

بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان میان سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی حاشیه شهر ارومیه در سال ۱۳۹۷

مرضیه ابراهیمی^۱، نسیم طلوعی کشتیبان^۲، فاطمه مقدم تبریزی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۶/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۹/۰۷

چکیده

پیش زمینه و هدف: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت می باشند و از طرفی در زنان میان سالان، تأثیر بالقوه ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه های مربوط به مراقبت های بهداشتی خواهد شد لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی زنان میان سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی حاشیه شهر ارومیه در سال ۱۳۹۷ انجام شد. **مواد و روش کار:** این مطالعه کارآزمایی شاهد دار تصادفی شده بر روی ۹۰ نفر از زنان میان سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی حاشیه شهر ارومیه که به صورت تصادفی در دو گروه مورد (۴۵ نفر) و شاهد (۴۵ نفر) قرار گرفته اند، انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد HPLP2 بود که قبل و بعد از مداخله در دو گروه تکمیل گردید. گروه مداخله در ۶ جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه ای مشاوره گروهی دریافت نمودند و افراد گروه کنترل از مراقبت های معمول برخوردار شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون های پارامتریک تی مستقل انجام شد. میزان P کم تر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: قبل از مداخله دو گروه کنترل و مداخله از نظر میانگین نمره ها همسان بودند. اما پس از مداخله میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (تغذیه، ورزش، مسئولیت پذیری، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و خود شکوفایی) در گروه مداخله به طور معنی داری بالاتر از گروه کنترل بود ($P < 0.01$). **نتیجه گیری:** نتایج مطالعه نشان داد مشاوره گروهی می تواند به عنوان روش مناسب برای ارتقاء رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان میان سال بکار رود. **کلیدواژه ها:** مشاوره گروهی، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، زنان میان سال، حاشیه نشین

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره دهم، پی در پی ۱۱۱، دی ۱۳۹۷، ص ۷۵۹-۷۴۹

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۵۷۹۳۷

Email: cheechest_gas@yahoo.com

مقدمه

عوامل متعددی که در مقاطع مختلف زندگی در سلامت زنان نقش دارند مشتمل است بر، دوران نوزادی و کودکی، دوران نوجوانی، دوران باروری، دوران گذر از باروری و دوران پس از باروری (۳). میان سالی یکی از مهم ترین دوره های زندگی زنان است. گذر از دوره میان سالی، در واقع گذر از جوانی به سالمندی و مرحله رشدی است که بزرگ ترین بخش از حیات بزرگ سالی محسوب می شود (۴). زنان در میان سالی معمولاً با مسائلی چون تغییرات جسمی و خلقی نظیر، ضعف جسمانی، اضافه وزن، خلق منفی، چروکیدگی صورت و غیره مواجه اند (۵) و در نتیجه در معرض کاهش اعتماد به نفس و احساس عدم کنترل بر زندگی، کاهش احساس خوب بودن و ارزشمندی،

زنان به عنوان رکن اصلی توسعه اجتماعی و محور اساسی سلامت خانواده مطرح بوده و در خانواده و اجتماع دارای وظایف و نقش های مهمی هستند که لازمه اجرای این نقش ها و وظایف برخورداری از سلامت کامل جسمی و روانی است (۱). نگرانی های سلامت زنان اغلب بر محور مشکلات جسمانی همچون بهداشت باروری، یائسگی، پوکی استخوان، سرطان هایی همچون سرطان سینه، اضافه وزن و مشکلات روانی همچون افسردگی و اضطراب است (۲).

^۱ هیات علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

دانسته‌اند (۱۶، ۱۷). با توجه به نیاز حمایت‌های مشاوره‌ای زنان میان‌سال و ارتقاء رفتارهای سلامتی و کیفیت زندگی خصوصاً در جهت ارتقاء سلامت جسمی و روانی آنان و از آنجاکه امروزه بسیاری از دولت‌ها و تصمیم‌گیرندگان در سطح کلان جامعه ارتقا سلامت را جز لاینفک توسعه اجتماعی و اقتصادی می‌دانند و با توجه به این مهم که ماماها به‌عنوان مراقبین بهداشتی از امتیاز توانایی برقراری ارتباط نزدیک با زنان میان‌سال در مراکز بهداشتی درمانی برخوردار می‌باشند، تیم تحقیق بر آن شد تا به تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامتی زنان میان‌سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی حاشیه شهر ارومیه در سال ۱۳۹۶ بپردازد.

مواد و روش کار

این مطالعه کارآزمایی شاهد دار تصادفی شده از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که به‌صورت کارآزمایی بالینی با کد IRCT20180926041148 صورت گرفت. پس از کسب مجوزهای لازم از کمیته اخلاق دانشگاه با کد ir.umsu.rec.1396.398 و نیز معاونت بهداشتی، پژوهشگر جهت انجام تحقیق به محیط‌های پژوهشی منتخب، پنج مرکز بهداشتی در ارومیه مراجعه کرد. مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه با نظر کارشناسان معاونت بهداشتی شهرستان ارومیه بر اساس وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به سه گروه تقسیم‌بندی شده‌اند. به‌این ترتیب که ۲۶ مرکز بهداشت در طبقه اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی بالا، ۱۹ مرکز بهداشتی در سطح اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی متوسط و ۲۰ مرکز بهداشتی در سطح اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی پایین طبقه‌بندی گردیده‌اند. محیط پژوهش در مطالعه حاضر پنج مرکز بهداشتی درمانی حاشیه شهر ارومیه بود که به‌طور تصادفی و از طریق قرعه‌کشی از سطح وضعیت اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی پایین برحسب جمعیت تحت پوشش انتخاب شدند که عبارت بودند از: مراکز بهداشتی (المهدی، علی‌آباد، شهدا، حکیم، بادکی). افراد مورد مطالعه کسانی بودند که جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی به واحد بهداشت خانواده در این مراکز مراجعه می‌نمودند.

محقق پس از مراجعه به مراکز مربوطه و هماهنگی لازم با مسئولین آن مراکز، از کارکنان مراکز یک نفر به‌عنوان همکار برای اجرای پژوهش انتخاب گردید و طی جلسه‌ای جداگانه با هر یک از اعضای همکار در پژوهش نحوه اجرا و نیز ابزارهای لازم برای اجرای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و همکاری‌های لازم جهت انجام پژوهش جلب گردید و با توجه به معیارهای ورود مطالعه، نمونه‌گیری در هر مرکز آغاز گردید. انتخاب نمونه‌ها به‌صورت تصادفی و بر اساس جمعیت تحت پوشش هر مرکز و لیست ارائه‌شده توسط یکی از همکاران مراکز بهداشتی که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند

کیفیت زندگی پایین و افزایش میزان افسردگی و مشکلات روانی قرار دارند. به همین جهت بیشتر شرایط بهداشتی که به‌طور شایع در طول این سال‌ها رخ می‌دهند ممکن است پیش‌درآمد مشکلات زنان در آینده باشد که با مرگ‌ومیر و ابتلا زنان به بیماری‌های مزمن در سالمندی در ارتباط خواهد بود (۶).

از آنجایی که حدود نیمی از جمعیت حاشیه‌نشینان را زنان تشکیل می‌دهند در سالیان اخیر به دلیل اهمیت توجه به توسعه امور زنان، این فشر در برنامه‌های ارتقاء سلامت و نیز توانمندسازی حاشیه‌نشینان که توسط سازمان‌های بین‌المللی اجرا می‌شود، یکی از گروه‌های اصلی هدف محسوب می‌شوند (۷). اصطلاح حاشیه‌نشینی در کشورهای در حال توسعه در مورد محلات فقیرنشینی به کار می‌رود که در اطراف شهرهای بزرگ به وجود آمده‌اند و ساکنین این مناطق به علل گوناگون نتوانسته‌اند جذب نظام اقتصادی و اجتماعی شهر شوند تا از امکانات و خدمات شهری استفاده نمایند (۸). حاشیه‌نشینی یک پدیده اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است که عوامل مختلفی در به وجود آمدن آن سهیم هستند و آسیب‌های مختلفی را متوجه حاشیه‌نشینان و حتی ساکنان شهرها می‌کند که مهم‌ترین این آسیب‌ها، آسیب‌های مرتبط با سلامتی هستند. در این میان، وضعیت سلامت زنان و کودکان به دلیل آسیب‌پذیری بیشتری که دارند، باید به‌طور ویژه مورد توجه قرار گیرد (۹).

در یک برنامه ارتقای سلامت خوب تنظیم‌شده، باید اول گروه‌های هدف یا افراد در معرض خطر جامعه، تعریف و شناسایی شوند و آنگاه پیام‌هایی بهداشتی مناسب برای آن‌ها فراهم شود (۱۰). رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین‌کننده سلامت می‌باشند که به‌عنوان عامل زمینه‌ای در عدم ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده است و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط می‌باشند (۱۱). بر طبق مطالعات انجام‌شده، شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامت به کیفیت مثبت زندگی کمک می‌کند (۱۲-۱۴).

مشاوره گروهی، عبارت است از یک فرایند دوجانبه انسانی که در آن مشاور و یک گروه همسال به بررسی مشکلات، احساسات، نگرش‌ها و ارزش‌ها می‌پردازند و کوششی است در جهت تعدیل و اصلاح نگرش‌ها و ادراکات فرد تا بتواند در مورد مسائل مشکلات تکاملی خود بهتر و مؤثرتر اقدام نماید (۱۵). افراد در گروهی که مشکلات مشابه دارند، احساس امنیت و آرامش بیشتری کرده و با آزادی و رغبت بیشتری به بحث و گفتگو درباره مسائل شخصی، خانوادگی و عینی خود می‌پردازند و از تجربه دیگران در فضای قابل‌اعتماد بهره می‌گیرند همچنین برآیند حاصل از مشاوره گروهی با میان‌سال باعث کاهش تنش‌های روانی آنان شده، به‌طوری‌که راهنمایی و یاری دیگران را برای سازگاری با هیجانات خود لازم

انجام شد، به این صورت که لیست اسامی در هر مرکز درون یک کاسه ریخته شد و به این ترتیب کاغذ A به گروه مداخله و کاغذ B به گروه کنترل تخصیص داده شد. طی یک تماس تلفنی از نمونه‌هایی که تمایل به همکاری خود را به‌طور شفاهی اعلام کردند دعوت شد که برای دریافت اطلاعات بیشتر به‌صورت حضوری به مراکز مربوطه مراجعه کنند. پس از معرفی پژوهشگر به نمونه‌های پژوهش و بعد از بیان اهداف و روش کار از ایشان، جهت همکاری در مطالعه دعوت به عمل آمد و طی آن جهت جلب اعتماد و همکاری توضیحات لازم در جهت محرمانه بودن پاسخها داده شد و از نمونه‌هایی که تمایل به همکاری خود را به‌طور شفاهی اعلام کردند، خواسته شد رضایت‌نامه، پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی را تکمیل نمایند. در این پژوهش از پرسشنامه جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد. این پرسشنامه شامل دو بخش می‌باشد: بخش اول مربوط به مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان که شامل اطلاعاتی از قبیل: سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، شاخص توده بدنی، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی بود که توسط پژوهشگر طراحی شد.

در بخش دوم پرسشنامه، از پرسشنامه استاندارد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به کار گرفته شد. پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر که شامل ۵۲ سؤال در ابعاد شش‌گانه: تغذیه، فعالیت جسمی، مدیریت استرس، رشد روحی، مسئولیت‌پذیری سلامتی، و ارتباطات بین فردی می‌باشد. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت است که در مقابل هر گزینه ۴ پاسخ وجود دارد که به‌صورت هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) امتیازدهی می‌شود. برای هر بعد نمره جداگانه قابل‌محاسبه است: نمره مسئولیت‌پذیری سلامت (۹-۳۶)، فعالیت فیزیکی (۸-۳۲)، عادات غذایی (۹-۳۶)، رشد معنوی (۹-۳۶)، ارتباطات بین فردی (۹-۳۶) و مدیریت استرس (۸-۳۲) می‌باشد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌شود. پایین‌ترین حد نمره ۵۲ و بالاترین حد نمره ۲۰۸ است. هر چه امتیاز فرد بیشتر باشد، بیانگر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بالاتری است (۱۸). در پژوهش زیدی و همکاران (۱۳۹۰) روایی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. کل ابزار، آلفای کرونباخ مناسبی داشت که برابر ۰/۸۲ بود. آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به‌دست‌آمده بود (۱۹).

در نهایت کل نمونه‌های انتخاب‌شده (۹۰ نفر) به‌صورت تصادفی و از طریق کدگذاری و قرعه‌کشی به دو گروه مداخله (۴۵ نفر) و

کنترل (۴۵ نفر) تخصیص یافتند. معیارهای ورود مطالعه شامل زنان میان‌سال ۶۰-۴۰ ساله، نداشتن حادثه استرس‌زای (مانند فوت یا بیماری شدید بستگان درجه‌یک) در ۶ ماه گذشته، نداشتن سابقه بیماری خاص، همچنین معیارهای خروج از مطالعه در مطالعه حاضر ابتلا به بیماری حاد در طول مطالعه و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مشاوره بودند. مداخله (مشاوره گروهی) در طول ۶ هفته انجام گرفت که جلسات به‌صورت هفتگی و هر جلسه به مدت‌زمان ۹۰-۶۰ دقیقه بود و تعداد افراد هر گروه ۱۰-۷ نفر بود.

جلسات مشاوره با محتوای زیر، برگزار شد:

جلسه ابتدائی با محوریت معارفه، ایجاد ارتباط و با تأکید بر وضعیت فعلی و شناخت محیط، ایجاد ارتباط و دوست‌یابی و اهداف جلسات مشاوره بود. استراتژی به‌کاررفته ایجاد رابطه‌ی حسنه با مددجو و اجرای پیش‌آزمون، جويا شدن از وضعیت فعلی و مشکل حال حاضر آنان بود.

جلسه دوم مشاوره پیرامون مسئولیت‌پذیری سلامتی از جمله (کمک به ایجاد آمادگی یادگیری تجربیات جدید، درخواست اطلاعات از افراد متخصص و مراقبین بهداشتی و نحوه مراقبت صحیح از خود، در میان گذاشتن نشانه‌های غیرمعمول جسمی و روانی، جلب‌توجه به مطالب و برنامه‌های رسانه‌های گروهی مرتبط با سلامتی، دقت در مصرف مواد غذایی مصرفی) بود.

جلسه سوم درباره تغذیه و اهمیت آن از دیگر ابعاد ارتقای سلامت مشاوره شد. که در این جلسه آموزش و مشاوره‌ای در رابطه با اهمیت تغذیه، نیازهای تغذیه‌ای دوره میان‌سالی و اصول تغذیه صحیح از جمله محدودیت مصرف شکر و شیرینی، استفاده بیشتر از میوه و سبزی، لبنیات، غلات و حبوبات و توجه به اهمیت وعده غذایی صبحانه داده شد.

جلسه چهارم در مورد مدیریت استرس و فعالیت بدنی از جمله (داشتن خواب و استراحت کافی، آشنایی با روش‌های کنترل استرس از جمله آرام‌سازی و شل کردن عضلات و در رابطه با فعالیت بدنی، داشتن برنامه منظم جهت ورزش و فعالیت بدنی و انجام تمرینات کششی مشاوره شد.

جلسه پنجم به مشاوره در مورد خودشکوفایی اختصاص یافت. که شامل دعوت به کاوش در موضوع‌ها و مسائل معنوی، بهبود و حفظ سلامتی، تأکید مشاور بر مسائل معنوی به صورتی بی‌طرفانه و غیر قضاوت‌گرایانه بود.

جلسه ششم به مشاوره در مورد روابط بین فردی از جمله ایجاد نگرش مثبت در مورد دیگران و توانایی برقراری ارتباط مؤثر با وجود تفاوت‌های بین فردی پرداخته شد.

لازم به ذکر است به علت رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام مداخله، یک جلسه نیز برای گروه کنترل تشکیل و کتابچه به همراه

داشتند. همچنین در بررسی وضعیت تحصیلات زنان میان سال شرکت کننده در مطالعه اکثریت افراد در گروه کنترل (۳۱/۱ درصد) و در گروه مداخله (۳۳/۳ درصد) دارای تحصیلات سیکل بودند. همچنین ۴۲/۲ درصد همسران نیز دارای تحصیلات سیکل بودند. اکثریت زنان شرکت کننده در هر دو گروه خانه دار بوده و دارای همسران کارگر بودند.

با توجه به جدول سه، میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد شش گانه آن قبل و بعد از مداخله درون دو گروه مداخله و کنترل به این ترتیب در نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (کنترل=۰/۵۱، مداخله=۰/۰۰۱<P)، و ابعاد مسئولیت پذیری سلامتی (کنترل=۰/۶۲، مداخله=۰/۰۰۱<P)، فعالیت فیزیکی (کنترل=۰/۷۹، مداخله=۰/۰۰۱<P)، عادات غذایی (کنترل=۰/۶۸، مداخله=۰/۰۱<P)، رشد معنوی (کنترل=۰/۳۰، مداخله=۰/۰۰۹<P)، ارتباطات (کنترل=۰/۸۱، مداخله=۰/۰۴<P) و مدیریت استرس (کنترل=۰/۴۷، مداخله=۰/۰۰۱<P) می باشد. نتایج آزمون تی زوج نشان دهنده وجود اختلاف معنی دار آماری در میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد شش گانه آن قبل و بعد از مداخله درون دو گروه مداخله و کنترل می باشد. این بدین معناست که استفاده از مداخله مشاوره گروهی توانسته است منجر به بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در ابعاد مذکور در گروه مداخله گردد. همچنین با توجه به نتایج آزمون تی تست، اختلاف معنی دار آماری در هیچ یک از ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در گروه کنترل مشاهده نشد (P<۰/۰۵).

پمفلت آموزشی نیز به آنان ارائه شد. سپس بلافاصله پس از پایان مداخله، پس آزمون در هر دو گروه انجام شد. محل برگزاری جلسات مشاوره در اتاقی ساکت و آرام در مراکز بهداشتی منتخب بود.

در مقایسه پیامدهای کمی بین گروه مداخله و کنترل در صورت نرمال بودن پیامد از آزمون t مستقل (در صورت نیاز معادل ناپارامتری آزمون من ویتنی^۱) استفاده شد. در مقایسه متغیرهای کیفی بین دو گروه از آزمون کای اسکویر و در صورت نیاز آزمون دقیق فیشر استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS۲۰ انجام شد. ملاک قضاوت آماری سطح معنی دار کم تر از ۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه دو گروه از نظر میانگین سن زنان (P=۰/۷۵)، قد زنان (P=۰/۷۴)، وزن زنان (P=۰/۹۷)، تعداد فرزندان (P=۰/۹۵) همگن بودند.

میانگین سن زنان در گروه مداخله (۵۰/۹۳±۵/۳۸) سال و در گروه کنترل (۵۰/۵۵±۶/۲۳) سال بود. همچنین در گروه مداخله میانگین تعداد فرزندان به این ترتیب (۲/۵۳±۱/۴۷) و در گروه کنترل (۲/۴۴±۱/۵۴) بودند.

همچنین در این مطالعه دو گروه از نظر نمای توده بدنی (P=۰/۹۹)، سطح تحصیلات (P=۰/۸۵)، سطح تحصیلات همسر (P=۰/۹۷)، وضعیت اقتصادی (P=۰/۹۵)، وضعیت تأهل (P=۰/۹۴)، اشتغال (P=۰/۹۸)، وضعیت اشتغال همسر (P=۰/۹۶) و وضعیت مسکن (P=۰/۷۴)، همگن بودند.

اکثریت زنان شرکت کننده در گروه مداخله و کنترل (۳۳/۳ درصد) از نظر محدوده نمای توده بدنی در طبقه اضافه وزن قرار

جدول (۱): مقایسه واحدهای پژوهش برحسب مشخصات جمعیت شناختی کمی زنان میان سال حاشیه شهر در دو گروه مداخله و کنترل

P value	آماره آزمون	گروه مداخله		گروه کنترل		متغیر
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
P=۰/۷۵	t=-۳ df=۸۸	۵۰/۹۳	۵/۳۸	۵۰/۵۵	۶/۲۳	سن
*P=۰/۷۴	t=-۰/۳۳ df=۲۶	۱۶۰/۸۲	۴/۷۸	۱۶۱/۱۵	۴/۸۲	قد
P=۰/۹۷	z=۰/۱۴	۷۳/۷۰	۱۲/۸۹	۷۳/۶۷	۱۲/۰۶	وزن
P=۰/۹۵	t=-۲/۵ df=۸۷	۲/۵۳	۱/۴۷	۲/۴۴	۱/۵۴	تعداد فرزندان

× بر اساس آزمون من ویتنی یو (Mann – Whitney)
بر اساس آزمون تی تست (Independent Samples t Test)

^۱ Mann- whitney

جدول (۲): مقایسه واحدهای پژوهش برحسب مشخصات جمعیت شناختی کیفی زنان میانسال حاشیه شهر در دو گروه مداخله و کنترل

P value	آماره آزمون	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد		
P=۰/۹۹	X2=۰/۸۴ df=۳	۲۶/۷	۱۲	۲۶/۷	۱۲	لاغر	نمای توده بدنی
		۲۲/۲	۱۰	۲۰	۹	طبیعی	
		۳۳/۳	۱۵	۳۳/۳	۱۵	اضافه‌وزن	
P=۰/۸۵	F=۰/۹ df=۳	۱۷/۸	۸	۲۰	۹	چاق	سطح تحصیلات
		۲۰	۹	۱۷/۸	۸	بی‌سواد	
		۳۱/۱	۱۴	۳۳/۳	۱۵	سیکل	
P=۰/۹۷	F=۰/۳۶ df=۳	۴/۴	۲	۸/۹	۴	بالای دیپلم	سطح تحصیلات همسر
		۴۲/۲	۱۹	۴۲/۲	۱۹	سیکل	
		۲۲/۲	۱۰	۲۸/۹	۱۳	زیر دیپلم و دیپلم	
P=۰/۹۵	X2=۰/۷۷ df=۲	۱۵/۶	۷	۱۳/۳	۶	دخل بیشتر از خرج	وضعیت اقتصادی
		۳۳/۳	۱۵	۳۳/۳	۱۵	دخل کم‌تر از خرج	
		۵۱/۱	۲۳	۵۱/۱	۲۴	دخل برابر خرج	
P=۰/۹۴	F=۰/۴۹ df=۳	۲/۲	۱	۴/۴	۲	ازدواج نکرده	وضعیت تأهل
		۴۹/۱	۲۶	۵۰/۹	۲۷	متأهل	
		۵۷/۱	۸	۴۲/۹	۶	جدانشده	
P=۰/۹۸	X2=۰/۸۱ df=۱	۵۰	۱۰	۵۰	۱۰	همسر فوت‌شده	اشتغال
		۲۸/۹	۱۳	۳۱/۱	۱۴	شاغل	
		۷۱/۱	۳۲	۶۸/۹	۳۱	خانه‌دار	
P=۰/۹۶	F=۰/۷۵ df=۳	۶/۷	۳	۱۱/۱	۵	کارمند	شغل همسر
		۲۲/۴	۱۱	۲۲/۲	۱۰	بازنشسته	
		۲۶/۷	۱۲	۲۸/۹	۱۳	کارگر	
		۲۰	۹	۱۵/۶	۷	بیکار	
		۴/۴	۲	۶/۷	۳	ازکارافتاده	
P=۰/۷۴	X2=۰/۵۹ df=۲	۲۰	۹	۱۵/۶	۷	شغل آزاد	وضعیت مسکن
		۴۲/۲	۱۹	۴۲/۲	۱۹	ملکی	
		۴۶/۷	۲۱	۵۱/۱	۲۳	استیجاری	
		۱۱/۱	۵	۶/۷	۳	زندگی با اقوام نزدیک	

بر اساس آزمون کای اسکویر (chi-square)

بر اساس آزمون دقیق فیشر (Fisher exact test)

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد شش‌گانه آن قبل از به‌کارگیری برنامه‌ی مداخله‌ای مشاوره

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	p-value
رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نمره کل	۱۲۱/۲۰	۱۰/۲۶	t=۰/۹۰	P=۰/۳۶x
	۱۱۹/۳۵	۸/۹۴	df=۸۸	
مسئولیت‌پذیری سلامتی	۱۷/۴۲	۳/۴۶	t=۰/۰۸	P=۰/۹۳x
	۱۷/۴۸	۳/۸۴	df=۸۸	
فعالیت فیزیکی	۱۵/۳۳	۴/۹۸	t=۰/۰۶	P=۰/۹۴x
	۱۵/۲۶	۴/۲۳	df=۸۸	
عادات غذایی	۲۲/۱۵	۳/۸۵	t=۰/۵۷	P=۰/۵۶x
	۲۱/۶۸	۳/۸۸	df=۸۸	
رشد معنوی	۲۵/۲۰	۳/۶۶	t=۰/۶۶	P=۰/۵۰x
	۲۴/۷۱	۳/۳۱	df=۸۸	
ارتباطات	۲۵/۸۴	۳/۲۴	Z=-۰/۴۱	P=۰/۶۷xx
	۲۵/۲۰	۳/۲۹		
مدیریت استرس	۱۵/۲۴	۲/۹۷	t=۰/۶۶	P=۰/۳۸x
	۱۵	۳/۰۳	df=۸۸	

xآزمون آماری تی مستقل

xxآزمون آماری Mann – Whitney

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت زنان میان‌سال حاشیه‌نشین طراحی و اجرا شده است. نتایج به‌دست‌آمده در زمینه میزان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان حاکی از تفاوت معنی‌دار بین دو گروه مداخله و کنترل در پس‌آزمون بوده است. به‌بیان‌دیگر، میزان نمره رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت زنان در آزمودنی‌هایی که تحت مشاوره گروهی قرار گرفتند، نسبت به آزمودنی‌هایی که این شیوه مداخله را دریافت نکرده‌اند، افزایش یافته است. این امر حاکی از اثربخشی مشاوره گروهی بر ارتقا رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در زنان میان‌سال شده است، لذا فرضیه پژوهش مبنی بر این که، میزان رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت زنان میان‌سال حاشیه‌نشین که از برنامه مداخله‌ای مشاوره گروهی برخوردارند، با گروه کنترل متفاوت است، تأیید می‌شود.

در همین راستا نتایج مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۹۲) که با هدف تعیین میزان تأثیر اجرای برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر سبک زندگی زنان دبیر میان‌سال انجام شد، نشان داد که اجرای

برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر سبک زندگی زنان میان‌سال مؤثر می‌باشد زیرا ارتقا سلامت فرایند 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. یافته‌ها نشان می‌داد که برنامه ارتقا سلامت حمایتی تأثیر مثبت بر سبک زندگی معلمان در این گروه سنی داشته است و این برنامه‌ها باید به‌عنوان یک روش مؤثر برای ترویج شیوه زندگی در زنان میان‌سال مورد استفاده قرار گیرد و پیشنهاد شده است که این برنامه‌ها به‌عنوان یک روش مؤثر برای ترویج شیوه زندگی در زنان میان‌سال مورد استفاده قرار گیرد (۲۰). در این مطالعه، نیمه تجربی بودن مطالعه یکی از محدودیت‌های آن بوده است و اینکه آموزش‌ها در گروه معلمان انجام شده است که به لحاظ سواد و آموزش پذیری گروه نسبتاً همگن هستند ولی در جامعه به‌صورت کلی، تمام افراد باسواد و کاملاً مشابه نیستند، این مطالعه دارای ابزار مورد استفاده مشابه و یافته‌های همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. همچنین در مطالعه ریسنسون ولن و همکاران^۱ (۲۰۱۶) نیز

¹Robinson Whelen & et al.

اختصاصی خود مورد مشاوره و راهنمایی قرار گرفته‌اند این در حالیکه مطالعه انجام گرفته توسط تیم تحقیق حاضر به وسیله مشاوره گروهی بوده است. مشاوره گروهی، باعث بازیابی اطلاعات و تقویت حس به اشتراک گذاری تجربیات و ادراکات این دوران می‌شود (۲۵). یکی از نقاط قوت این مطالعه، این است که پرسشنامه‌ها در ۲ نوبت بعد از مداخله برای بررسی تأثیر مداخله‌ی مشاوره‌ای، انجام شده است.

در مطالعه‌ای با عنوان کاهش علائم یائسگی برای زنان در طی گذراندن یائسگی با استفاده از آموزش گروهی برای زنان بالای ۴۵ تا ۵۵ سال که توسط کوری و همکاران (۲۰۱۷) در حدود سن یائسگی انجام شد که در مجموع ۱۳۱ زن به صورت تصادفی به گروه آموزشی یا بدون مداخله تقسیم شدند. مداخله شامل دو جلسه آموزشی با موضوعات مربوط به یائسگی بود. پرسشنامه‌ها در ابتدا و چهار ماه بعد از پی‌گیری تکمیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش زنان در زمینه یائسگی برای زنان در سنین پیش یائسگی امکان‌پذیر است و در گروه مداخله علائم یائسگی و افسردگی کاهش معنی‌داری را نشان می‌دهد در حالی که گروه شاهد بیشترین اختلاف را تجربه کردند. این مطالعه پیشنهاد می‌دهد که آموزش در دوران یائسگی برای سنین ۴۵ تا ۵۵ سال مناسب و شایسته است (۷). این مطالعه، برای کاهش علائم یائسگی، آموزش‌ها را در دو جلسه خلاصه کرده است ولی با در نظر گرفتن حیطه‌های مختلف سبک زندگی در تغییرات دوران یائسگی و تأثیر آن‌ها، می‌توانست سایر ابعاد را هم مورد بررسی قرار داد و در این مطالعه با توجه به ابزار مورد استفاده، افسردگی در این زنان مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته است. به نظر می‌رسد که آشنایی با این دوران در آستانه ورود به یائسگی و در قالب یک برنامه حمایتی مناسب متشکل از آموزش، مشاوره، ایجاد محیط حمایتی برای بیان احساسات و امکان به اشتراک گذاشتن تجربیات افراد و پی‌گیری و ارجاع توسط افراد آموزش دیده و خانواده، بسیار مؤثر و مناسب باشد (۲۰). مراقبت‌های خوب دوران یائسگی، کلید زندگی سالم در سنین میان‌سالی و سال‌های بعد است و این مراقبت شامل آموزش، راهنمایی در مورد شیوه زندگی و اطلاعات مبتنی بر شواهد در رابطه با انجام مداخلاتی برای سالم زندگی کردن است (۲۶).

یوشانی و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای با عنوان رابطه بین توانمندسازی فردی و شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت در سازمان‌های غیردولتی زنان در شمال ایران انجام دادند. تعداد ۲۹۰ زن شاغل در بخش‌های غیر دولتی استان گیلان به صورت تصادفی با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و مقیاس موجودی توانمندی فرد بررسی شدند. نتایج به دست آمده نشان

که با هدف توانمندسازی زنان میانسال انجام شد، زنان میانسال در برنامه ارتقا سلامت با تمرکز بر عهده برای روانی، اجتماعی و ارتقاء سلامت جسمی شرکت کردند. در گروه مداخله ارتقاء فعالیت‌های ارتقا دهنده سلامت جسمی مشاهده گردید، اما شواهد کمی مبنی بر ارتقا سلامت روانی مشاهده شد (۲۱). هم چنین پس از مداخله نمرات رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی در پنج حیطه افزایش یافت و برنامه ارتقا سلامت سبب ارتقا اقدامات مربوط به خودکارآمدی و افزایش رفتارهای سالم و سلامت جسمی گردید. در مطالعه حاضر نیز پس از مداخله، در گروه آزمون افزایش نمرات رفتارها در ابعاد فعالیت جسمی، مدیریت استرس، تغذیه، رشد روحی، مسئولیت‌پذیری سلامتی و ارتباطات بین فردی مشاهده شد. در مطالعه نصرآبادی و همکاران (۱۳۹۰) نیز تفاوت آماری معنی‌داری از نظر میانگین نمره سبک زندگی در دو گروه آزمون و شاهد پس از آموزش گزارش گردید (۲۲). پارسا و همکاران (۱۳۹۶) مطالعه‌ای را با هدف بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر رفتارهای خودمراقبتی زنان یائسه مبتلا به دیابت در شهر همدان انجام دادند. این مطالعه روی ۸۰ زن یائسه که به روش تصادفی انتخاب شده بودند و به دو گروه کنترل و شاهد تخصیص داده شدند انجام شد. در گروه شاهد، برنامه آموزشی در قالب ۴ جلسه آموزشی به صورت مشاوره گروهی هفتگی انجام شد و گروه کنترل، تنها مراقبت‌های معمول را دریافت کرد. سه ماه بعد از مداخله (مشاوره گروهی) رفتارهای خودمراقبتی، FBS، و HbA1c، در هر دو گروه مقایسه شد. این مطالعه نشان می‌داد که مشاوره گروهی، رفتارهای خودمراقبتی و شاخص متابولیک را در بیماران دیابتیک افزایش می‌دهد که با یافته مطالعه حاضر در جهت بهبود رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی به دنبال مشاوره گروهی هم سو می‌باشد. تفاوت مطالعه حاضر با این مطالعه اینست که در این مطالعه خودمراقبتی بعد از ابتلا به بیماری انجام شده است و نقطه ضعف این مطالعه این است که شاخص متابولیک را در بیماران دیابتیک بعد از مداخله فقط یکبار سنجیده است (۲۳).

چی آن و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای با عنوان توانمندسازی توانایی خودمراقبتی - یک مطالعه پی‌گیری کلینیکی بر مبنای مشاوره سلامت فردی زنان سنین یائسگی در شمال تایوان انجام دادند. نتایج نهایی، نشان داد که مشاوره سلامت فردی به صورت معنی‌داری در رفتارهای بهداشتی در یک ماه و سه ماه بعد از مداخله، افزایش می‌یابد. نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌دهد که مشاوره فردی قبل از دوران یائسگی می‌تواند رفتارهای سلامتی را بهبود دهد (۲۴) که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد با این تفاوت که این مطالعه به صورت مداخله با محوریت مشاوره فردی انجام گرفته است و هر یک از شرکت‌کنندگان به صورت انفرادی با توجه به چالش‌های

مشاوره گروهی یک فرایند دو جانبه انسانی است که در آن مشاور و یک گروه همسان به بررسی مشکلات، احساسات، نگرش‌ها و ارزش‌ها می‌پردازند و کوششی است در جهت تعدیل و اصلاح نگرش‌ها و ادراکات فرد تا بتواند در مورد مسائل و مشکلات بهداشتی خود بهتر و مؤثرتر اقدام نمایند (۲۸).

مطالعه‌ای دیگر تحت عنوان رفتارهای ارتقاء سلامت و عوامل مؤثر بر آن در زنان میان‌سال با یک رویکرد ترکیبی توسط انجذاب و همکاران انجام شد. این مطالعه یک پژوهش ترکیبی متوالی دو مرحله‌ای بوده است که در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۹ در شهر یزد انجام شده است. در مرحله اول به منظور تعیین وضعیت رفتارهای ارتقاء سلامت در زنان میان‌سال شهر یزد، یک مطالعه کمی توصیفی تحلیلی با مشارکت ۴۸۳ نفر از زنان میان‌سال با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی در سطح شهر یزد و با تکمیل پرسشنامه انجام شد. در مرحله دوم، به منظور تبیین عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقاء سلامت زنان میان‌سال یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای استقرای با مشارکت ۲۱ نفر از زنانی که در مرحله اول بیشترین و کم‌ترین نمرات رفتار ارتقاء سلامت را کسب کرده بودند به صورت مصاحبه نیمه ساختار یافته انفرادی انجام شد. نتایج مرحله اول این پژوهش نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش در رابطه با انجام رفتارهای سالم، عملکرد متوسط داشته و بهترین رفتار ارتقاء دهنده سلامت زنان در رابطه با رشد معنوی و روابط بین فردی افراد و کم‌ترین رفتار در رابطه با رفتار فعالیت فیزیکی دیده شد (۲۹).

در مطالعه حاضر دو گروه مداخله از نظر مشخصات فردی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی با هم همگن بودند ($P > 0/05$)، که این عوامل می‌تواند بر میزان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی زنان میان‌سال تأثیر گذار باشند، به طوری که مطالعه انجذاب و همکاران بین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با سن و میانگین سال‌های تحصیل مشارکت کنندگان ارتباط معنی‌دار مثبت و با تعداد بارداری و فرزندان ارتباط معنی‌دار منفی گزارش کردند. همچنین انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در افراد با شغل و وضعیت بیمه درمانی آنان ارتباط آماری معنی‌دار داشت (۲۹).

مطالعه‌ای دیگر توسط رضایی و همکاران (۱۳۹۵) تحلیلی بر رابطه بین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان روستایی شهرستان اسلام‌آباد غرب انجام شد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که زنان این محله به علت ضعف مفروض اجتماعی، فرهنگی و نیز خشونت بسیار زیاد همسرانشان در معرض انواع تهدیدها قرار دارند که در نهایت موجب افت شدید سلامت زیست آن‌ها شده است. امروزه زنان، به‌ویژه در محلات فقیر و حاشیه‌نشین، با توجه به فقر مضاعف، محرومیت‌ها، روحیه مردسالاری و غیره موجود در این محلات، مقوله سلامت زیست و

می‌دهد که بین توانمندسازی فردی و سبک زندگی ارتباط وجود دارد و با افزایش و توانمندسازی افراد، شیوه زندگی سالم آن‌ها می‌تواند ارتقا یابد. آگاهی افراد از استراتژی‌های خودمراقبتی و نظارت مداوم می‌تواند به پیشگیری از عوارض زودرس و پایدار بیماری‌ها منجر شود و از طرفی به طول عمر افراد و کاهش هزینه مراقبت‌های بهداشتی بیانجامد. ارتقا مراقبت از خود، با آموزش و مشاوره امکان پذیر است. با توجه به اجرای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در دوران پیش از یائسگی به نظر می‌رسد آموزش خود مراقبتی با تأکید بر حیطه‌های سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بتواند گامی مؤثر در جهت اصلاح سبک زندگی زنان در این دوره حساس سنی باشد. همچنین با در نظر گرفتن اینکه با توجه به ترکیب سنی جامعه که در حال پیش رفتن به سوی سالمندی است از این پس بخش قابل توجهی از مراجعات زنان به ماماها و کارشناسان ارشد مشاوره در مامایی را زنان یائسه تشکیل خواهند داد (۲۷).

مطالعه میرغفوروند و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان تأثیر مشاوره بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در زنان میان‌سال: یک کارآزمایی بالینی کنترل شده تک سو کور و با هدف تعیین تأثیر مشاوره بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت (پیامد اولیه) و کیفیت زندگی (پیامد ثانویه) در زنان میان‌سال انجام شد. این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده بر روی ۱۰۲ زن میان‌سال (۵۱ نفر در هر گروه) تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز در سال ۹۴-۹۵ انجام شد و زنان میان‌سال حائز شرایط شرکت کننده در این مطالعه به طور تصادفی و از طریق بلوک بندی طبقه بندی شده (Stratified) بر اساس سن (۴۰ تا ۵۰ و ۵۰ تا ۶۰)، با بلوکهای چهار و شش تایی به دو گروه (یک گروه دریافت کننده مشاوره و گروه دیگر بدون مشاوره) تخصیص داده شدند. مشاوره در زمینه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در ۳ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برای گروه مداخله برگزار شد. پرسشنامه‌های سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (HPLP-II) و کیفیت زندگی، از طریق مصاحبه با شرکت کنندگان در هر دو گروه قبل، چهار و هشت هفته بعد از اتمام مداخله توسط پژوهشگر تکمیل شد. نتایج حاصل از این مطالعه بانتهای مطالعه ما که مشاوره در زنان میان‌سال می‌تواند سبب ارتقای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و در نتیجه بهتر شدن کیفیت زندگی شود. هم سو می‌باشد. این در حالیست که در این مطالعه مشاوره به صورت گروهی انجام شد با این تفاوت که تعداد جلسات و طول مدت مشاوره کم‌تر از مطالعه حاضر می‌باشد ولی مدت پیگیری طولانی مدت از نقاط قوت و متفاوت این مطالعه می‌باشد. این مطالعه چنین نتیجه‌گیری کرد که یکی از مهم‌ترین مداخلات جهت افزایش آگاهی و بهبود رفتار در افراد میان‌سال مشاوره گروهی می‌باشد.

سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت می‌تواند گامی مؤثر در جهت اصلاح سبک زندگی زنان حاشیه‌نشین آسیب پذیر در این دوره حساس سنی باشد. همچنین با در نظر گرفتن اینکه با توجه به ترکیب سنی جامعه که در حال پیش رفتن به سوی سالمندی است از این پس بخش قابل‌توجهی از مراجعات زنان به ماماها و کارشناسان ارشد مشاوره در مامایی را زنان میانسال تشکیل خواهند داد. لذا فرضیه پژوهش مبنی بر این که، میزان رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان میانسال حاشیه‌نشین که از برنامه مداخله‌ای مشاوره گروهی برخوردارند، با گروه کنترل متفاوت است، تأیید می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل پایان نامه دانشکده پرستاری و مامایی با کد اخلاق ir.umsu.rec.۱۳۹۶.۳۹۸ ارومیه می‌باشد. از همکاری‌ها و آن مرکز و نیز همکاری معاونت بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و شرکت‌کنندگان در پژوهش که بدون همکاری آن‌ها انجام این مطالعه امکان‌پذیر نبود، نهایت تشکر و قدردانی می‌گردد.

زندگی سالم خود را در معرض خطر می‌بینند. با توجه به رشد روزافزون جمعیت، شهرنشینی، مهاجرت، فقر و حاشیه‌نشینی که به روند غالب جهان، به‌ویژه در کشورهای جهان سوم تبدیل شده است، ضرورت بررسی و مطالعه سلامت زیست این قشر از جامعه که سلامت کل جامعه، ارتباط تنگاتنگ و مستقیمی با آنان دارد، از اهمیت فراوانی برخوردار است (۳۰).

با توجه به اهمیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان به‌مثابه یکی از شاخص‌های مهم توسعه به‌ویژه در مناطق حاشیه‌نشین، از یک سو و با در نظر گرفتن اهمیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت به‌مثابه یکی از متغیرهای اصلی تأثیرگذار بر آن و با در نظر گرفتن اینکه تعدیل سبک زندگی، سنگ بنای برنامه‌های مدیریت بهداشت زنان میانسال است و می‌تواند زمینه‌ای را برای ارتقاء کیفیت عملکرد جسمی و روانی در طول سال‌های بعدی زندگی فراهم نمایند. با این حال با توجه به اجرای رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در زنان میانسال حاشیه‌نشین به نظر می‌رسد آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در قالب مشاوره گروهی با تأکید بر حیطه‌های

References:

- Rosaldo MZ, Lamphere L, Bamberger J. Woman, culture, and society: Stanford University Press; 2009.
- Organization WH. Women's mental health: An evidence based review: 2000.
- Guralnik JM, Fried LP, Simonsick EM, Lafferty ME, Kasper JD. The Women's Health and Aging Study: health and social characteristics of older women with disability. DIANE Publishing; 2010.
- Kaplan S. Textbook of psychiatry. 2016.
- Nackers LM, Appelhans BM, Segawa E, Janssen I, Dugan SA, Kravitz HM. Associations between body mass index and sexual functioning in midlife women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Menopause (New York, NY). 2015;22(11): 1175.
- Ayers B, Hunter M. Health-related quality of life of women with menopausal hot flushes and night sweats. Climacteric 2013;16(2): 235-9.
- Stevens PE. Marginalized women's access to health care: A feminist narrative analysis. Adv Nurs Sci 2009;16(2): 39-56.
- Kerevel YP, Atkeson LR. Explaining the marginalization of women in legislative institutions. J Politics 2013;75(4): 980-92.
- Stevens PE. Marginalized women's access to health care: A feminist narrative analysis. Adv Nurs Sci 2013;16(2): 39-56.
- Taylor SE, Sirois FM. Health psychology. New York: McGraw-Hill; 2010.
- Ewles L, Simnett I. Promoting health: a practical guide. Elsevier Health Sciences; 2003.
- Higgins PG. Biometric outcomes of a geriatric health promotion programme. Adv Nurs Sci 1988;13(6): 710-5.
- Heidrich SM. Health promotion in old age. Annu Rev Nurs Res 1998;16(1): 173-95.
- Beattie BL, Whitelaw N, Mettler M, Turner D. A vision for older adults and health promotion. Am J Health Prom 2003;18(2): 200-4.
- Campbell J. Technical Working Group Consultation Papers 1 to 8. 2014.
- Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. Counseling and psychotherapy theories in context

- and practice: Skills, strategies, and techniques. John Wiley & Sons; 2015.
17. Siren R, Eriksson JG, Peltonen M, Vanhanen H. Impact of health counselling on cardiovascular disease risk in middle aged men: influence of socioeconomic status. *PloS one* 2014;9(2): e88959.
 18. Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Nebraska: Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center; 1996. P. 120-26.
 19. Zeidi IM, Hajiagha AP, Zeidi BM. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012;22: 103-13.
 20. Heidari F, Mohammad Khan Kermanshahi S, Vanaki Z. The effect of a supportive health promotion program on the lifestyle of premenopause teachers. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2013;17(1): 14-24.
 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* 2016;16(6): 334-45.
 22. Nasrabadi T, Goodarzi Zadeh N, Shahrjerdi A, Hamta A. The effect of education on life style among patients suffering from ischemic heart disease. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2010;20(79): 72-9.
 23. Parsa P, Ahmadiania Tabesh R, Soltani F, Karami M, Khorami N. Effects of Group Counseling on Self-care Behaviors in Menopausal Women with Diabetes. *J Menopausal Med* 2017;23(2): 108-16.
 24. An C, Yu YY, Chou BC, Szu LY, Tsao LI. Empowering self - care ability—a follow - up study of clinical - based perimenopausal women personal health counselling. *J Clin Nurs* 2016;25(19-20): 2979-88.
 25. Rindner L, Strömme G, Nordeman L, Hange D, Gunnarsson R, Rembeck G. Reducing menopausal symptoms for women during the menopause transition using group education in a primary health care setting—a randomized controlled trial. *Maturitas* 2017;98: 14-9.
 26. Currie H, Abernethy K, Gray S, Council BMSMA. British Menopause Society vision for menopause care in the UK: Endorsed by Royal College of General Practitioners, Faculty of Sexual and Reproductive Health, Royal College of Nursing, and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Post Reprod Health* 2017;23(3): 105-9.
 27. Yoshany N, Morowatisharifabad MA, Mihanpour H, Bahri N, Jadgal KM. The effect of husbands' education regarding menopausal health on marital satisfaction of their wives. *J Menopausal Med* 2017;23(1): 15-24.
 28. Karimlou V. The effect of counseling on health promoting lifestyle in middle-aged women: a single-blind randomized controlled trial (Dissertation). Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, Faculty of Nursing & Midwifery; 2017.
 29. Anjazab B, Farajzadegan Z, Taleghani F. Health promotion behaviors and its effective factors in middle-aged women: a hybrid approach. (Dissertation). Yazd: shahid Sadoughi University of Medical Sciences; 2016.
 30. Rezaei R, Norouzi S, Safa L. An Analysis of Relationship between Health-Promoting Lifestyle and Rural Womenâ s Health Related Quality of Life in Eslamabad-e Gharb County of Iran. *Village and Deveopment* 2018;20(1): 25-49.

THE EFFECT OF GROUP COUNSELING ON HEALTH PROMOTION BEHAVIOR IN MIDDLE-AGED WOMEN WHO REFERRED TO BORDER HEALTH CENTERS OF URMIA IN 2017

Marzyeh Ebrahimi¹, Nasim Tolooyi kashtiban^{2*}, Fatemeh Mogaddam Tabrizi³

Received: 09 Sep, 2018; Accepted: 29 Nov, 2018

Abstract

Background & Aims: Health promoting behavior is one of the main criteria of health and it has a potential impact on improvement of health and quality of life in middle-aged women. In addition, it leads to a reduction in health care services expenditure. This study is conducted to determine the effect of group counseling on health promotion behaviors in middle-aged women who referred to border health centers of Urmia in 2018.

Materials & Method: This is an RCT study with pre-test and post-test on the control group. Statistical population of this study was 90 middle-aged women who referred to border health centers that were randomly divided into experimental groups (n = 45) and control (n = 45). The research instruments were demographic questionnaire and standard questionnaire HPLP2 that was completed before and after the intervention. The intervention consisted of six 60-90 minute group counseling session. The non-intervention group received normal care. Data were analyzed by SPSS-20, T-test Wilcoxon rank tests. P-value less than 0.05 was considered significant.

Result: Before the intervention, mean scores were matched the two groups. But after intervention showed a significant increase a mean of the health-promoting behaviors (diet, exercise, responsibility, stress management, interpersonal support, and self-actualization) (P<001).

Conclusion: The results indicated group counseling can be used as appropriated methods to improve the middle-aged women's health-promoting behaviors.

Keywords: Group counseling, Health promotion behavior, Middle-aged women, Slums

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

Tel: +989144457937

Email: cheechest_gas@yahoo.com

¹ Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Urmia, Iran

² Msc Student, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor, Department of Midwifery, Urmia Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran