

THE EFFECT OF EDUCATIONAL INTERVENTION BASED ON PRECEDE-PROCEED MODEL ON QUALITY OF LIFE

The Effect of Educational Intervention Based on PRECEDE-PROCEED Model on the Life Quality of Women-Headed Households Covered By Tehran Welfare Organization

ABSTRACT

Background and objective: The women-headed households are more susceptible to social damages than other women. Such condition remarkably influences the women's health-related life quality. The present study was aimed to investigate the effect of the educational intervention based on PRECEDE-PROCEED model on the quality of life in women-headed households covered by the Tehran Welfare Organization.

Materials and methods: About 180 household-head women, from among the women under the protection of Tehran Welfare Organization, participated in this quasi experimental witnessed study. Sampling was done through multi-stage random sampling method. Instruments used for gathering data included life quality standard questionnaire (WHOQOL-BREF) and a researcher-made questionnaire about the structures of ecologic and educational diagnosis phase of the PRECEDE-PROCEED model whose validity and reliability were approved in the primary study. Based on the results obtained from the primary filling of the questionnaire, the appropriate educational intervention was designed and performed in the case group. One month and three months after the intervention, data were analyzed by SPSS 15 using the descriptive (the mean, SD, frequency and percentage) and analytical tests (t, Mann-Whitney, Chi Square, ANOVA with repeated measures, and Freedman tests).

Results: Before intervention no significant difference was observed between the mean scores of the life quality, behavioral factors, and knowledge, enabling, and reinforcing factors among the two groups. But one month and three months after intervention a significant difference was observed between the mean score of the life quality ($p = 0.001$), behavioral factors ($p = 0.001$), and knowledge ($p = 0.001$), enabling ($p < 0.001$), and reinforcing factors ($p = 0.001$) in the two groups.

Conclusion: Educational intervention through the PRECEDE-PROCEED model effects the women-headed households' quality of life improvement.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Quality of life, women-head household, PRECEDE-PROCEED model, Ecological and educational assessment, Tehran Welfare Organization, Tehran province.

Mahnaz Solhi

Associate Prof. in Health Education & Health Promotion, Dept. of Health Services and Health Education, School of Health, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

Marziyeh Shabani Hamedan

* MSc in Health Education, School of Health, IUMS, Tehran, Iran (Corresponding author) a.jshabani@gmail.com

Masoud Salehi

Assistant Prof., Dept. of Biostatistics, School of Health, IUMS, Tehran, Iran

Received: 25 November 2015

Accepted: 16 November 2016

► **Citation:** Solhi M, Shabani Hamedan M, Salehi M. The effect of educational intervention based on PRECEDE-PROCEED model on the life quality of women-headed households covered by Tehran Welfare Organization. *Iran J Health Educ Health Promot.* Winter 2016;4(4): 259-270.

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید-پروسید روی کیفیت زندگی

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید-پروسید روی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی تهران

چکیده

زمینه و هدف: زنان سرپرست خانوار بیش از سایر زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. این وضعیت تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان دارد. هدف این مطالعه تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید-پروسید روی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده تحت پوشش بهزیستی تهران بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه‌تجربی شاهددار ۱۸۰ زن سرپرست خانواده سازمان بهزیستی استان تهران شرکت داشتند. روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) و پرسشنامه محقق‌ساخته سازه‌های مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پروسید بود؛ که روایی و پایایی آن در مطالعه مقدماتی سنجیده شد. بر اساس نتایج به‌دست آمده از تکمیل اولیه پرسشنامه‌ها، مداخله آموزشی مناسب طراحی و در گروه آزمون اجرا شد. یک و سه ماه بعد از مداخله داده‌ها در SPSS ۱۵ با استفاده از آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف‌معیار، تعداد و درصد) و آزمون‌های تحلیلی (آزمون تی، من‌ویتنی، کای‌اسکوئر، تحلیل اندازه‌های مکرر و فریدمن) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله میان میانگین نمرات کیفیت زندگی، عوامل مستعدکننده، قادرکننده، تقویت‌کننده و عوامل رفتاری در دو گروه تفاوت معنادار مشاهده نشد. یک و سه ماه بعد از مداخله میان میانگین نمره کل کیفیت زندگی ($p=0/001$)، عوامل مستعدکننده ($p=0/001$)، قادرکننده ($p=0/001$)، تقویت‌کننده ($p=0/001$) و عوامل رفتاری در دو گروه تفاوت معنادار مشاهده شد ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: مداخله آموزشی از طریق الگوی پرسید بر ارتقاء کیفیت زندگی این زنان مؤثر است. نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه: کیفیت زندگی، زنان سرپرست خانوار، الگوی پرسید-پروسید، تشخیص آموزشی و اکولوژیک، سازمان بهزیستی تهران، استان تهران.

مهناز صالحی

دانشیار و متخصص آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مرضیه شعبانی‌همدان

* دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

a.jshabani@gmail.com

مسعود صالحی

استادیار و متخصص آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

◀ **استناد:** صالحی م، شعبانی‌همدان م، صالحی م. تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید-پروسید روی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی تهران. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۳۹۵؛ ۴(۴): ۲۵۹-۲۷۰.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۰۴
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۲۶

مقدمه

زنان سرپرست خانواده، زانی هستند که همسرشان از آنها طلاق گرفته، فوت شده، از کارافتادگی شده یا معتاد شده‌اند. در نتیجه، این زنان مجبورند به جای همسر، سرپرستی خانواده و مسئولیت اداره آن را به عهده گیرند (۱). این زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار دارند (۱-۲). مطالعات نشان می‌دهد ۳۷٪ خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند (۳). در کشورهای در حال توسعه ۱۰/۴۸٪ سرپرستان خانواده زن هستند. آمار زنان سرپرست خانواده در سال ۱۳۸۳ در ایران، ۹/۱٪ اعلام شده است. این آمار در سال ۱۳۹۰ به ۱۲/۵٪ افزایش یافته است (۴-۵). وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی آسیب‌پذیر زنان سرپرست بر کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار است (۱، ۶-۷).

کیفیت زندگی به‌عنوان آرامش درونی فرد درباره امور مربوط به خود، طبیعت و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند تعبیر می‌شود (۸). کیفیت زندگی دارای ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است (۹-۱۰). کیفیت زندگی به‌وسیله فرد و به‌صورت رضایتمندی، خوشحالی و توانایی فائق آمدن بر مشکلات نمود پیدا می‌کند (۱۰-۱۲).

مطالعات نشان داده است موانع و مشکلات فردی و اجتماعی زیادی بر سر راه زنان سرپرست وجود دارد، افسردگی در آنان بیشتر دیده می‌شود و از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۷، ۱۳-۱۴). امروزه نقش آموزش بهداشت از طریق مداخلات نظریه‌محور بر ارتقاء سلامت مشخص شده است. انجام پژوهش‌های نظریه‌محور به‌منظور شناسایی عواملی که در ضعف کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده نقش دارند و طراحی مداخلات مناسب ضروری است. کاربرد الگوی پرسید در پیش‌بینی کیفیت زندگی گروه‌های مختلف مردم در مطالعات دیگر نشان داده شده است (۱۷-۱۵). الگوی پرسید در تجزیه و تحلیل مشکلات بهداشتی یا رفتارهای بهداشتی و عوامل مؤثر بر وضع سلامت افراد کاربرد دارد و بر دو جزء مداخله و ارزشیابی تأکید می‌کند. الگوی پرسید پس از ارائه آن در سال ۱۹۸۰ در طی سه دهه با افزایش

بخش پرسید به آن تکمیل شد. الگوی پرسید- پروسید شامل ۸ مرحله است: (۱) تشخیص اجتماعی، (۲) تشخیص اپیدمیولوژیک، (۳) تشخیص آموزشی و اکولوژیک (عوامل مستعدکننده، تقویت‌کننده و قادرکننده)، (۴) تشخیص مدیریتی، (۵) اجرا، (۶) ارزشیابی فرایندی، (۷) ارزشیابی تأثیر و (۸) ارزشیابی نتایج. عوامل مستعدکننده، عواملی هستند که انگیزه اساسی برای رفتار را پدید می‌آورند؛ مانند آگاهی و نگرش. عوامل قادرکننده شامل مواردی مانند مهارت‌ها، منابع یا موانعی هستند که می‌توانند به تغییرات محیطی و رفتاری کمک کنند یا مانع آن شوند. عوامل قادرکننده نیز دربرگیرنده مواردی مانند دسترسی به منابع اطلاعاتی و مالی است. عوامل تقویت‌کننده شامل بازخوردهایی است که فرد از دیگران، به دنبال سازگاری با یک رفتار دریافت می‌کند و می‌تواند تداوم یک رفتار را تقویت و یا تضعیف کند (۱۹-۱۶).

الگوی پرسید- پروسید در مطالعات مختلف بکار رفته و کارایی آن نیز برای ارتقاء کیفیت زندگی تأیید شده است (۲۴-۲۰). در این الگو عوامل مختلفی، که وضعیت سلامت را شکل می‌دهند، بررسی و تفسیر می‌شوند. در زمینه مداخله برای ارتقاء کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحقیقات اندکی انجام شده است و در اکثر این تحقیقات فقط وضعیت کیفیت زندگی این گروه بررسی شده است. هدف این مطالعه تعیین تأثیر مداخله بر اساس مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید- پروسید بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده بهزیستی استان تهران است. نتایج این مطالعه در طراحی مداخلات مناسب برای ارتقاء کیفیت این زنان کاربرد خواهد داشت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه نیمه‌تجربی شاهددار حجم نمونه موردنیاز، بر اساس مطالعه قبلی (۲۳) و با توجه به فرمول مقایسه میانگین دو گروه غیروابسته و با احتساب ۱/۷۶ به ازای تفاوت میانگین‌های ابعاد کیفیت زندگی بعد از مداخله در دو گروه، سطح اطمینان ۹۵٪ و

خطای اول $\alpha = 0/05$ ، در هر یک از دو گروه کنترل و آزمون، در سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۸۲ نفر تعیین شد. برای جلوگیری از ریزش نمونه بعد از مداخله، با در نظر گرفتن ۱۰ درصد نمونه اضافی (۸ نفر در هر گروه) تعداد نمونه کل در هر گروه (کنترل و آزمون) ۹۰ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای بود. ابتدا از بین مراکز بهزیستی، ۵ مرکز به صورت تصادفی انتخاب گردید و سپس تخصیص تصادفی مراکز به دو گروه کنترل (۳ مرکز) و آزمون (۲ مرکز) انجام گرفت. گروه‌های آزمون و کنترل از مراکز جداگانه انتخاب شدند تا با هم ارتباط نداشته باشند. پس از تأیید عنوان پژوهش در کمیته اخلاق و انجام هماهنگی‌های لازم با مراکز فوق، جهت به‌دست آوردن فهرست زنان سرپرست خانواده تحت پوشش مراکز، از پرونده‌های موجود در مراکز بهزیستی استفاده شد. معیار ورود به مطالعه آزمودنی‌ها زنان سرپرست شاغل تحت پوشش سازمان بهزیستی استان تهران بود. برای زنان مورد مطالعه جلسه توجیهی در مورد اهمیت طرح، معیارهای ورود و خروج مطالعه و چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها برگزار شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات پرسشنامه و نتایج آن محرمانه است و از داده‌ها به صورت کلی استفاده خواهد شد. از افراد شرکت‌کننده در پژوهش رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ۱ بود که این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران (۲۴) ترجمه و اعتبارسنجی شده است؛ آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ بود. این پرسشنامه دارای چهار حیطه سلامت جسمانی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، سلامت اجتماعی (۳ سؤال)، و سلامت محیط (۸ سؤال) است. این پرسشنامه دو سؤال دیگر نیز دارد؛ که به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. پس پرسشنامه در مجموع شامل ۲۶ سؤال است. در این مطالعه نمره کل کیفیت زندگی ملاک بود.

ابزار دیگر گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته بر اساس مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پرسید بود. جهت تعیین اعتبار علمی این پرسشنامه از روش روایی محتوایی کمی و کیفی استفاده شد. برای کسب روایی محتوایی کیفی از کتب، مجلات و مقالات علمی و همچنین با الگوگیری از پرسشنامه‌های تحقیقات انجام‌شده در ایران و سایر کشورها ابزار گردآوری داده‌ها تهیه شد. سپس برای تعیین روایی محتوایی به صورت پرسشنامه در اختیار ۱۱ نفر از اساتید و متخصصان آموزش بهداشت و کارشناسان ارشد مسئول زنان سرپرست خانواده در بهزیستی قرار گرفت. شاخص روایی محتوایی ۰/۸۹ و نسبت روایی محتوایی ۰/۷۹ به دست آمد و روایی علمی آن مورد تأیید قرار گرفت. همچنین از طریق آزمون مقدماتی روی ۱۵ نفر که شبیه افراد نمونه بودند، تجانس درونی ابزار با آزمون آلفاکرونباخ برای سازه آگاهی ۰/۷۰۲، برای سازه نگرش ۰/۸۰، برای سازه عوامل قادرکننده ۰/۷۴، برای سازه عوامل تقویت‌کننده ۰/۸۰، برای سازه عوامل رفتاری ۰/۷۴ و در کل سؤالات ۰/۷۶ بود. پایایی آن با استفاده از آزمون مجدد برای سازه آگاهی ۰/۹۵، برای سازه نگرش ۰/۹۲، برای سازه عوامل قادرکننده ۰/۹۴، برای سازه عوامل تقویت‌کننده ۰/۹۷، برای سازه عوامل رفتاری ۰/۹۷، در کل سؤالات ۰/۹۵ بود کسب شد.

پرسشنامه محقق‌ساخته تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پرسید شامل ۶۰ سؤال بود؛ ۹ سؤال متغیرهای جمعیت‌شناختی، ۲۴ سؤال درباره عوامل مستعدکننده، ۱۵ سؤال درباره عوامل قادرکننده، ۸ سؤال در زمینه عوامل تقویت‌کننده و ۱۳ سؤال در زمینه علل رفتاری. سؤالات عوامل مستعدکننده شامل دو بخش آگاهی و نگرش بود. سؤالات بخش آگاهی شامل ۸ سؤال چهارگزینه‌ای بود (مانند سؤالاتی درباره ابعاد کیفیت زندگی، نیازهای تغذیه‌ای و علائم افسردگی). سؤالات بخش نگرش ۱۶ سؤال با مقیاس لیکرت پنج‌تایی (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم یا کاملاً مخالفم) بود و شامل

(بلی خیر) بود، لذا نمره قابل اکتساب در این سازه در محدوده بین ۹ تا ۴۸ بود. سازه عوامل تقویت کننده با مقیاس لیکرت با طیف ۱ تا ۵ (همیشه، اغلب اوقات، بعضی اوقات، به ندرت یا هرگز) بود. لذا نمره قابل اکتساب در این سازه در محدوده ۸-۴۰ بود و سؤالات علل رفتاری سه گزینه‌ای (بلی، خیر یا تا حدودی) بود. به پاسخ بلی امتیاز ۲ و به پاسخ تا حدودی امتیاز ۱ تعلق گرفت و به پاسخ خیر امتیازی تعلق نمی گرفت. حداقل و حداکثر امتیازات این بخش ۰ تا ۲۶ بود. معیار دسته‌بندی در تمام متغیرهای اصلی میانگین \pm انحراف معیار بود.

بر اساس نتایج به دست آمده از تکمیل پرسشنامه‌ها همراه با مصاحبه که با موافقت زنان سرپرست خانواده و در محیط خصوصی انجام شد، مداخله آموزشی بر اساس مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پروسید طراحی و به تأیید تعدادی از متخصصان رسید. مداخله شامل ۱۰ جلسه آموزشی بود. مدت هر جلسه ۴۵ دقیقه بود؛ که با روش‌های سخنرانی، بحث گروهی (در سه جلسه و تقسیم‌بندی زنان به گروه‌های ۵-۶ نفره)، پرسش و پاسخ، جلسات مشاوره زنان با مددکاران بهزیستی و با ارائه مواد آموزشی شامل وبلاگ (برای زنان و فرزندان)، لوح فشرده آموزشی و کتابچه آموزشی اجرا شد.

در مداخله طراحی شده مباحثی برای ارتقاء آگاهی و نگرش به عنوان عوامل مستعدکننده در نظر گرفته شد. این مباحث شامل مطالبی درباره کیفیت زندگی، راهکارهای بهبود تغذیه سالم و ارزان، تفریحات سالم و ارزان، خواب راحت، بهبود شرایط محیط کار، شرایط محیط خانه، راه‌های مقابله با اضطراب و استرس، پرورش تفکر مثبت در خود بود.

در مداخله طراحی شده عوامل قادرکننده این موارد را شامل می‌شد: ارائه کتابچه راهکارهای بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی، برگزاری کلاس‌های آموزشی، نمایش اسلایدها و فیلم آموزشی، آموزش مهارت‌های مقابله با استرس، اضطراب، افسردگی، صرف هزینه کمتر برای تغذیه سالم و مناسب، نشستن و ایستادن صحیح هنگام کار، انجام نرمش و پیاده‌روی، کاهش هزینه خانواده از

سؤالاتی مانند «ارتقای کیفیت زندگی برای من معنایی ندارد»، «تغذیه مناسب برای من امکان‌پذیر است» یا «انجام ورزش برای من مشکل است». است. مقیاس سؤالات عوامل قادرکننده پنج گزینه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، بعضی اوقات، به ندرت یا هرگز) بود. نمونه سؤالات آن نیز عبارت بودند از: «برای انجام فعالیت ورزشی زمان کافی در اختیار دارم»، «در محیط کارم زمانی برای استراحت یا انجام فعالیت شخصی دارم». مقیاس عوامل تقویت کننده در برخی سؤالات دوگزینه‌ای (بلی یا خیر) و در برخی سؤالات پنج گزینه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، بعضی اوقات، به ندرت یا هرگز) بود. نمونه سؤالات آن نیز عبارت بودند از: «قوانین محیط کار مرا برای داشتن زندگی بهتر کمک می‌نماید» یا «عضو صندوق رفاه هستم». مقیاس سؤالات علل رفتاری سه گزینه‌ای (بلی، خیر یا تا حدودی) بود. نمونه سؤالات آن نیز عبارت بودند از: «از رژیم غذایی مناسب و سالم استفاده می‌کنم»، «به اندازه کافی می‌خوابم» یا «ورزش می‌کنم». نحوه امتیازدهی در بخش سؤالات عوامل مستعدکننده (آگاهی) به این صورت بود که به پاسخ صحیح امتیاز ۱ تعلق می‌گرفت و به پاسخ غلط امتیازی تعلق نمی‌گرفت. با توجه به این که در برخی از سؤالات آگاهی امکان انتخاب بیش از یک گزینه وجود داشت، لذا نمره قابل اکتساب در این سازه در محدوده ۰ تا ۲۲ بود. برای هر یک از سؤالات بخش نگرش عوامل مستعدکننده امتیاز بین ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد. در نمره‌گذاری لیکرت به جهات مثبت و منفی سؤالات نیز توجه شد. یعنی اگر جمله مثبت بود، بیشترین نمره به گزینه کاملاً موافقم و در غیر این صورت بیشترین نمره به گزینه کاملاً مخالفم تعلق می‌گرفت. لذا نمره قابل اکتساب در این سازه در محدوده بین ۱۶ تا ۸۰ بود. نمره‌گذاری سازه عوامل قادرکننده با مقیاس لیکرت با طیف ۱ تا ۵ (همیشه، اغلب اوقات، بعضی اوقات، به ندرت یا هرگز) و سؤالات دوگزینه‌ای (بلی یا خیر) بود. به پاسخ بلی امتیاز ۱ تعلق گرفت و به پاسخ خیر امتیازی تعلق نمی‌گرفت. از آنجاکه در این بخش ۹ سؤال که با مقیاس لیکرت سنجیده می‌شد و ۳ سؤال به صورت دوگزینه‌ای

سرپرست خانواده و در محیطی کاملاً خصوصی تکمیل شدند. به این صورت که سؤالات پرسشنامه توسط یکی از پژوهشگران پرسیده می‌شدند و توسط ایشان در دو گروه تکمیل شدند. داده‌ها در SPSS ۱۵ با استفاده از آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آزمون‌های تحلیلی (آزمون تی، من‌ویتنی، کای‌اسکوئر، تحلیل اندازه‌های مکرر و فریدمن) تجزیه و تحلیل و مقایسه شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمون $42/30 \pm 8/02$ و گروه کنترل $44/49 \pm 9/50$ بود. پس از انجام آزمون تی مستقل در دو گروه از نظر سن شرکت‌کنندگان اختلاف معنادار مشاهده نشد ($p=0/09$). میانگین بعد خانوار گروه آزمون $2/4 \pm 0/7$ و در گروه کنترل $2/3 \pm 0/6$ به دست آمد. پس از انجام آزمون من‌ویتنی در دو گروه از نظر بعد خانوار شرکت‌کنندگان اختلاف معنادار مشاهده نشد ($p=0/391$). سایر مشخصات جمعیت‌شناختی افراد مورد بررسی در جدول ۱ نشان داده شده است.

طریق حذف موارد غیر ضروری، بهبود ارتباط با خانواده، شرکت در مجالس مذهبی و کمک مالی (دریافت وام و کمک هزینه از مراکز خیریه) و غیرمالی (مواد غذایی اولیه مانند گوشت و روغن).

در مداخله طراحی شده برای گروه آزمون شامل این موارد می‌شد: عوامل تقویت‌کننده شامل حمایت عاطفی و تشویق از طرف مددکاران، استفاده از تجربیات زنان سرپرست موفق، حمایت عاطفی از طرف فرزندان، پخش جملات امیددهنده صوتی در آسانسور مرکز بهزیستی و امکان برقراری تماس تلفنی زنان سرپرست با آموزشگر در صورت نیاز جهت پاسخگویی به سؤالات آنان.

در مداخله طراحی شده علل رفتاری این موارد را شامل می‌شد: استفاده از رژیم غذایی سالم و ارزان، پیاده‌روی تا محل کار، استفاده از راهکارهای بهبود خواب، استفاده از راهکارهای کنترل خشم و اضطراب و افسردگی و تکنیک آرام‌سازی، کاهش هزینه‌های اضافه خانواده، استفاده از راهکارهای اصولی و مؤثر برای بهبود شرایط محیط کار و محل سکونت و انجام تفریحات سالم و ارزان؛ که به عنوان رفتارهای سالم در نظر گرفته شد.

یک و سه ماه پس از مداخله، پرسشنامه‌ها با موافقت زنان

جدول ۱. وضعیت متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد مورد بررسی

آزمون χ^2 p-value	کنترل		آزمون		دسته‌بندی	متغیر مورد بررسی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
0/178	72/2	65	62/2	56	مطلقه مجرد	وضعیت تأهل
	11/1	10	21/1	19	متأهل	
	16/7	15	16/7	15	بیوه	
0/178	8/9	8	2/2	2	بی‌سواد	مقطع تحصیلی
	17/8	16	20/0	18	ابتدایی	
	26/7	24	31/1	28	راهنمایی	
	42/2	38	36/7	33	دیپلم	
	4/4	4	10/0	9	دانشگاهی	
0/059	87/8	79	95/6	86	روزمزد	نوع استخدام
	12/2	11	4/4	4	قراردادی و رسمی	
0/057	16/7	15	16/7	15	بیوه	علت سرپرستی
	72/2	65	58/9	53	مطلقه	
	11/1	10	24/4	22	سایر علل (اعتیاد، زندانی بودن همسر، متواری بودن همسر، بیماری)	

اجتماعی در گروه آزمون $38/24 \pm 15/84$ و در گروه کنترل $42/31 \pm 14/74$ بود. میانگین بعد سلامت محیط در گروه آزمون $37/36 \pm 13/31$ و در گروه کنترل $49/06 \pm 11/24$ بود.

اما یک و سه ماه پس از مداخله میان میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنادار مشاهده شد. تغییرات ابعاد کیفیت زندگی قبل و یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل در زنان مورد بررسی در جدول ۲ نشان داده شده است.

میانگین نمره کل کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه آزمون $45/54 \pm 10/89$ و در گروه کنترل $43/45 \pm 12/07$ بود. با توجه به دسته‌بندی کیفیت زندگی بر اساس معیار میانگین \pm انحراف معیار در کل نمونه (ضعیف = $0-33/2$ ، متوسط = $33/3-66/4$ و خوب = $66/5-100$) وضع دو گروه از این نظر متوسط بود. میانگین بعد سلامت جسمی در گروه آزمون $49/80 \pm 14/25$ و در گروه کنترل $50/91 \pm 9/1$ بود. میانگین بعد سلامت روانی در گروه آزمون $46/75 \pm 16/80$ و در گروه کنترل $46/99 \pm 12/66$ بود. میانگین بعد سلامت

جدول ۲. مقایسه تغییرات ابعاد کیفیت زندگی قبل، یک و سه ماه بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل در زنان سرپرست

آزمون و احتمال	آزمون	کنترل	ابعاد	
			کیفیت زندگی	میانگین و انحراف معیار
قبل از مداخله	$p = 0/116$ و $Z = -1/572$	$14/25 \pm 49/80$	$50/91 \pm 9/41$	سلامت جسم
	$p = 0/749$ و $Z = -3/20$	$16/80 \pm 46/75$	$12/66 \pm 46/99$	سلامت روان
	$p = 0/053$ و $Z = -1/937$	$15/84 \pm 38/24$	$14/74 \pm 42/31$	سلامت اجتماع
	$p = 0/994$ و $Z = -0/07$	$38/29 \pm 11/93$	$37/36 \pm 13/31$	سلامت محیط
	$p = 0/224$ و $t = 1/219$	$43/45 \pm 12/07$	$45/54 \pm 10/89$	کیفیت زندگی
یک ماه بعد از مداخله	$p = 0/026$ و $Z = -2/228$	$56/46 \pm 13/36$	$50/91 \pm 9/26$	سلامت جسم
	$p > 0/001$ و $Z = -4/188$	$14/92 \pm 56/85$	$12/42 \pm 47/08$	سلامت روان
	$p = 0/05$ و $Z = -1/96$	$14/36 \pm 47/03$	$13/74 \pm 42/50$	سلامت اجتماع
	$p < 0/001$ و $Z = -5/863$	$49/06 \pm 11/24$	$37/15 \pm 12/97$	سلامت محیط
سه ماه بعد از مداخله	$p > 0/001$ و $t = -4/872$	$53/21 \pm 10/29$	$45/69 \pm 10/41$	کیفیت زندگی
	$p = 0/017$ و $Z = -2/395$	$56/74 \pm 12/89$	$50/99 \pm 9/10$	سلامت جسم
	$p > 0/001$ و $Z = -4/267$	$56/85 \pm 14/51$	$47/22 \pm 12/12$	سلامت روان
	$p = 0/033$ و $Z = -2/136$	$47/31 \pm 15/69$	$42/22 \pm 14/50$	سلامت اجتماع
	$p > 0/001$ و $t = -5/661$	$48/99 \pm 11/50$	$37/29 \pm 13/01$	سلامت محیط
	$p > 0/001$ و $t = -4/977$	$53/34 \pm 10/17$	$45/76 \pm 10/24$	کیفیت زندگی

آزمون $10/16$ و در گروه کنترل $9/66$ بود. با توجه به دسته‌بندی این متغیرها بر اساس معیار میانگین \pm انحراف معیار در کل نمونه برای آگاهی (ضعیف = $0-7$ ، متوسط = $8-14$ و خوب = $15-22$)، برای نگرش (ضعیف = $16-37$ ، متوسط = $38-58$ و خوب = $59-80$)، برای عوامل قادرکننده (ضعیف = $9-22$ ، متوسط = $23-35$ و خوب = $36-48$)، برای تقویت‌کنندهها (ضعیف =

میانگین نمره آگاهی قبل از مداخله در گروه آزمون $7/44$ و در گروه کنترل $7/51$ بود. میانگین نمره نگرش در گروه آزمون $48/54$ و در گروه کنترل $47/01$ بود. میانگین نمره عوامل قادرکننده در گروه آزمون $23/13$ و در گروه کنترل $22/35$ بود. میانگین نمره تقویت‌کننده در گروه آزمون $15/64$ و در گروه کنترل $15/97$ بود. میانگین نمره علل رفتاری در گروه

($p=0/001$) و نمره کیفیت زندگی ($p=0/001$) وجود داشت. در سه مرحله قبل از آموزش، یک و سه ماه بعد از مداخله آموزشی در دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معناداری داشت. بدین صورت که افزایش معناداری در میانگین نمرات تمام سازه‌ها و کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به شاهد وجود داشت.

نتایج آزمون فریدمن نشان داد که میانگین نمرات سازه‌های مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پرسید، عوامل مستعدکننده آگاهی ($p = 0/001$) و علل رفتاری ($p = 0/001$) در سه مرحله قبل از آموزش، یک ماه و سه ماه بعد از مداخله آموزشی در دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معناداری داشت. بدین صورت که افزایش معناداری در میانگین نمرات آگاهی و علل رفتاری در گروه مداخله نسبت به شاهد وجود داشت (جدول ۳).

جدول ۳. جدول توصیفی تحلیلی مقایسه میانگین نمره سازه‌های مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پرسید و نمره کیفیت زندگی قبل، یک و سه ماه بعد از مداخله در دو گروه مورد مطالعه

مقدار احتمال تحلیل اندازه‌های مکرر و فریدمن	سه ماه بعد از آموزش		یک ماه بعد از آموزش		قبل از آموزش			مرحله و گروه متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه	
$p=0/001$	۲/۶۴	۱۹/۱۸	۲/۷۰۱	۱۹/۱۴	۳/۵۲۹	۷/۴۴	آزمون	آگاهی
	۳/۱۶۹	۷/۷۲	۳/۱۶۲	۷/۶۸	۳/۰۸۰	۷/۵۱	کنترل	
$p=0/001$	۷/۶۱۲	۵۹/۵۷	۷/۶۶۸	۵۹/۵۲	۸/۷۸	۴۸/۵۴	آزمون	نگرش
	۶/۰۲۸	۴۷/۰۰	۶/۰۶۳	۴۶/۹۶	۶/۱۹۶	۴۷/۰۱	کنترل	
$p=0/001$	۴/۹۴۲	۳۰/۳۶	۴/۹۴۵	۳۰/۲۸	۵/۷۱۰	۲۳/۱۳	آزمون	قادرکننده
	۵/۳۵۹	۲۲/۱۶	۵/۳۶۱	۲۲/۱۶	۵/۳۵۳	۲۲/۳۵	کنترل	
$p=0/001$	۴/۳۶۳	۲۱/۴۶	۴/۳۶۳	۲۱/۴۴	۴/۲۴۰	۱۵/۶۴	آزمون	تقویت کننده
	۴/۴۵۶	۱۵/۸۴	۴/۴۶۰	۱۵/۸۷	۴/۴۶۹	۱۵/۹۷	کنترل	
$p=0/001$	۳/۸۶۸	۱۵/۰۴	۳/۸۳۲	۱۴/۷۹	۴/۵۳۲	۱۰/۱۶	آزمون	علل رفتاری
	۳/۵۱۵	۹/۵۶	۳/۵۱۹	۹/۵۳	۳/۶۲۶	۹/۶۶	کنترل	
$p=0/001$	۱۰/۱۷۱	۵۳/۳۴	۱۰/۲۹۱	۵۳/۲۱	۱۲/۰۷۳	۴۳/۴۵	آزمون	کیفیت زندگی
	۱۰/۲۴۷	۴۵/۷۶	۱۰/۴۱۶	۴۵/۶۹	۱۰/۸۹۳	۴۵/۵۴	کنترل	

مطالعه ریماز و همکاران (۷) است. این یافته بر لزوم طراحی مداخله مناسب برای ارتقاء وضع کیفیت زندگی در این زنان تأکید دارد.

بحث

۱۷-۸، متوسط = ۲۷-۱۸ و خوب = ۲۸-۴۰) برای علل رفتاری (ضعیف = ۸-۰، متوسط = ۹-۱۶ و خوب = ۱۷-۲۶) بود. وضع دو گروه از نظر این متغیرهای مطرح شده (آگاهی، نگرش، عوامل قادرکننده، تقویت کننده‌ها و علل رفتاری) قبل از مداخله متوسط بود.

میان میانگین نمرات کیفیت زندگی، عوامل مستعدکننده، قادرکننده، تقویت کننده و عوامل رفتاری قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معنادار مشاهده نشد. اما یک و سه ماه بعد از مداخله میان میانگین این متغیرها تفاوت معنادار مشاهده شد (جدول ۳). نتایج آزمون آنالیز تحلیل اندازه‌های مکرر نشان داد که میانگین نمرات سازه‌های مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پرسید، عوامل مستعدکننده نگرش ($p=0/001$) و عوامل قادرکننده ($p=0/001$)، عوامل تقویت کننده

در این مطالعه قبل از مداخله وضع دو گروه مورد بررسی، نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن متوسط بود. یافته حاضر مشابه نتیجه

محیط تفاوت معنادار آماری نشان داد، در مطالعه تقدیسی و همکاران (۲۹) نیز بعد از مداخله بهبود قابل توجهی در سلامت جسمانی مشاهده شد. نتایج حاصل از پژوهش عادلین راسی و همکاران (۲۳) هم نشان دادند مداخله آموزشی در زمینه راهبردهای مقابله‌ای بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت جسمانی، سلامت روان و سلامت عمومی زنان مؤثر است. در مطالعه هزاوه‌ای و همکاران (۳۳) در زمینه بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید بر میزان افسردگی بیماران با عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر نیز پس از مداخله تمام عوامل آموزشی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد از سطح بالاتری برخوردار بودند و توان ایجاد تغییر رفتار توسط این الگو اثبات شد. نظری و همکاران (۳۴) نشان دادند طراحی و اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید-پرووسید و سازه‌های مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک این الگو (آگاهی، نگرش، رفتار، عوامل قادرکننده و عوامل تقویت‌کننده) سبب افزایش رفتارهای ایمن در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شد. یافته‌های مطالعه اختیاری و همکاران (۳۵) نشان داد الگوی پرسید-پرووسید الگویی مناسب برای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات پیشگیری‌کننده از خشونت در نوجوانان است. صفاری و همکاران (۳۶) در مطالعه خود دریافتند استفاده از الگوی پرسید منجر به موفقیت قابل توجهی در بهبود سبک زندگی نوجوانان می‌شود و می‌توان از آن به‌عنوان یک الگوی کارآمد در برنامه‌ریزی، استفاده کرد. در تحقیق شریفی‌راد و همکاران (۳۷) نیز بعد از مداخله آموزشی، سالمندانی که آموزش دیده بودند نسبت به گروه کنترل در عوامل مستعدکننده (آگاهی و نگرش)، قادرکننده، تقویت‌کننده نمره بالاتری را کسب کردند؛ که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. بنابراین، بر اساس این یافته لازم است برای ارتقاء وضع سلامت جسمانی، سلامت روان و سلامت محیط زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی تهران مداخله آموزشی بر اساس مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پرووسید طراحی شود.

همچنین در پژوهش حاضر وضع دو گروه قبل از مداخله از نظر اجزاء مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پرووسید (آگاهی، نگرش، عوامل قادرکننده و تقویت‌کننده و علل رفتاری) متوسط بود. این نتیجه با نتایج مطالعه متین و همکاران (۲۵) همخوانی دارد. این نتیجه بر ضرورت طراحی مداخله به‌منظور ارتقاء آگاهی، نگرش، عوامل قادرکننده و تقویت‌کننده و علل رفتاری در زنان موردبررسی دلالت می‌کند. یک و سه ماه پس از مداخله در گروه آزمون میان‌نگین نمره عوامل مستعدکننده آگاهی و نگرش زنان موردبررسی اختلاف معنادار آماری مشاهده شد. در مطالعه یئو و همکاران (۲۶) نیز تأثیر مداخله بر اساس الگو پرسید-پرووسید، بر تغییر رفتار، افزایش سطح آگاهی و ایجاد نگرش مثبت عنوان شده است؛ این نتیجه مشابه یافته‌های مطالعه مُشکی و همکاران (۲۷) است. این یافته نشان‌دهنده تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پرووسید بر ارتقاء آگاهی و نگرش زنان موردبررسی است. در این تحقیق یک و سه ماه بعد از آموزش در گروه آزمون میان‌نگین نمرات عوامل قادرکننده، تقویت‌کننده و علل رفتاری زنان سرپرست اختلاف معنادار آماری به‌دست‌آمد. نتایج حاصل از مطالعات متین و همکاران (۲۵)، دنگ و هو (۲۸)، تقدیسی و همکاران (۲۹) ابراهیمی نژاد و همکاران (۳۰) نیز تأثیر الگوی پرسید-پرووسید را بر افزایش عوامل مستعدکننده (آگاهی، نگرش)، قادرکننده و تقویت‌کننده نشان داد. مطالعات فیلیپس و همکاران (۳۱) و لی و همکاران (۳۲) نیز بر کارایی الگوی پرسید بر تغییر رفتار سالم و تسهیل خدمات بهداشتی تأکید دارد. این یافته نشان‌دهنده تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پرووسید بر ارتقاء عوامل قادرکننده، تقویت‌کننده و علل رفتاری زنان موردبررسی است. در این مطالعه یک و سه ماه بعد از مداخله در گروه آزمون میان‌نگین نمرات سلامت جسمانی، سلامت روان و سلامت

در مطالعه حاضر مشخص شد مداخله آموزشی بر اساس مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید بر ارتقاء کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار مورد بررسی مؤثر بوده است. این نتایج در مطالعه متین و همکاران (۲۵) با عنوان تأثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی پرسید بر کیفیت زندگی سالمندان که منجر به تغییر معنادار کیفیت زندگی در گروه آزمون شده بود هم نشان داده شد. در مطالعه دهداری و همکاران (۲۰) با عنوان تأثیر آموزش بر مبنای الگوی پرسید-پروسید بر افزایش کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر نیز همین نتیجه به دست آمده است. همچنین مطالعه‌ای که توسط چو و همکاران (۳۸) انجام گرفت، تأثیر مداخله آموزشی در بهبود سلامت فیزیکی به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی زنان کارگر مهاجر مطرح شد. پژوهشی نادری و همکاران (۱۵) نیز تأثیر آموزش مهارت مدیریت استرس بر افزایش کیفیت زندگی زنان شاغل را نشان داد. یافته‌های مطالعه پورنقاش تهرانی و اعتمادی (۳۹) تأثیر الگوی پرسید بر بهبود کیفیت زندگی بیماران پیوند عروق کرونر را عنوان کرد. مطالعه سبزمکان و همکاران (۲۱) کارایی و اثربخشی برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید را در پیشگیری و کاهش میزان افسردگی بیماران با عمل جراحی بای پس عروق کرونر و تغییر رفتار توسط این الگو را نشان داد. در پژوهش عروجی و همکاران (۴۰) نیز پس از مداخله آموزشی بر اساس الگوی پرسید میانگین نمرات عوامل مستعدکننده (آگاهی و نگرش)، عوامل تقویت کننده، عوامل قادرکننده و عوامل رفتاری در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری نشان داد.

هرچند ارتقاء کیفیت زندگی و ایجاد زندگی سالم، در افراد مخصوصاً زنان سرپرست خانواده صرفاً از طریق آموزش بسیار مشکل است و نیاز به سیاست‌گذاری، صرف زمان بیشتر و حمایت‌های جانبی در کنار آموزش دارد، لیکن نقش مداخلات آموزشی در کسب شیوه زندگی سالم در افراد مختلف خصوصاً زنان سرپرست خانواده که بسیار آسیب‌پذیر هستند، نباید نادیده

گرفته شود. اگر این مداخلات به صورت علمی و برنامه‌ریزی شده از طریق الگوهای جامع و شناخته شده از جمله الگوی پرسید صورت گیرد، به طور یقین نتایج بهتری را به همراه خواهد داشت. زیرا الگوهایی مثل پرسید یک جنبش سیستماتیک را برای انجام رفتارهای سالم در فرد رهبری می‌کنند.

خودگزارش‌دهی و محدودیت تعمیم نتایج به مراکز بهزیستی تهران از محدودیت‌های این مطالعه بودند. برای رفع این محدودیت‌ها مطالعه مبتنی بر شواهد و انجام مطالعه در مراکز بهزیستی شهرهای دیگر و مقایسه نتایج پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری: مداخله آموزشی بر اساس مرحله تشخیص آموزشی و اکولوژیک الگوی پرسید-پروسید بر ارتقاء کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده مورد بررسی تأثیرگذار بود. سازه‌های آموزشی الگوی پرسید اعم از مستعدکننده، قادرکننده و تقویت کننده روی عوامل رفتاری تأثیر می‌گذارند و منجر به کسب رفتارهای سالم می‌شود. این رفتارها نیز به نوبه خود بر افزایش سطح سلامت و به تبع آن بر افزایش سطح کیفیت زندگی مؤثر است. بنابراین، می‌توان از این الگو برای طراحی مداخلات به منظور ارتقاء کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی استان تهران استفاده کرد. همچنین برای دسترسی به افزایش مطلوب در کیفیت زندگی از طریق مداخله آموزشی، رعایت فاصله مناسب بعد از آموزش و دادن فرصت کافی به افراد برای ایجاد تغییر در رفتار ضرورت دارد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره ۲۵۱۲۳ است. نویسندگان از حمایت مالی این معاونت، مسئولان سازمان بهزیستی تهران و موسسه خیریه صدیقین و همکاری زنان شرکت کننده قدردانی می‌کنند.

References:

1. President CfWaF. Laws and regulations related to the consolidation 2013. 32
2. Salehi. Ways of empowering women headed households, women-headed households from the perspective of the welfare of city 2012.
3. Moti N. Opportunities for children in female-headed families Women. 1999;53,54.
4. Presidential, Control DSPa, Iran SCo. Selected results Population and Housing Census 2011.
5. Statistics and Informatics Branch OoWsA. Statistics and Informatics 2005.
6. Hernández RL, Aranda BE, Ramírez MTG. Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. The Spanish journal of psychology. 2009;12(01):171-83.
7. Rimaz Sh, Dastoorpoor M, Vesali Azar Shorbeyani S, Saiepour N, Beigi Z, Nedjat S. The Survey of Quality of Life and its Related Factors in Female-headed Households Supported by Tehran Municipality, Ddistrict 9. Iranian Journal of Epidemiology. 2014;10(2):48-55.
8. Diwan R. Relational wealth and the quality of life. The Journal of Socio-Economics. 2000;29(4):305-40.
9. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 2007.
10. Shabany Hamedan M, Mohamad Aliha J. Relationship between immunosuppressive medications adherence and quality of life and some patient factors in renal transplant patients in Iran. Global journal of health science. 2014;6(4):205-12.
11. Frisch MB. Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy: John Wiley & Sons; 2005.
12. Phillips D. Quality of life: Concept, policy and practice: Routledge; 2006.
13. Nadrian H, Sharifabad M, Soleimani Salehabadi H. Paradims of rheumatoid arthritis patients quality of life predictors based on path analysis of the Precede model. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2010;14(1):32-44.
14. Naderi Z, Zighimat F, Ebadi A, Kachuyi H, Mehdizadeh S. Evaluation of the Application of the PRECEDE-PROCEED Model on the Quality of Life of People Living with Epilepsy Referring to Baqyatallah Hospital in Tehran. daneshvar. 2009;16(82):37-44.
15. Tehrani H, Majlessi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Kabootarkhani MH. Applying Socioecological Model to Improve Women's Physical Activity: A Randomized Control Trial. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2016;18(3): e21072.
16. Vafaeenajar A, Masihabadi M, Moshki M, Ebrahimpour H, Tehrani H, Esmaily H, et al. Determining the Theory of Planned Behavior's Predictive Power on Adolescents' Dependence on Computer Games. ranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2015;2(4):303-11.
17. Zigheymat F, Naderi Z, Ebadi A, Kachuei H, Mehdizade S, Ameli J, et al. Effect of education based on «precede-proceed» model on knowledge, attitude and behavior of epilepsy patients. Journal of Behavioral Sciences. 2009;3(3):223-9.
18. bastani. The synthesis is based on the effectiveness of training stress Asked by the health belief model and the theory of self-efficacy Perceived stress and optimal pregnancy outcomes in pregnant women. Tarbiat Modarres University 2005.
19. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach: McGraw-Hill New York; 2005.
20. Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, Etemad S. Planning and evaluation of an educational intervention programme to improve life quality in patients after coronary artery bypass graft-surgery according to PRECEDE-PROCEED model. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2009;15(4):27-37.
21. Sabzmakan L, Hazavehei S, Morowatisharifabad M, Hasanzadeh A, Rabiee K, Sadeqi M. The effects of a PRECEDE-based educational program on depression, general health, and quality of life of coronary artery bypass grafting patients. Asian journal of psychiatry. 2010;3(2):79-83.
22. Norozi E, Mostafavi F, Hassanzadeh A, Moodi M, Sharifirad G. Factors related with quality of life among postmenopausal women in Isfahan, Iran, based on behavioral analysis phase of precede model. Health System Res. 2011;7(3):267-77.
23. Rasi HA, Timpka T, Lindqvist K, Moula A. Can a psychosocial intervention programme teaching coping strategies improve the quality of life of Iranian women? A non-randomised quasi-experimental study. BMJ open. 2013;3(3):e002407.
24. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006;4(4):1-12. http://sjsph.tums.ac.ir/browse.php?a_

- id=187&slc_lang=en&sid=1&ftxt=1
25. Matin h, Rastgarimehr B, Afkari ME, Solhi M, Taghdisi MH, Mansourian M, et al. Relationship Between THE Educational Stage of PRECEDE MODEL And Quality of Life Improvement in The Elderly Affiliated with Tehran Culture House for the Aged. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2014;13(6):469-78. http://ijld.tums.ac.ir/browse.php?a_id=5269&slc_lang=en&sid=1&ftxt=1
 26. Yeo M, Berzins S, Addington D. Development of an early psychosis public education program using the PRECEDE-PROCEED model. *Health education research*. 2007;22(5):639-47. <http://her.oxfordjournals.org/content/22/5/639.full.pdf>
 27. Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh E. Implementation of participatory-educational program based on Precede model for self-esteem and psychological well-being enhancement of university students. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2010;14(1):22-31.
 28. Deng W, Hu J. The effects of a pilot intervention for community-dwelling adults with rheumatoid arthritis in Wuhan, China. *Frontiers in public health*. 2013;1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860135/>
 29. Taghdisi M, Borhani M, Solhi M, Afkari M, Hosseini M. Effect of educational program based on PRECED model on quality of life in patients with typell diabetes. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2011;13(1):29-36.
 30. Ebrahimi Iraqi Nezhad Z, ToLA, Shojaezadeh D, Khorsandi M, Bagheri F. Effectiveness of PRECEDE model for health education on anxiety of nurses employed in hospitals of Arak University of Medical Sciences: application of PRECEDE model constructs Anxiety of nurses and PRECEDE model. *J Health Syst Res* 2014; 10(4):752-765. <http://hsr.mui.ac.ir/index.php/jhsr/article/view/1713/pdf>
 31. Phillips JL, Rolley JX, Davidson PM. Developing targeted health service interventions using the PRECEDE-PROCEED Model: two Australian case studies. *Nursing research and practice*. 2012;2012.
 32. Li Y, Cao J, Lin H, Li D, Wang Y, He J. Community health needs assessment with precede-proceed model: a mixed methods study. *BMC health services research*. 2009;9(1):181.
 33. Hazavehei SMM, Sabzmakan L, Hasanzadeh A, Rabiei K. The effect of PRECEDE Model-based educational program on depression level in patients with coronary artery bypass grafting. 2008.
 34. Nazari M, Heydarnia Ar, Eftekhar AH, Mobaasheri M, Amin Sf, Niknami S, et al. Paper: Interventions based on PRECEDE-PROCEED for Promoting Safety Behaviors In Primary School Boys. 2008. http://armaghanj.yums.ac.ir/browse.php?a_id=650&sid=1&slc_lang=en
 35. Ekhtiari YS, Shojaezadeh D, Foroushani AR, Ghofranipour F, Ahmadi B. The effect of an intervention based on the PRECEDE-PROCEED model on preventive behaviors of domestic violence among Iranian high school girls. *Iranian Red Crescent medical journal*. 2013;15(1):21.
 36. Safari M, Amini N, Eftekhar AH, Mahmoudi M, Sanaeinasab H. Paper: Evaluation of An Educational Intervention Based on PRECEDE PROCEED MODEL Toward Lifestyle Improvement Among Adolescents. 2012.
 37. Sharifirad G, Ghaffari M, Zanjani S, Hassanzadeh A. The effectiveness of educational intervention based on PRECEDE the level of stress (stress) seniors attending the eyes of the world centers of Tehran. *Research Health system*. 2012;7(5).
 38. Zhu C, Geng Q, Yang H, Chen L, Fu X, Jiang W. Quality of life in China rural-to-urban female migrant factory workers: a before-and-after study. *Health and quality of life outcomes*. 2013;11(1):123.
 39. Pournaghash-Tehrani S, Etemadi S. ED and quality of life in CABG patients: an intervention study using PRECEDE-PROCEED educational program. *International journal of impotence research*. 2014;26(1):16-9.
 40. Orouji MA, Hashemi SI, Hazavehei SMM, Charkazi A, Jvaheri J, Moazeni M. Paper:THE Positive Impact of Educational Intervention Program Based on PRECEDE MODEL on Preventive Preventive Behaviors To Reduce Brucellosis in THE Rural People Of KHomein. *Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery*. 2012; (1).