌های ارتقاء سلامت با این عوامل در افزایش کارایی مداخلات تاثیر دارد. در این مطالعه با مداخله آموزشی روش‌هایی با هدف کنترل سطح استرس فردی و بهبود و ارتقا عملکرد روزانه زنان یائسه برای مدیریت اضطراب و استرس در جهت کاهش آنها، ایجاد احساس مثبت و توانایی مقابله و سازگاری ارائه شد.

نظر به اهمیت نقش زنان به‌عنوان محور سلامت خانواده و جامعه و کم‌هزینه بودن مداخلات آموزشی ارتقا بهداشت نسبت به سایر فعالیت‌ها، در این زمینه لزوم طراحی، اجرا، تعمیم، بسط و گسترش برنامه‌های مداخله‌ای آموزشی برای زنان یائسه، ضروری به نظر می‌رسد (ترودو، ۲۰۱۱). پیشنهاد پژوهشگران به مسئولین آموزشی و بهداشتی، تسهیل‌سازی آموزش‌های رفتارهای ارتقا سلامت در زنان یائسه از طریق اجرای کلاس‌ها در وقت فراغت آنان و ارائه بسته‌های آموزشی به‌عنوان مطلب همراه و یادآور برای اجرای موارد آموزش داده شده و تقید بیشتر آنان به اجرا و تکرار و تمرین رفتارها و افزایش حس مسئولیت‌پذیری سلامتی در آنها برای تثبیت رفتارهای سلامت است، چرا که رفتارهای بهداشتی تثبیت شده به‌صورت عادت درمی‌آیند یا به‌طور خودکار انجام می‌گیرند، همچنین بر ارزشیابی میزان ارتقای رفتارهای بهداشتی آموزش داده شده به زنان یائسه و بررسی بازخوردها، جهت سنجش مفید و موثر بودن برنامه مداخلات (چنانچه در این پژوهش انجام شد) تأکید می‌شود.

منابع

- باقیانی مقدم، محمدحسین (۱۳۹۴). ارتقا بهداشت و سلامت زنان. تهران: انتشارات سبحان.
- چناری، رقیه (۱۳۹۲). بررسی عوامل موثر بر انجام رفتارهای ارتقا سلامت در جانبازان شیمیایی ایلام. مجله علوم پزشکی ایلام، ۲۱ (۶)، ۲۶۷-۲۵۷.
- گرینبرگ، جرالدا اس. (۲۰۰۸). کنترل فشار روانی. ترجمه محسن دهقانی و همکاران (۱۳۸۷). تهران، انتشارات رشد.
- روستا، فاطمه و علی یار احمدی (۱۳۹۵). خودکارآمدی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان در شیراز. مجله علمی پژوهشی علوم پزشکی ایلام، ۲۴ (۲)، ۱۰۰-۹۰.
- سارافینو، ادوارد (۲۰۱۲). روانشناسی سلامت. ترجمه فروغ شفیعی، الهه میرزایی، حسین افتخاردبیلی و همکاران (۱۳۹۱). تهران، انتشارات رشد.
- شریعت مغانی، صدیقه و معصومه سیمبر (۱۳۹۴). ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با تجارب زنان در یائسگی. نشریه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۲۵ (۹۰)، ۹۰-۲۵.
- شریفی، نسیمیه (۱۳۹۳). بررسی سلامت عمومی در زنان یائسه شهر اهواز. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۱ (۱۲۸)، ۶۵-۵۹.
- قاضی عسگر، مهسا و مهرناز قریب (۱۳۹۱). بررسی میزان تاثیر آموزش بهداشت بر سلامت خانواده. اولین همایش ملی تحقیقات کاربردی در سلامت همگانی، ۱.
- کشاورز، زهره و معصومه سیمبر (۱۳۹۳). تاثیر مدل تلفیقی رفتار برنامه‌ریزی شده و خودکارآمدی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان. مجله دانش و تندرستی، ۹ (۳)، ۶۱-۵۴.
- محمدی‌زیدی، عیسی؛ پاکپورحاجی‌آقا، امیر و بنفشه محمدی‌زیدی (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۱ (۱)، ۱۱۳-۱۰۳.
- مورفی، سیمون و پاتول بنت (۲۰۱۲). روانشناسی و ارتقای سلامت. ترجمه عبدالعزیز افلاک سیر (۱۳۹۱). تهران، انتشارات آوای نور.
- نوروزی، انسیه (۱۳۹۰). بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه اصفهان بر اساس تحلیل رفتاری الگوی پرسید. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۷ (۳)، ۲۶۷-۲۶۷.

- ویتن، وین (۲۰۱۲). روانشناسی عمومی. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۱). چاپ چهاردهم. تهران، انتشارات روان.
- هاشمی نسب، الهام (۱۳۹۵). بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر اساس مدل پندر در معلمان فسا. مجله معاونت تحقیقات و فناوری علوم پزشکی فسا، ۲ (۲)، ۱-۳.
- AbedelAzim-Mohamed, H., & MansourLamadah, S. (2016). Improving women's practices for reducing the severity of menopausal symptoms. *Journal of NE & P*, 6 (4), 72-83.
- Anderson, D., Seib, C., McGuire, A., & PorterSteele, J. (2015). Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web-based multi-modal lifestyle intervention: The Women's Wellness Program. *Maturitas*, 81, 69-75.
- Asrami, F.S., Hamzehgardeshi, Z., & Shahhosseini, Z. (2016). Health promoting life-style behaviors in menopausal women: A Cross-Sectional Study. *Global Journal of Health Science*, 8 (8), 128-134. [Persian]
- Bauld, R., & Brown, R.F. (2015). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, 62 (2), 160-165.
- Bruce, D., & Rymer, J. (2013). Symptoms of the menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 23 (1), 25-32.
- Collins, A. (2018). Nutrition & menopause. *Life style*, second spring, 1-5.
- ChristiansenShawn, L., Palkovitz, R. (2018). Exploring Erikson's psychosocial theory of development: generativity and its relationship to paternal identity, intimacy, and involvement in childcare. *Journal of mens, studies*, 3, 81-82.
- Esperat, CH., Feng, Du., Zhang, Y., & Owen, D. (2007). Health behaviors of low income pregnant minority women. *Western J Nurs Res*, 29, 284-300.
- Garcia, C.L., & GómezCalcerrada, S.G. (2011). Cognitive-behavioral intervention among women with slight menopausal symptoms: A pilot study. *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (1), 344-355.
- Hamoda, H., Panay, N.R., Arya, R., & Savvas, M. (2016). The British menopause society & women's health concern 2016 recommendations on hormone replacement therapy in menopausal women. *Post Reproductive Health*, 22 (4), 165-183.
- Horton, SE. (2014). What is personal health responsibility. *ABNFJ*, 25(1), 5-9.

- Imayama, I., Alfano, C.M., Kong, A., FosterSchubert, K.E.B., Carolyn, E., Xiao, L.R., & McTiernan, A. (2011). Dietary weight loss and exercise interventions effects on quality of life in overweight/obese postmenopausal women: A randomized controlled trial. *International. Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8 (118), 2–12.
- James, J. (2012). A study to evaluate the effectiveness of structured teaching programme on knowledge regarding menopausal problems and its remedial measures among middle age women in selected rural areas Bangalore. Rajive Gandhi University of Health Sciences Bagolar Karnataka, 1–94.
- Kangau, H. (2017). Menopause: Health promotion strategies from a nursing perspective a literature review. *Arcada/ Basic Sexology Course Nursing Degree Programme*. 1–48.
- Keshavarz, Z., Simbar, M., Ramezankhani, A., & AlaviMajd, H. (2014). The impact of educational interventions based on (integrated model of planned behavior and self-efficacy) on health promotion behaviors of female workers in reproductive aged. *Journal of Knowledge & Health*, 9 (3), 54–61. [Persian]
- Kim, I.K., Choi, H.M., & Kim, M.H. (2012). Menopausal knowledge and management in peri-menopausal women. *The Korean Society of Menopause*, 18, 124–131.
- Kravitz, H.M., Zhao, X., Bromberger, J.T., Gold, E.B., Hall, M.H., Matthews, K.A., & Sowers, M.R. (2017). Sleep disturbance during the menopausal transition in a multi ethnic community sample of women. *Sleep*, 31 (7), 979–990.
- Mansikkamäkia, B.K., Raitanena, J., Malilad, N., Sarkealae, T., Männistöe, S., Fredmand, J., & Luotoa, R. (2015). Physical activity and menopause-related quality of life-A population-based cross-sectional study. *Maturitas*, 80, 69–74.
- Matthew, S. (2015). A healthy aging program for older adults effects on self-efficacy and morale. *HHS Med*, 71–72.
- Mcbride, L.K. (2017). Non-hormonal treatments for the menopause. *Sage.co.uk/ journals permissions*, 8 (4), 213–221.
- Mohammadi Zeidi, Issa., PakpourHajiAgha, Amir., & Mohammadi Zeidi, Banafsheh. (2011). Validity and Reliability of the Persian Version of the Health Promotion Lifestyle Questionnaire. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21 (1), 113- 103. [Persian]

-
- Moilanen, J., Aalto, A.M., Hemminki, E., Arod, A.R., & Luotob, R. (2010). Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. *Maturitas*, 67 (4), 368–374.
- Murphy, Simon., & Bennett, Paul. (2012). *Psychology and Health Promotion*. Translated by: AbdulAziz Aflak Syr (2012). Tehran, Avaye- Noor. [Persian]
- Nazari, M. (2016). The Effectiveness of life style educational program in health promoting behaviors and menopausal symptoms in women in Marvdasht Ira. *GJOHS*, 8 (10), 34–42. [Persian]
- Norozi, E., Mostafavi, F., Hasanzadeh, A., Moodi, M., & Sharifirad, G. (2013). Factors affecting quality of life in postmenopausal women, Isfahan. *Journal of Education and Health Promotion*, 2 (58), 1–10. [Persian]
- Patel, V., Koshy, S., & Ravindra, H.N. (2014). Effectiveness of structured teaching programme on knowledge regarding menopausal symptoms and its management among women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 3 (3), 22–26.
- Pender, N.J. (2011). *Health promotion in nursing practice*. Fourth edition, Upper Saddle River NJ: Prentice Hall.
- Pender, N.J. (2011). Health Promotion Model. *Health Promotion Manual Rev.* 20–42.
- Rizvi, S.A., Jalil, F., Azam, S.I., Shamsi, U., & Saleem, S. (2012). Prevalence of menopause, chronic illnesses and life style of middle aged women in Karachi, Pakistan. *US National Library of Medicine Enlisted Journal*, 5 (4), 347–354.
- Rose, R.D. (2013). A randomized controlled trial of a self-guided, multimedia, stress management and resilience training program. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 106.
- Sehhatie, F. (2015). Health promoting behaviors among postmenopausal women in Langroud, Iran. *IJWHR*, 3 (3), 158–162. [Persian]
- Trudeau, K. (2011). Identifying the educational needs of menopausal woman. *WHIJIOWH*, 21 (2), 1–10.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (2014). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*, 36 (2), 76–81.

- Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (2014). The health-promoting profile (II). *Lifestyle University of Nebraska Medical Center, College of Nursing*. Omaha, Nebraska. USA. 2014.
- Whitten, Wayne. (2012). *General Psychology*. translated by: Yahya Seyyed Mohammadi (2012). *Fourteenth Printing*, Tehran, Ravan Publishing. [Persian].
- Yazdkhasti, M., & Simbar, M. (2015). Empowerment and coping strategies in menopause women: a review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17 (3), 1-7. [Persian].