The Effect of a Health Promotion Program Based on Longwe's Empowerment Framework on Self-efficacy, Perceived Social Support and Health Enablers among Postmenopausal Women: a Randomized Controlled Trial

Khadijeh Khademi
PhD candidate of Health Promotion, Student Research Committee, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Mohammad Hossein Kaveh
* Professor, Research Center for Health Sciences, Institute of Health, Department of Health Promotion, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. (Corresponding Author):
kaveh@sums.ac.ir

Mahin Nazari
Associate Professor, Department of Health Promotion, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Abdolrahim Asadollahi
Assistant Professor, Department of Gerontology, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Received: 2024/08/15
Accepted: 2024/12/21

Doi: 10.22034/13.2.8

ABSTRACT

Background and Objectives: Menopause is an important stage in a woman's life. Therefore, menopausal women should prioritize maintaining and improving their health and quality of life. Self-efficacy, social support and health enablers are among the most important determinants of health and quality of life for postmenopausal women. The present study examines the effect of an educational program based on Longwe's empowerment framework on self-efficacy, social support, and health enablers of postmenopausal women.

Materials and Methods: This study is a randomized controlled trial with simple random sampling. It was conducted on 140 postmenopausal women in Shiraz from November 2023 to May 2024. The intervention group participated in six 120-minute training sessions over 6 weeks. Data were collected using the General Self-Efficacy Belief Scale (GSES), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and a researcher-made questionnaire about women's health enabling factors before, two weeks, and four months after the intervention. The reliability of these tools were determined using Cronbach's alpha coefficients of 0.82, 0.84, and 0.70, respectively. Data analysis was performed using Independent t, Chi-square and ANOVA Repeated Measure tests in SPSS 27 software. A $p<0.05$ was considered statistically significant.

Results: The findings demonstrate a significant improvement with a medium effect size in self-efficacy ($\eta^2 = 0.06$, $p = 0.01$), and perceived social support ($\eta^2 = 0.07$, $p = 0.006$), as well as a large effect size on women's health enablers ($\eta^2 = 0.19$, $p < 0.001$).

Conclusion: The health promotion program based on Longwe's empowerment framework resulted in a significant improvement in self-efficacy, perceived social support, and health enablers of postmenopausal women. Therefore, it is recommended to implement empowering educational programs based on health theories for postmenopausal women in all health centers.

Keywords: Menopause, Self-Efficacy, Social Support, Empowerment, Women

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Paper Type: Research Article.

▶ **Citation (Vancouver):** Khademi Kh, Hossein Kaveh M, Nazari M, Asadollahi A. The Effect of a Health Promotion Program Based on Longwe's Empowerment Framework on Self-efficacy, Perceived Social Support and Health Enablers among Postmenopausal Women: a Randomized Controlled Trial. *Iran J Health Educ Health Promot.* (Spring 2025); 13(2): 113-127.

▶ **Citation (APA):** Khademi Kh., Hossein Kaveh M., Nazari M., Asadollahi A. (Spring 2025). The Effect of a Health Promotion Program Based on Longwe's Empowerment Framework on Self-efficacy, Perceived Social Support and Health Enablers among Postmenopausal Women: a Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion*., 13(2), 113-127.

بررسی تأثیر یک برنامه ارتقاء سلامت مبتنی بر چارچوب توانمندسازی لانگوِه بر خودکارآمدی، حمایت اجتماعی درک‌شده و قادرکننده‌های سلامت زنان یائسه: یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی

چکیده

زمینه و هدف: یائسگی یک مرحله مهم از زندگی زنان است، پس توجه به حفظ و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی آنان در این دوران اهمیت دارد. از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت و کیفیت زندگی زنان یائسه می‌توان به خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و قادرکننده‌های سلامت اشاره کرد. بنابراین، مطالعه‌ی حاضر به بررسی تأثیر یک برنامه‌ی آموزشی بر اساس چارچوب توانمندسازی لانگوِه بر خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و قادرکننده‌های سلامت زنان یائسه می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، یک کارآزمایی کنترل‌شده‌ی تصادفی با انتخاب تصادفی ساده از ۱۴۰ زن یائسه در شهر شیراز، از آبان ۱۴۰۲ تا اردیبهشت ۱۴۰۳ انجام شد. گروه مداخله در شش جلسه‌ی آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌مدت ۶ هفته شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی (GSES)، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS) و پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته‌ی عوامل قادرکننده سلامت زنان، قبل، دو هفته و چهار ماه پس از مداخله، جمع‌آوری شد. پایایی این ابزارها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۴ و ۰/۷۰ تعیین شده است. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با آزمون تی‌مستقل، کای‌اسکوئر و آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۷ انجام و مقادیر $p < ۰/۰۵$ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج بیانگر بهبود قابل‌توجه با اندازه اثر متوسط در خودکارآمدی ($\eta^2 = ۰/۰۶$، $p = ۰/۰۱$) و حمایت اجتماعی درک‌شده ($\eta^2 = ۰/۰۷$، $p = ۰/۰۰۶$) و اندازه اثر بزرگ در قادرکننده‌های سلامت زنان ($\eta^2 = ۰/۱۹$، $p < ۰/۰۰۱$) است.

نتیجه‌گیری: مداخله‌ی ارتقاء سلامت مبتنی بر چارچوب توانمندسازی لانگوِه موجب بهبود قابل‌توجه در خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و قادرکننده‌های سلامت زنان یائسه شد. بنابراین، انجام برنامه‌های آموزشی توانمندساز مبتنی بر تئوری‌های بهداشتی برای زنان یائسه در تمامی مراکز سلامت پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: یائسگی، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، توانمندسازی، زنان.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

◄ **استناد (ونکوور):** خادمی خ، کاوه م، نظری م، اسداللهی ع. بررسی تأثیر یک برنامه ارتقاء سلامت مبتنی بر چارچوب توانمندسازی لانگوِه بر خودکارآمدی، حمایت اجتماعی درک‌شده و قادرکننده‌های سلامت زنان یائسه: یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. بهار ۱۴۰۴؛۱۳(۲):۱۱۳-۱۲۷ .

◄ **استناد (APA):** خادمی، خدیجه؛ کاوه، محمدحسین؛ نظری، مهین؛ اسداللهی، عبدالرحیم. (بهار ۱۴۰۴). بررسی تأثیر یک برنامه ارتقاء سلامت مبتنی بر چارچوب توانمندسازی لانگوِه بر خودکارآمدی، حمایت اجتماعی درک‌شده و قادرکننده‌های سلامت زنان یائسه: یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۱۳(۲):۱۱۳-۱۲۷.

خدیجه خادمی
دانشجوی دکترای تخصصی، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران.

محمدحسین کاوه
*استادتمام، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران. (نویسنده مسئول):
kaveh@sums.ac.ir

مهین نظری
دانشیار، گروه ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران.

عبدالرحیم اسداللهی
استادیار، گروه سالمندشناسی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۲۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

مقدمه

یائسگی مرحله‌ای از زندگی زنان و یک فرآیند بیولوژیکی طبیعی است که به‌عنوان توقف کامل دوره‌ی قاعدگی و باروری آنان به‌مدت ۱۲ ماه کامل تعریف می‌شود. دلیل اصلی یائسگی، نارسایی اولیه‌ی تخمدان ناشی از تخلیه‌ی فولیکولی می‌باشد (۱). میانگین سنی زنان جهان در زمان وقوع یائسگی ۵۲ سال (محدوده‌ی سنین ۴۰ -۵۸ سال) می‌باشد (۲). این در حالی است که امید به زندگی زنان در جهان و ایران تقریباً به‌ترتیب ۷۶ و ۷۹ سال اعلام شده است(۳). بنابراین یک سوم عمر زنان در دوران بعد از یائسگی سپری می‌شود (۴). این گروه جمعیتی به‌دلیل دارابودن مشکلات گوناگون سلامت دارای اولویت توجه جهت حفظ و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی‌شان می‌باشند (۵).

نگرانی‌های اصلی در زمینه‌ی سلامت زنان یائسه در سطح جهان، به‌دلیل شیوع بالای مشکلات سلامتی ازجمله گرگرفتگی (۸۵٪)، پوکی استخوان (۵۵٪)؛ بیماری‌های قلبی- عروقی (۴۵٪)، اختلالات عملکرد جنسی (۸۷٪) و افسردگی (۳۰ -۲۰٪) می‌باشد (۶،۷). علائم و مشکلات سلامت یائسگی با افزایش هزینه‌های استفاده از مراقبت‌های بهداشتی مانند بستری‌شدن در بیمارستان، ویزیت پزشکان و متخصصان زنان همراه است (۸). علاوه بر این بار اقتصادی، با از دست‌دادن قدرت باروری که نشانه‌ی جوانی و جذابیت جنسی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف است، دیدگاه‌های منفی فرهنگی و اجتماعی نسبت به پدیده یائسگی و زنان یائسه ایجاد شده که این دیدگاه بر ادراکات و انتظارات زنان یائسه نسبت به این پدیده‌ی فیزیولوژیک اثرات منفی گذاشته که مهم‌ترین پیامد آن، درک علائم و مشکلات سلامت یائسگی شدیدتر و کیفیت زندگی نامطلوب است (۱۱-۹). در مطالعات دوران یائسگی نشان داده شده است که کیفیت زندگی زنان به سطح متوسط کاهش یافته و از آن به‌عنوان یک مسئله و نگرانی مهم بهداشت جهانی نام برده می‌شود، به‌طوری‌که نتایج مطالعات کیفیت زندگی زنان یائسه در کشورهای مختلف نشان داد که ۹۶٪ ایشان، کیفیت زندگی جسمی، روانی و یا اجتماعی نامطلوب را تجربه می‌کنند (۱۴-۱۲). لذا تشخیص و بررسی وضعیت تعیین‌کننده‌های سلامت و کیفیت زندگی زنان در این دوران حائز اهمیت می‌باشد (۹).

شواهد طیف متنوع و گسترده‌ای از عوامل فردی، باروری- بالینی و اجتماعی- محیطی را به‌عنوان تعیین‌کننده‌های سلامت و کیفیت زندگی زنان یائسه معرفی می‌نماید که از این میان میزان خودکارآمدی، وضعیت حمایت اجتماعی و میزان دسترسی به قادرکننده‌های سلامت از اهمیت بالایی برخوردارند (۲۰-۹،۱۶). هم‌چنین براساس مدل اکولوژیک پرسید- پروسید که به‌عنوان یک ابزار معتبر و محبوب جهت تدوین برنامه‌های موثر بر سلامت و کیفیت زندگی تعریف می‌شود؛ عوامل تعیین‌کننده سلامت و کیفیت زندگی در قالب سه گروه مشخص عوامل مستعدکننده (مقدم بر تغییر رفتار)، عوامل قادرکننده (مقدمات تغییر رفتار یا محیط) و عوامل تقویت‌کننده (پیگیری رفتار و ارائه پاداش مستمر برای حفظ رفتار) معرفی می‌گردد (۲۱).

تأملی در مؤثربودن این عوامل بر سلامت و کیفیت زندگی زنان بر تغییرپذیری بیشتر آن‌ها از طریق آموزش مؤثر دلالت می‌کند که می‌توان از طریق توانمندسازی آن‌ها را اصلاح کرد. هم‌چنین، توانمندسازی می‌تواند با ارتقای مسئولیت‌پذیری، خودکارآمدی شخص را نه‌تنها برای اصلاح عوامل فردی بلکه فائق‌آمدن بر محدودیت‌های محیطی بهبود بخشد (۲۶-۲۲). بنابراین مداخلات جزءنگر به‌ویژه آن‌ها که بیشتر بر تغییر دانش و نگرش متمرکز هستند اثربخش نخواهند بود، بلکه بهبود مؤثر تعیین‌کننده‌های سلامت و کیفیت زندگی مستلزم به به‌کارگیری رویکردهایی است که عوامل لایه‌های عمیق‌تر فردی و محیطی را هدف قرار دهند و به توانمندسازی منجر شوند (۳۰-۹،۲۷). تمرکز بر درمان به‌ویژه درمان دارویی علائم و مشکلات سلامت دوران یائسگی و نادیده‌گرفتن پیشگیری و تقلیل این مشکلات از طریق توانمندسازی زنان در جهت برخورداری از تعیین‌کننده سلامت فردی- محیطی موثر بر سلامت و کیفیت زندگی آنان، از کاستی‌های موجود در عملکرد جاری مراقبت و ارتقاء سلامت زنان یائسه است. جهت تغییر در رویکردهای مراقبت از سلامت این گروه زنان، نیاز به پژوهش‌های مداخله‌ای در

زمینه‌ی توانمندسازی زنان جهت برخورداری از این تعیین‌کننده‌های سلامت می‌باشد. بنابراین پژوهش مداخله‌ای حاضر در جهت ارتقاء توانمندی زنان یائسه طراحی گردید تا نتایج آن به‌عنوان شواهدی برای تغییر در رویکردهای مراقبتی- خدماتی سلامت این گروه زنان مورد استفاده قرار بگیرد. در واقع در برنامه‌ی مداخله‌ای پژوهش حاضر از ارائه صرف آموزش گذر کرده و عملکرد فعال زنان و رویکرد مشارکت‌محور را هدف قرار می‌دهد.

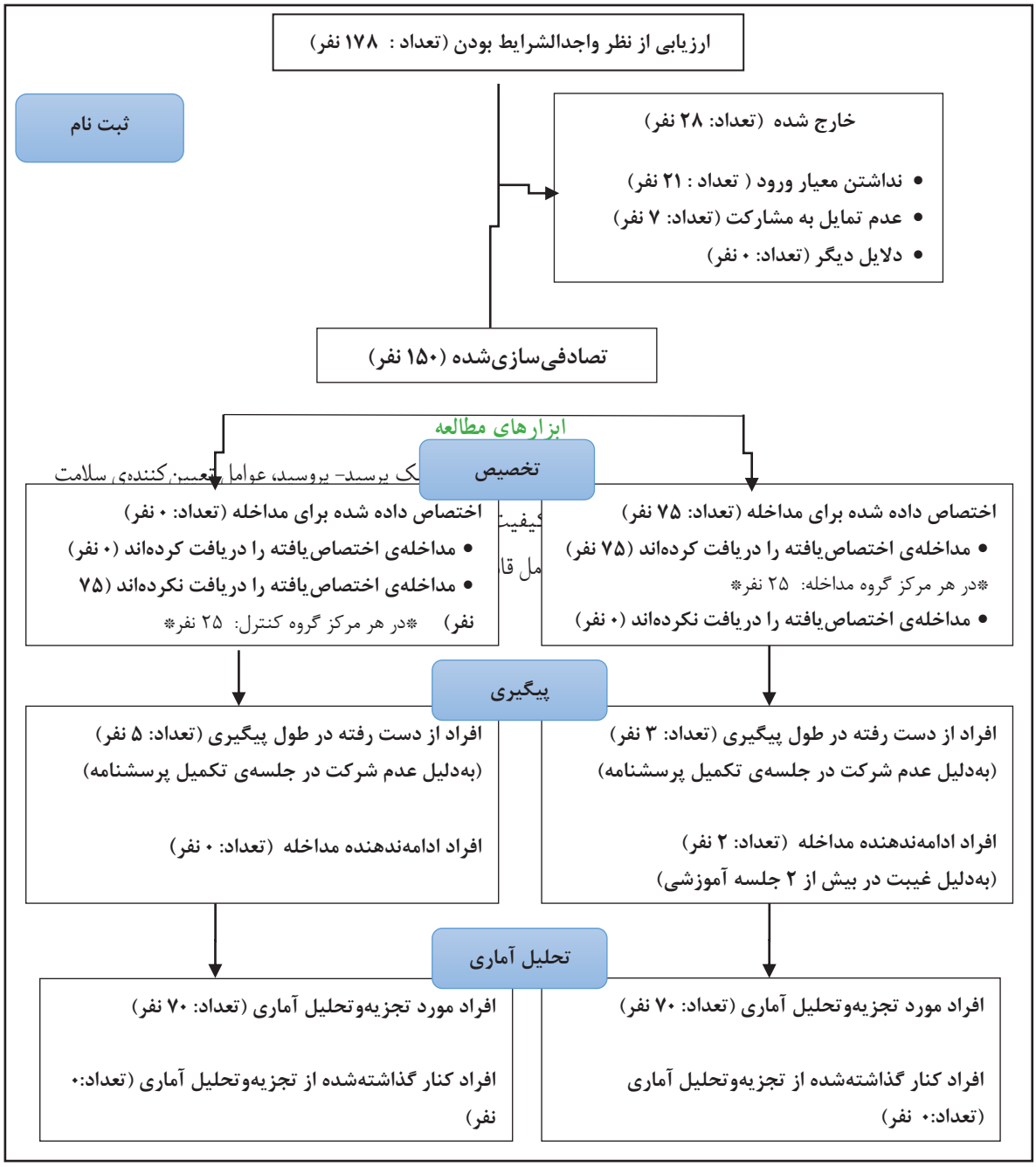
مواد و روش‌ها

جامعه آماری

این مطالعه‌ی مداخله‌ای با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون شاهددار تصادفی‌شده بر روی زنان یائسه دارای پرونده مراقبتی در مراکز خدمات جامع سلامت شهری شهر شیراز از آبان ماه ۱۴۰۲ تا اردیبهشت ۱۴۰۳ انجام شد. زنان ۴۵ تا ۶۵ سال ایرانی با یائسگی طبیعی که حداقل یک‌سال از یائسگی ایشان گذشته بود و از سواد خواندن و نوشتن حداقل پایان سوم ابتدایی یا معادل آن یا بالاتر برخوردار بودند، وارد مطالعه شدند. هم‌چنین امضاء فرم رضایت آگاهانه، نبودن تحت درمان مراقبت روانپزشکی به‌دلیل ناخوشی‌های روانی بنا بر اظهار شخصی، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن (شامل دیابت، پرفشاری‌خون، نارسایی‌قلبی، نارسایی کلیوی) و سرطان، عدم درمان جایگزین هورمونی برای درمان مشکلات یائسگی حداقل در ۶ ماهه گذشته، عدم سابقه عمل جراحی هیسترکتومی یا افوروکتومی و عدم ابتلا به خونریزی غیرطبیعی واژن از دیگر معیارهای ورود به مطالعه بود. در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری در طرح پژوهشی در هر زمان، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی برگزار شده، عدم شرکت در پیش‌آزمون یا پس‌آزمون‌ها، اقدام به هورمون‌درمانی، عمل جراحی هیسترکتومی یا افوروکتومی، ابتلا به خونریزی‌های غیرطبیعی واژن و ابتلا به انواع سرطان از مطالعه خارج می‌شدند. انتخاب معیارهای ورود و خروج براساس متون علمی موجود بود (۲۰-۱۶،۹).

نمونه و روش نمونه گیری

حجم نمونه با توجه به مطالعه‌ی کفایی عطریان و همکاران (۲۷) و با محاسبه‌ی اختلاف میانگین ۲۲/۱۵ و انحراف‌معیار ۱۱/۵۰ برای گروه مداخله قبل، بعد و پیگیری بعد از مداخله آموزش، احتمال خطای نوع اول ۰/۰۵، توان آزمون ۹۰٪ و ۲۰٪ ریزش نمونه با کاربرد نرم‌افزار NCSS- PASS نسخه ۱۵ (۲۰۲۰)، ۱۳۴ نفر برآورد گردید. در نهایت ۱۵۰ نفر جهت برابری تعداد نفرات خوشه‌ها (۲۵ نفر) وارد مطالعه شدند. روش نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. در ابتدا با توجه به استفاده از چارچوب توانمندسازی لانگوِه جهت راهنمای برنامه‌ی توانمندسازی در این مطالعه و رعایت مرحله اول این چارچوب که برابری است (۳۱)، هم‌چنین نیاز به دو گروه کنترل و مداخله که از لحاظ دموگرافیک مشابه باشند؛ براساس آراء و نظرات کارشناسان توسعه و گسترش شبکه سلامت و مدیریت حراست مراکز بهداشت شهرستان شهر شیراز ۲۷ مرکز خدمات جامع سلامت شهر شیراز به‌عنوان سه گروه مراکز خدمات جامع سلامت مناطق مرفه (برخوردار)، متوسط شهری (نسبتا برخوردار) و توسعه‌نیافته (کمتر برخوردار) لحاظ و تقسیم شدند. در این مطالعه مراکز خدمات جامع سلامت شهر شیراز به‌عنوان خوشه انتخاب شدند که با کاربرد نرم‌افزار NCSS- PASS نسخه ۱۵ (۲۰۲۰) از طریق بلوک‌های برابر از هر یک از سه مناطق لحاظ شده، دو خوشه به‌صورت تصادفی انتخاب شد. سپس تخصیص‌سازی تصادفی با پرتاب سکه و روی شیر سکه بیانگر گروه مداخله بر روی دو خوشه انتخابی هر منطقه انجام شد. سپس با مراجعه به مراکز خدمات جامع سلامت انتخابی و بررسی پرونده زنان یائسه تحت پوشش مراکز از زنان یائسه دارای شرایط ورود به مطالعه از طریق نصب پوستر، ارسال پیامک انبوه (فقط در مراکز مورد مداخله) و تماس تلفنی جهت مشارکت در مطالعه با نمونه‌گیری متوالی تا رسیدن به حجم نمونه مدنظر در هر خوشه دعوت به‌عمل آمد. در ابتدا ۱۵۰ نفر به‌صورت ۷۵ نفر در گروه مداخله و ۷۵ نفر در گروه کنترل وارد مطالعه شدند و در نهایت داده‌های ۱۴۰ نفر مورد تجزیه‌وتحلیل آماری قرار گرفت (شکل ۱).



شکل ۱. نمودار CONSORT برای ترسیم مراحل انتخاب و مشارکت افراد در مطالعه.

ابزارهای مطالعه

براساس مدل اکولوژیک پرسید- پروسید، عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت و کیفیت زندگی در قالب سه گروه مشخص عوامل مستعدکننده، عوامل قادرکننده و عوامل تقویت‌کننده معرفی می‌گردد (۲۱). بنابراین از مشارکت‌کنندگان در مطالعه خواسته شد که چهار پرسشنامه فارسی مقیاس خودکارآمدی عمومی (۳۲)، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (۳۳) و پرسشنامه محقق‌ساخته عوامل قادرکننده

سلامت زنان را قبل، دو هفته و چهارماه بعد از مداخله تکمیل نمایند. هم‌چنین پرسشنامه مشخصات دموگرافیک-باروری قبل از مداخله توسط مشارکت‌کنندگان تکمیل شد.

برای اندازه‌گیری وضعیت خودکارآمدی زنان یائسه از مقیاس فارسی خودکارآمدی عمومی استفاده گردید. این مقیاس توسط اورشلیم و شوارتز برای ارزیابی حس خودکارآمدی درک‌شده با هدف پیشگویی رویارویی با مشکلات روزانه و سازگاری پس از تجربه انواع رویدادهای استرس‌زا در زندگی ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۰ عبارت با مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت اصلا صحیح نیست (نمره ۱)، صحیح نیست (نمره ۲)، صحیح (نمره ۳)، کاملا صحیح (نمره ۴) و دامنه‌ی نمرات ۱۰ -۴۰ می‌باشد. نمرات بیشتر در این مقیاس نشان‌دهنده‌ی خودکارآمدی بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعات ۲۳ کشور ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ گزارش شده است که اکثریت آن بالای ۰/۸۰ است (۳۴). روایی و پایایی این مقیاس در ایران توسط رجبی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و روایی همزمان ۰/۳۰ به‌دست آمده است (۳۲). در مطالعه‌ی حاضر ضریب آلفای کرونباخ و امگای مک دونالد برای این پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۷ محاسبه گردید.

برای اندازه‌گیری وضعیت حمایت اجتماعی زنان یائسه از مقیاس فارسی چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده استفاده گردید. این مقیاس توسط زیمت و همکاران با هدف ایجاد یک مقیاس خودگزارشی برای حمایت اجتماعی درک‌شده ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۲ عبارت با مقیاس هفت‌گزینه‌ای لیکرت کاملا مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، تقریبا مخالفم (نمره ۳)، نه مخالفم/ نه موافقم (نمره ۴)، موافقم (نمره ۵)، تقریبا موافقم (نمره ۶) و کاملا موافقم (نمره ۷) در سه زیرمقیاس خانواده (۴سوال)، دوستان (۴سوال) و افراد مهم زندگی (۴سوال) با دامنه‌ی نمرات حاصل از مقیاس ۱۲ تا ۸۴ می‌باشد. نمرات بیشتر نشان‌دهنده‌ی حمایت اجتماعی درک‌شده بیشتر است. آنان گزارش کردند که روایی ساختاری و پایایی این مقیاس به‌ترتیب متوسط و خوب است (۳۵). در مطالعه‌ی بروورا و همکاران برای این مقیاس، ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۱ -۰/۸۵ و پایایی آن از طریق بازآزمایی ۰/۸۵ -۰/۷۲ گزارش شد (۳۶). روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران توسط باقریان سرارودی و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ و پایایی آن از طریق بازآزمایی برابر با ۰/۸۴ به‌دست آمده است (۳۳). در مطالعه‌ی حاضر ضریب آلفای کرونباخ و امگای مک‌دونالد برای این پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۸ محاسبه گردید.

برای اندازه‌گیری وضعیت عوامل قادرکننده سلامت زنان یائسه از پرسشنامه محقق‌ساخته عوامل قادرکننده سلامت زنان استفاده گردید. شاخص‌های روایی و پایایی این پرسشنامه توسط تیم تحقیق محاسبه گردید. این پرسشنامه دارای ۱۰ سوال در سه زیرمقیاس امکانات اجتماعی (۳ سوال)، منابع شخصی (۲ سوال) و مهارت‌ها (۵ سوال) می‌باشد. پاسخ سوالات در زیرمقیاس امکانات اجتماعی در قالب طیف لیکرت سه گزینه‌ای خیر (نمره ۰)، نظری ندارم (نمره ۱/۵) و بلی (نمره ۳)، در زیر مقیاس منابع شخصی و سوال ۶ (از زیرمقیاس مهارت‌ها) در قالب طیف لیکرت چهارگزینه‌ای به‌ندرت (نمره ۰)، گاهی اوقات (نمره ۱) اغلب (نمره ۲) و همیشه (نمره ۳) و در زیرمقیاس مهارت‌ها در قالب طیف لیکرت چهارگزینه‌ای اصلاً (نمره ۰)، کمتر از حد متوسط (نمره ۱) در حد متوسط (نمره ۲) و بیشتر از حد متوسط (نمره ۳) با دامنه‌ی نمرات کل ۰ – ۳۰ می‌باشد که نمرات بالاتر بیانگر برخورداری بالاتر از عوامل قادرکننده سلامت است. نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا پرسشنامه به‌ترتیب برابر با ۰/۷۴ و ۰/۹۱ به‌دست آمده است. انجام تحلیل عامل تائیدی جهت روایی سازه‌ها با مدل‌سازی معادلات ساختاری بیانگر برازش خوب مدل بوده است (x^2/df = ۱/۲۳ ،p= ۰/۱۷). ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس امکانات اجتماعی، منابع شخصی، مهارت‌ها و کل پرسشنامه به‌ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۵۰، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ به‌دست آمد. به‌علاوه مقدار امگای مک‌دونالد برای زیرمقیاس امکانات اجتماعی، مهارت‌ها و کل پرسشنامه به‌ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۷۵ محاسبه گردید. در مطالعه‌ی حاضر ضریب آلفای کرونباخ و امگای مک‌دونالد برای این پرسشنامه به‌ترتیب برابر با ۰/۷۰ و ۰/۷۰ محاسبه گردید.

برای بررسی عوامل دموگرافیک و باروری زنان یائسه از یک پرسشنامه که توسط محققان این پژوهش ساخته شده و حاوی سوالات سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، سن همسر، میزان تحصیلات همسر، شغل همسر، میزان درآمد ماهیانه خانواده، کفایت درآمد ماهیانه خانواده، سن در زمان اولین قاعدگی، سن در زمان اولین ازدواج، تعداد ازدواج، مدت‌زمان گذر از یائسگی، سن در زمان یائسگی، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد فرزندان زنده، نوع زایمان، سابقه شیردهی با سینه به فرزندان و سابقه استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری هورمونی بود. انتخاب سوالات براساس مرور متون علمی موجود بود (۲۰-۹،۱۶).

روش اجرا

براساس مدل پرسید-پروسید باید نیازسنجی، مداخله و ارزشیابی به‌ترتیب صورت گیرد (۲۱)، در این مطالعه ابتدا نیازسنجی از طریق پیش‌آزمون و مرور متون صورت گرفت، سپس مداخله بر اساس چارچوب توانمندسازی لانگوِه که دارای پنج مرحله برابری (برخورداری از امکانات و خدمات اجتماعی- محیطی بدون توجه به جنس، قومیت و ....)، دسترسی (امکان استفاده از امکانات و خدمات اجتماعی- محیطی)، آگاهی (اطلاعات مربوط به سلامت، امکانات و خدمات اجتماعی- محیطی)، مشارکت (شناسایی نیازهای سلامت، اقدام در جهت رفع آن و به‌کارگیری امکانات و خدمات اجتماعی- محیطی) و کنترل (تصمیم‌گیری و اقدامات جهت برخوردای از حداکثر سلامت، امکانات و خدمات اجتماعی- محیطی) می‌باشد (۳۱)، انجام شد. در نهایت ارزشیابی از طریق پس آزمون دو هفته و چهار ماه بعد از مداخله صورت گرفت. نحوه‌ی انجام مداخله بر اساس مراحل چارچوب توانمندسازی لانگوِه به‌شرح ذیل بود:

برابری، دسترسی و مشارکت جهت تعیین نحوه‌ی برگزاری جلسات آموزشی: در اولین جلسه‌ی برنامه توانمندسازی از تمامی زنان مشارکت‌کننده در گروه مداخله (برابری) جهت نحوه‌ی برگزاری برنامه‌ی توانمندی در مراقبت از سلامت نظرسنجی شد (مشارکت) و جهت استفاده حداکثری ایشان از این برنامه، نظرات ایشان اجرا گردید (دسترسی). بدین‌صورت که در هر مرکز مورد مداخله، از زنان خواسته شد که گروه‌های پنج نفره تشکیل داده و یک نفر را به‌عنوان سرگروه معرفی نمایند که پنج سرگروه معرفی شده با وظائف خود که نقش رهبر و سخنگوی گروه در تکالیف درخواستی و بحث‌های گروهی بود، آشنا شدند. هم‌چنین در این جلسه اولویت‌بندی نیازهای آموزشی زنان در زمینه‌ی خودمراقبتی جهت تعیین ترتیب عنوان‌های هر جلسه آموزشی، زمان برگزاری جلسات آموزشی و مدت‌زمان جلسات آموزشی براساس بحث گروهی صورت گرفت. در بحث‌های گروهی، موضوع مطرح‌شده بین اعضای هرگروه به بحث و گفتگو گذاشته شد و نتایج توافق اعضای گروه از زبان سرگروه شنیده شد. سپس بحث و گفتگو بین محقق و پنج سرگروه بر سر موضوع مطرح‌شده برقرار و توافق نهایی توسط محقق بیان می‌گردید و با تائید نهایی تمامی زنان برای اجرا در نظر گرفته شد. در پایان این جلسه، تمامی سرگروه‌ها خواستار ایجاد یک گروه مجازی در پیام‌رسان واتساپ جهت پرسش و پاسخ، یادآوری جلسات آموزشی، گفتگو و تبادل‌نظر با محقق و سایر اعضای گروه‌ها بودند که این درخواست به‌صورت ایجاد گروه مراقبت از سلامت برای هر مرکز از سوی محقق صورت گرفت.

آگاهی، مشارکت و کنترل جهت ارتقاء عوامل مستعدکننده، تقویت‌کننده و قادرکننده: در زمان برگزاری جلسات آموزشی مراحل مطالعه و آموزش تعاملی رفتار (آگاهی و مشارکت)، انتخاب و انجام رفتار به‌روش ترجیحی (مشارکت و کنترل)، شناسایی، بحث و ارائه راهکار کاهش موانع انجام رفتار مدنظر به روش ترجیحی (آگاهی و مشارکت) و انجام مجدد رفتار به روش ترجیحی با آگاهی و به‌کار بستن راهکارهای کاهش موانع (آگاهی، مشارکت و کنترل) مرتباً به شرح ذیل تکرار گردید: گروه مداخله در شش جلسه‌ی آموزشی ۲ ساعته (شامل ۱۵ دقیقه استراحت) هفتگی به‌مدت شش هفته‌ی متوالی شرکت کردند. تعداد و محتوای جلسات آموزشی براساس نیازها و اولویت‌های مشخص‌شده از نتایج پیش‌آزمون، نظرات مشارکت‌کنندگان مطالعه و تیم تحقیق و مرور متون انجام شده تعیین گردید. جلسات آموزشی به‌صورت حضوری و مشارکتی در یک اتاق در هر مرکز خدمات جامع سلامت مورد مداخله برگزار شد.

جلسه‌ی اول شامل بحث‌های گروهی منجر به تعیین نحوه‌ی برگزاری برنامه‌ی توانمندسازی و جلسه‌ی دوم شامل آموزش تعاملی در زمینه‌ی کنترل علائم یائسگی (حیطه‌ی عوامل مستعدکننده) بود. از جلسه‌ی سوم تا ششم در ۴۵ دقیقه‌ی ابتدایی هر جلسه آموزش تعاملی به‌ترتیب در زمینه‌ی فعالیت بدنی (حیطه‌ی عوامل مستعدکننده)، تغذیه‌ی سالم (حیطه‌ی عوامل مستعدکننده)، کنترل استرس با تأکید بر حمایت اجتماعی (حیطه‌ی عوامل مستعدکننده و تقویت‌کننده) و معاینات دوره‌ای و غربال‌گری‌های دوران یائسگی (حیطه‌ی عوامل مستعدکننده و قادرکننده) صورت گرفت. زنان در پایان آموزش تعاملی هر جلسه، نحوه‌ی ترجیحی و بر مبنای اصول علمی انجام آن رفتار را برای خود مشخص کردند. منابع علمی جهت آموزش تعاملی و انتخاب نحوه ترجیحی رفتار «کتابچه خودمراقبتی یائسگی» و منابع اشاره‌شده در این کتابچه برای مطالعه بیشتر بود که توسط تیم تحقیق تدوین شده بود. زنان قبل از هر جلسه در ارتباط با موضوع جلسه مطالعه داشته و با آگاهی در جلسه آموزشی شرکت می‌کردند. پس از ۱۵ دقیقه استراحت، زنان به‌مدت یک‌ساعت بحث‌های گروهی با رویکرد مسئله‌محور و ارائه‌ی بازخورد در مورد رفتارهای آموزش‌دیده در جلسات گذشته داشتند. برای بحث گروهی، ابتدا سرگروه‌ها جداول رفتاری، کاربرگ هفتگی را ثبت و پایش خودمراقبتی (ضمیمه‌ی کتابچه‌ی خودمراقبتی یائسگی) اعضای گروه را بررسی کرده تا از نحوه‌ی تکمیل صحیح آنان توسط زنان، اطمینان حاصل کنند. سپس از ایشان، گزارش رعایت رفتارها در طی هفته‌ی گذشته گرفته شده و موانع انجام رفتارها و راهکارهای پیشنهادی را لیست می‌کردند. در نهایت سرگروه‌ها موانع انجام رفتار را بیان و برای بیان راهکارهای کاهش موانع انجام رفتار بحث گروهی صورت گرفته و راهکارهای پیشنهادی زنان که با منابع علمی مطابقت داشت، تائید گردید.

لازم به‌ذکر است که از جلسه‌ی دوم تا زمان پس‌آزمون ۴ ماه بعد از مداخله (حدود ۵ ماه)، سرگروه‌ها با هم‌فکری اعضای گروه، به‌صورت داوطلبانه، یک روز در هفته به فضاهای سبز و باز مانند باغ، پارک، بوستان جنگلی و ... برای انجام گروهی فعالیت بدنی و تدارک وعده‌ی غذایی سالم می‌رفتند. در نهایت به‌عنوان مشوق، به پنج زن عضو گروه برتر و فعال در فعالیت‌های مشارکتی و داوطلبانه در هر مرکز مورد مداخله و در مجموع ۱۵ مشارکت‌کننده در مداخله، هدایا داده شد. هم‌چنین به تمامی زنانی که پرسشنامه‌های آزمون‌های قبل و بعد از مداخله را تکمیل کرده بودند، گواهی شرکت در دوره‌ی آموزشی «خودمراقبتی یائسگی» که به‌عنوان مشوق در نظر گرفته شده بود، داده شد. در گروه کنترل، مداخله انجام نشد و فقط مراقبت‌های معمول را دریافت کرده و کتابچه‌ی خودمراقبتی یائسگی جهت افزایش آگاهی ایشان که به‌عنوان مشوق در نظر گرفته شده بود، به ایشان اهداء شد.

روش های تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

برای بررسی نرمال‌بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده گردید. سپس متناسب با توزیع نرمال داده‌ها از آزمون‌های آماری توصیفی میانگین، انحراف‌معیار، درصد و فراوانی و آزمون‌های تحلیلی شامل آزمون تی‌مستقل، کای‌اسکوئر و آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها استفاده شد. کلیه‌ی تجزیه‌وتحلیل‌های آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گردید.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه نشان داد که تفاوت آماری معناداری در میانگین سنی (سال) همسران مشارکت‌کنندگان، بین دو گروه کنترل (SD=۵/۸۷، M=۶۲/۵۰؛ N= ۶۲) و مداخله (SD=۵/۷۸، M =۵۹/۸۶؛ N= ۶۷) وجود داشت [Cohen's d : -۰/۴۵ ، p=۰/۰۱، t(۱۲۷)= -۲/۵۶]. در جدول ۱، میانگین و انحراف‌معیار سایر داده‌های دموگرفیک و باروری در دو گروه کنترل و مداخله خلاصه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مشخصات دموگرافیک-باروری مشارکت کنندگان مطالعه

متغییرها	میانگین± انحراف معیار		t (df)	p-value	Cohen's d
	مداخله	کنترل			
سن (سال)	۵۹/۴۰± ۴/۴۴	۵۶/۴۰± ۴/۷۳	-۱/۹۳ (۱۳۸)	۰/۰۵	-۰/۳۲
میزان درآمد ماهیانه (میلیون تومان)	۱۳/۳۳± ۷/۰	۱۴/۰۱± ۱۰/۱۴	-۰/۴۶ (۱۳۸)	۰/۶۴	-۰/۰۷
سن یائسگی (سال)	۴۹/۲۷± ۳/۵۰	۴۹/۰۷± ۳/۵۹	۰/۳۳ (۱۳۸)	۰/۷۳	۰/۰۵
سن در زمان اولین قاعدگی (سال)	۱۳/۱۴± ۱/۱۷	۱۳/۳۷± ۱/۵۶	-۰/۹۸ (۱۲۷/۹۲)	۰/۳۲	-۰/۱۶
سن در زمان اولین ازدواج (سال)	۱۹/۰۱± ۴/۸۱	۱۹/۳۷± ۳/۸۹	-۰/۴۸ (۱۳۸)	۰/۶۲	-۰/۰۸
سال‌های درگیر اختلالات قاعدگی حول یائسگی	۲/۹۰± ۳/۲۷	۲/۳۱± ۲/۸۸	۱/۱۳ (۱۳۵/۸۱)	۰/۲۵	۰/۱۹
تعداد ازدواج	۱/۰۵± ۰/۲۳	۱/۰± ۰/۱۷	۱/۲۵ (۱۲۶/۱۱)	۰/۱۰	۰/۲۷
تعداد حاملگی	۳/۲۵± ۱/۵۰	۳/۵۴± ۱/۸۷	-۰/۹۹ (۱۳۸)	۰/۳۲	-۰/۱۶
تعداد زایمان	۲/۹۷± ۱/۳۹	۳/۱۱± ۱/۴۷	۰/۵۸ (۱۳۸)	۰/۵۵	-۰/۰۹
تعداد فرزندان زنده	۲/۹۰± ۱/۳۵	۲/۹۱± ۱/۵۰	-۰/۰۵ (۱۳۸)	۰/۹۵	-۰/۰۱
مدت زمان شیردهی (سال)	۳/۲۰± ۲/۲۱	۳/۵۰± ۲/۴۳	-۰/۷۴ (۱۳۸)	۰/۴۵	-۰/۱۲

تعداد نفرات : ۱۴۰ نفر (۷۰ نفر در گروه مداخله و ۷۰ نفر در گروه کنترل).

اکثریت مشارکت‌کنندگان، خانه‌دار، متأهل، دارای مدرک دیپلم، با سابقه‌ی زایمان طبیعی و تجربه‌ی شیردهی بودند. اکثریت شوهران ایشان، بازنشسته و دارای مدرک دیپلم بودند. جدول ۲، خلاصه‌ای از توزیع فراوانی داده‌های دموگرافیک و باروری را در هر دو گروه کنترل و مداخله ارائه می‌دهد.

جدول ۲. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک و باروری مشارکت‌کنندگان مطالعه

متغیرها	فراوانی (درصد)		X۲ (df)	p-value	اندازه اثر
	مداخله	کنترل			
سطح تحصیلات					
ابتدایی	۹ (۱۲/۹)	۸ (۱۱/۴)	۲/۵۹ (۳)	۰/۴۵	۰/۱۳۱
راهنمایی یا دبیرستان	۲۵ (۳۵/۷)	۱۷ (۲۴/۲)			
دیپلم	۲۶ (۳۷/۱)	۳۲ (۴۵/۷)			
دانشگاهی	۱۰ (۱۴/۳)	۱۳ (۱۸/۶)			
وضعیت تأهل					
متأهل	۶۷ (۹۵/۷)	۶۰ (۸۵/۷)	۴/۶۵ (۲)	۰/۰۹	۰/۱۸۱
مطلقه یا بیوه	۳ (۴/۳)	۱۰ (۱۴/۳)			
وضعیت شغل					
خانه دار	۵۸ (۸۲/۹)	۵۹ (۸۴/۳)	۱/۱۰ (۲)	۰/۵۷	۰/۰۸۱
شاغل	۳ (۴/۳)	۵ (۷/۱)			
بازنشسته	۹ (۱۲/۹)	۶ (۸/۶)			

ادامه جدول ۲. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک و باروری مشارکت‌کنندگان مطالعه

سطح تحصیلات همسر					
ابتدایی	۸ (۱۱/۴)	۶ (۸/۵)	۴/۸۷ (۳)	۰/۱۸	۰/۱۸۱
راهنمایی- دبیرستان	۱۴ (۲۰/۰)	۱۳ (۱۸/۶)			
دیپلم	۲۲ (۳۷/۱)	۳۸ (۵۴/۳)			
دانشگاهی	۲۶ (۳۱/۴)	۱۳ (۱۸/۶)			
وضعیت شغل همسر					
کارمند	۶ (۸/۶)	۸ (۱۱/۴)	۰/۴۱ (۲)	۰/۸۱	۰/۰۵۱
مشاغل آزاد	۱۲ (۱۷/۱)	۱۳ (۱۸/۶)			
بازنشسته	۴۸ (۶۸/۶)	۴۶ (۶۵/۷)			
بیکار	۴ (۵/۷)	۳ (۴/۳)			
کفایت درآمد ماهیانه خانواده					
درآمد ماهیانه خانواده کمتر از هزینه‌های ماهیانه خانواده	۳۷ (۵۲/۹)	۳۱ (۴۴/۳)	۱/۰۳ (۲)	۰/۵۹	۰/۰۸۱
درآمد ماهیانه خانواده برابر با هزینه‌های ماهیانه خانواده	۲۶ (۳۷/۱)	۳۱ (۴۴/۳)			
درآمد ماهیانه خانواده بیشتر از هزینه‌های ماهیانه خانواده	۷ (۱۰/۰)	۸ (۱۱/۴)			
سابقه نوع زایمان					
طبیعی	۵۹ (۸۴/۳)	۵۳ (۷۵/۷)	۱/۱۱ (۱)	۰/۲۹	-۰/۱۰۲
سزارین برنامه‌ریزی شده	۱۱ (۱۵/۷)	۱۳ (۱۸/۶)	۰/۰۵ (۱)	۰/۸۲	۰/۰۳۲
سزارین اورژانسی	۱۲ (۱۴/۳)	۱۳ (۱۸/۶)	۰/۲۰ (۱)	۰/۶۴	۰/۰۵۲
سابقه شیردهی از سینه	۶۷ (۹۵/۷)	۶۳ (۹۰/۰)	۰/۹۶ (۱)	۰/۳۲	-۰/۱۱۲
سابقه روش جلوگیری از بارداری هورمونی					
قرص جلوگیری از بارداری	۳۵ (۵۰/۰)	۳۶ (۵۱/۴)	<۰/۰۰۱ (۱)	۰/۹۹	۰/۰۱۲
آمپول	۴ (۵/۷)	۵ (۷/۱)	<۰/۰۰۱ (۱)	۰/۹۹	۰/۰۲۲

تعداد نفرات : ۱۴۰ نفر (۷۰ نفر در گروه مداخله و ۷۰ نفر در گروه کنترل) .1Cramer's V, 2Phi.

قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره‌ی خودکارآمدی عمومی، تفاوت آماری معناداری با اندازه‌ی اثر کم وجود داشت، به‌طوری‌که میانگین نمرات خودکارآمدی عمومی زنان در گروه کنترل از میانگین نمرات خودکارآمدی زنان گروه مداخله بالاتر بود [Cohen's d :-۰/۴۶ ، p=۰/۰۰۷، ۲/۷۱- =(۱۲۵/۷۵) t]. با این وجود، در گروه مداخله، میانگین نمرات خودکارآمدی عمومی زنان در دو بازه زمانی ۲ هفته و ۴ ماه پس از مداخله افزایش متوسط معنادار از لحاظ آماری داشت [۰/۰۶ : η۲ ، p=۰/۰۱، ۴/۶۸ =(۱/۷۸)F]. هم‌چنین، در گروه مداخله، میانگین نمرات حمایت اجتماعی درک‌شده زنان در دو بازه زمانی ۲ هفته و ۴ ماه پس از مداخله افزایش متوسط معنادار از لحاظ آماری داشت [۰/۰۷ : η۲ ، p=۰/۰۰۶، ۵/۷۴ =(۱/۷۹)F]. به‌علاوه، بین دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت آماری معناداری در میانگین نمرات قادرکننده‌های سلامت زنان با اندازه اثر کم، ۲ هفته پس از مداخله [Cohen's d :۰/۳۳ ، p=۰/۰۴، ۱/۹۹ =(۱۳۸) t] و اندازه اثر متوسط، ۴ ماه پس از مداخله [Cohen's :۰/۵۵ d ، p=۰/۰۰۱، ۳/۲۰ =(۱۳۸) t] وجود داشت. هم‌چنین، در گروه مداخله، میانگین نمرات قادرکننده‌های سلامت زنان در دو بازه زمانی ۲ هفته و ۴ ماه پس از مداخله افزایش بزرگ معنادار از لحاظ آماری داشت [۰/۱۹ : η۲ ، p<۰/۰۰۱، ۱۷/۱۲۶۸ =(۲)F] (جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی عمومی، حمایت اجتماعی درک‌شده و قادرکننده سلامت زنان بین دو گروه مداخله و کنترل

گروه ها	قبل از مداخله	۲ هفته بعد از مداخله	۴ ماه بعد از مداخله	F (df)	P-value	Partial Eta Squared
	میانگین ± انحراف‌معیار	میانگین ± انحراف‌معیار	میانگین ± انحراف‌معیار			
خودکارآمدی عمومی						
مداخله	۲۹/۸۲± ۵/۵۵	۳۰/۱۰± ۵/۳۵	۳۱/۴۵± ۵/۲۲	۴/۶۸ (۱/۷۸)	۰/۰۱	۰/۰۶
کنترل	۳۲/۰۵± ۴/۰۲	۳۱/۲۸± ۳/۶۸	۳۱/۹۸± ۴/۶۶	۱/۳۷ (۱/۷۳)	۰/۲۵	۰/۰۲
t (df)	-۲/۷۱ (۱۲۵/۷۵)	-۱/۵۲ (۱۲۲/۳۹)	-۰/۶۳ (۱۳۸)			
P- value	۰/۰۰۷	۰/۱۳	۰/۵۲			
Cohen's d	-۰/۴۶	-۰/۲۵	-۰/۱۰			
حمایت اجتماعی درک‌شده						
مداخله	۶۴/۱۵± ۱۳/۳۳	۶۵/۵۴± ۱۴/۹۲	۶۹/۰۸± ۱۲/۷۳	۵/۷۴ (۱/۷۹)	۰/۰۰۶	۰/۰۷
کنترل	۶۴/۵۷± ۱۲/۶۷	۶۳/۸۴± ۱۳/۹۲	۶۴/۹۴± ۴۵/۴۰	۰/۵۴ (۱/۶۴)	۰/۵۴	۰/۰۰۸
t (df)	-۰/۱۸ (۱۳۸)	۰/۶۹ (۱۳۸)	۱/۷۳ (۱۳۸)			
P- value	۰/۸۵	۰/۴۸	۰/۰۸			
Cohen's d	-۰/۰۳	۰/۱۱	۰/۲۹			
قادرکننده‌های سلامت زنان						
مداخله	۲۲/۶۲± ۴/۱۹	۲۴/۱۷± ۴/۲۲	۲۵/۳۷± ۴/۰۵	۱۷/۱۲ (۲)	<۰/۰۰۱	۰/۱۹
کنترل	۲۱/۳۳± ۴/۹۴	۲۲/۷۱± ۴/۴۲	۲۲/۹۸± ۴/۵۶	۷/۱۷ (۱/۴۹)	۰/۰۹	۰/۰۰۳
t (df)	۱/۶۶ (۱۳۸)	۱/۹۹ (۱۳۸)	۳/۲۰ (۱۳۸)			
P- value	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۰۰۱			
Cohen's d	۰/۲۸	۰/۳۳	۰/۵۵			

بحث

نتایج مطالعه‌ی حاضر بیانگر افزایش معنادار آماری در میانگین نمرات خودکارآمدی عمومی، حمایت اجتماعی درک‌شده و قادرکننده‌های سلامت زنان (تعیین‌کننده‌های سلامت و کیفیت زندگی زنان بر اساس مدل پرسید-پروسید) پس از اجرای مداخله توانمندسازی زنان مبتنی بر چارچوب توانمندسازی لانگوِه بود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه‌ی مشکی و همکاران (۲۰۲۲) هم‌سو می‌باشد بدین‌صورت که در مطالعه‌ی ایشان بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید- پروسید، میانگین نمرات خودکارآمدی، عوامل حمایتی و عوامل قادرکننده زنان یائسه گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بالاتر بود. دلیل این هم‌سویی نتایج می‌تواند به‌دلیل مشابهت محتوای آموزشی و نوع آموزش (مبتنی بر الگو) باشد. بنابراین آموزش مبتنی بر تئوری می‌تواند از نقاط‌قوت یک مطالعه جهت دستیابی به اهداف سلامت باشد (۳۷). هم‌چنین نتایج مطالعه‌ی حاضر با نتایج مطالعه‌ی محمود و همکاران (۲۰۲۰) هم‌راستاست. در مطالعه‌ی ایشان، ۳ ماه بعد از مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید- پروسید، میانگین نمرات حمایت اجتماعی و عوامل قادرکننده زنان یائسه در گروه مداخله افزایش آماری معنادار داشت. بنابراین آموزش مبتنی بر الگو می‌تواند موجب بهبود عوامل موثر بر سلامت و کیفیت زندگی یائسگی شود (۳۸). هم‌سویی بین نتایج مطالعه‌ی حاضر با نتایج مطالعه‌ی کریمی و همکاران (۱۳۹۳) وجود دارد به‌طوری‌که در مطالعه ایشان، ۳ ماه بعد از مداخله‌ی آموزشی بر اساس الگوی توانمندسازی فردی، نمرات خودکارآمدی زنان یائسه گروه مداخله افزایش آماری معنادار داشت. بنابراین تأثیر مثبت برنامه‌ی آموزشی طراحی‌شده بر اساس الگوهای سلامت پشتیبانی شده و توصیه به طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مشابه می‌شود (۳۹). به‌علاوه، در مطالعه‌ی زیدی و همکاران (۱۳۹۲) نیز نتایج نشان داد که با

مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر الگوی توانمندسازی فردی در گروه مداخله، میانگین نمرات خودکارآمدی زنان یائسه، ۳ ماه پس از مداخله افزایش معنادار آماری داشت. بنابراین توصیه به به‌کارگیری الگوی توانمندسازی در طراحی برنامه‌های آموزشی به‌منظور بهبود تعیین‌کننده‌های سلامت و کیفیت زندگی زنان یائسه می‌شود (۴۰). بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که طراحی مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر مدل و الگوهای بهداشتی توانمندساز فردی می‌تواند موجب ایجاد یک برنامه توانمندساز و مشارکت‌محور شده که امکان تحت‌تأثیر قرارگیری عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت و کیفیت زندگی زنان یائسه شامل خودکارآمدی، حمایت اطرافیان به‌ویژه خانواده و منابع و مهارت‌های فردی را فراهم می‌کند. در نهایت برنامه‌ی توانمندسازی می‌تواند تأثیرات و پیامدهای مطلوب سلامت را برای گروه زنان یائسه در پی داشته باشد.

نقاط‌قوت، محدودیت‌ها و پیشنهادات: نقاط‌قوت مطالعه‌ی حاضر شامل انجام مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر تئوری و الگو، تأکید بر رویکرد آموزشی فعالانه، مشارکت‌محور و یادگیری بازخوردمحور می‌باشد. همانند سایر مطالعات، محدودیت‌های این مطالعه شامل خودگزارشی‌بودن داده‌ها از طریق پرسشنامه می‌باشد که انجام مطالعات بیشتر در آینده با ابزارهای مطمئن‌تر جهت غلبه بر این محدودیت پیشنهاد می‌گردد. هم‌چنین مشارکت‌کنندگان مطالعه‌ی حاضر از مراکز سلامت مناطق شهری، دارای سواد خواندن و نوشتن و بدون بیماری‌های خاص و مزمن انتخاب شده بودند که جهت غلبه بر این محدودیت، انجام مطالعات مشابه در جمعیت‌های روستایی، بیسواد یا کم‌سواد و با بیماری‌های خاص یا مزمن پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر بیانگر این است که مداخله‌ی ارتقاء سلامت مبتنی بر چارچوب توانمندسازی لانگوِه می‌تواند دارای تأثیرات قابل‌توجه بر بهبود عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت و کیفیت زندگی زنان یائسه شامل خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و عوامل قادرکننده‌ی سلامت زنان داشته باشد. در این راستا، انجام برنامه‌های آموزشی ارتقاء سلامت فعالانه، مشارکت‌محور و توانمندساز فردی مبتنی بر تئوری‌های بهداشتی برای زنان یائسه در تمامی مراکز سلامت پیشنهاد می‌گردد تا از این طریق بتوان خودکارآمدی زنان را ارتقاء داده و با جلب حمایت‌های اطرافیان و خانواده، استفاده از امکانات اجتماعی و منابع شخصی موجود و افزایش مهارت‌های فردی، سلامت زنان یائسه و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشید.

تشکر و قدردانی: از همکاری تمامی زنان مشارکت‌کننده در مطالعه و کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت مورد مطالعه، تشکر و قدردانی داریم. این مطالعه در کمیته‌ی اخلاق، دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد IR.SUMS.SCHEANUT.REC.۱۴۰۲,۴۰۹ تصویب و حمایت مالی شده است.

تضاد منافع: در این پژوهش بین اعضا تیم تحقیق با منافع شخص و یا سازمان خاصی تعارض منافع وجود ندارد.

حمایت مالی: منابع مالی این مطالعه توسط معاونت تحیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز تامین شده است.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه با شماره‌ی ثبت کارآزمایی بالینی IRCT20230716058792N1، ثبت شده در ۲۰۲۳/۰۸/۱۴ انجام شد. هم‌چنین تمامی روش‌ها بر اساس دستورالعمل‌ها و مقررات قابل اجرا انجام شد. شرکت‌کنندگان فرم‌های رضایت آگاهانه را امضا کردند و اطلاعاتی در مورد اهداف و رویه‌های مطالعه در اختیارشان قرار گرفت.

سهم نویسندگان: نویسنده‌ی خدیجه خادمی در اجرای مطالعه، جمع‌آوری داده‌های مطالعه، تجزیه‌وتحلیل آماری و نوشتن مقاله نقش داشت. نویسنده محمدحسین کاوه به‌عنوان راهنما بر تمامی مراحل طراحی، اجرا، تجزیه‌وتحلیل آماری و نوشتن مقاله نظارت و مشارکت داشت. نویسندگان مهین نظری و عبدالرحیم اسداللهی به‌عنوان مشاور در طراحی، اجرا، تجزیه‌وتحلیل آماری و نوشتن مقاله مشارکت داشتند.

References

1- Kalhan M, Singhania K, Choudhary P, Verma S, Kaushal P, Singh T. Prevalence of Menopausal Symptoms and its Effect on Quality of Life among Rural Middle Aged Women (40-60 Years) of Haryana, India. Int J Appl Basic Med Res. 2020;10(3):183-8 https://doi.org/10.4103/ijabmr.IJABMR_428_19 https://doi.org/10.4103/ijabmr.IJABMR_428_19 PMid:33088741 PMCid:PMC7534715

2- Office on Women's Health. Menopause and your health. 2021. Available from: https://www.womenshealth.gov/menopause/menopause-and-your-health . Accessed December 1, 2024.

3- United Nation. Probabilistic Projections of female life expectancy at birth using life expectancy at birth estimates. 2022. Available from: https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/EX/Female/900 . Accessed December 1, 2024.

4- Ilankoon IMPS, Samarasinghe K, Elgán C. Menopause is a natural stage of aging: a qualitative study. BMC Womens Health. 2021;21(1):47. https://doi.org/10.4103/10.1186/s12905-020-01164-6 https://doi.org/10.1186/s12905-020-01164-6 PMid:33522914 PMCid:PMC7849153

5- Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Factors associated with quality of life of postmenopausal women living in Iran. BMC Womens Health. 2020;20(1):104. https://doi.org/10.1186/s12905-020-00960-4 https://doi.org/10.1186/s12905-020-00960-4 PMid:32410601 PMCid:PMC7227259

6- Nguyen TM, Do TTT, Tran TN, Kim JH. Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(19):7049. https://doi.org/10.3390/ijerph17197049 https://doi.org/10.3390/ijerph17197049 PMid:32993147 PMCid:PMC7579592

7- Cybulska AM, Szkup M, Schneider-Matyka D, et al. Depressive Symptoms among Middle-Aged Women-Understanding the Cause. Brain Sci. 2020;11(1):26. https://doi.org/10.3390/brainsci11010026 https://doi.org/10.3390/brainsci11010026 PMid:33379297 PMCid:PMC7824332

8- 21n Moser S, Chodick G, Bar-On S, Shalev V. Healthcare Utilization and Prevalence of Symptoms in Women with Menopause: A Real-World Analysis. Int J Womens Health. 2020;12:445-54. https://doi.org/10.2147/IJWH.S246113 https://doi.org/10.2147/IJWH.S246113 PMid:32606996 PMCid:PMC7293420

9- Namazi M, Sadeghi R, Behboodi Moghadam Z. Social Determinants of Health in Menopause: An Integrative Review. Int J Womens Health. 2019;11:637-47. https://doi.org/10.2147/IJWH.S228594 https://doi.org/10.2147/IJWH.S228594 PMid:31849539 PMCid:PMC6910086

10- Jones EK, Jurgenson JR, Katzenellenbogen JM, Thompson SC. Menopause and the influence of culture: another gap for Indigenous Australian women?. BMC Womens Health. 2012;12:43. https://doi.org/10.1186/1472-6874-12-43 https://doi.org/10.1186/1472-6874-12-43 PMid:23234340 PMCid:PMC3554544

11- Ceylan B, Özerdoğan N. Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause. Turk J Obstet Gynecol. 2015;12(1):43-9. https://doi.org/10.4274/tjod.79836 https://doi.org/10.4274/tjod.79836 PMid:28913040 PMCid:PMC5558404

12- Thapa P, Thebe P. Quality of life of postmenopausal women in rural area, Nepal. Post Reprod Health. 2021;27(3):151-7. https://doi.org/10.1177/20533691211014741 https://doi.org/10.1177/20533691211014741 PMid:34098788

13- Lee BG, Ham OK, Kim SH, Lee EJ, Kang HS, Chae D. Concomitants of menopause-specific quality of life in premenopausal and post-menopausal women living in South Korea. Women Health. 2020;60(8):887-98. https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1767262 https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1767262 PMid:32466716

14- Jones HJ, Minarik PA, Gilliss CL, Lee KA. Depressive symptoms associated with physical health problems in midlife women: A longitudinal study. J Affect Disord. 2020;263:301-9. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.166 https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.166 PMid:31818793 PMCid:PMC6989369

15- Chiu HH, Tsao LI, Liu CY, Lu YY, Shih WM, Wang PH. The Perimenopausal Fatigue Self-Management Scale Is Suitable for Evaluating Perimenopausal Taiwanese Women's Vulnerability to Fatigue Syndrome. Healthcare (Basel). 2021;9(3):336. 2021. https://doi.org/10.3390/healthcare9030336 https://doi.org/10.3390/healthcare9030336 PMid:33809807 PMCid:PMC8002518

16- Foroozani E, Ghiasvand R, Mohammadianpanah M, et al. Determinants of delay in diagnosis and end stage at presentation among breast cancer patients in Iran: a multi-center study. Sci Rep. 2020;10(1):21477. https://doi.org/10.1038/s41598-020-78517-6 https://doi.org/10.1038/s41598-020-78517-6 PMid:33293634 PMCid:PMC7723040

17- Bahri, N., Latifnejad Roudsari, R., Tohidinik, H. R., Sadeghi, R. Attitudes Towards Menopause Among

IranianWomen: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iranian Red Crescent Medical Journal (IRCMJ), 2016; 18(10): 1-12. https://doi.org/10.5812/ircmj.31012 https://doi.org/10.5812/ircmj.31012

18- Chen CX, Shieh C, Draucker CB, Carpenter JS. Reasons women do not seek health care for dysmenorrhea. J Clin Nurs. 2018;27(1-2):e301-8 https://doi.org/10.1111/jocn.13946 https://doi.org/10.1111/jocn.13946 PMCid:PMC5746430

19- Zou P, Waliwitiya T, Luo Y, et al. Factors influencing healthy menopause among immigrant women: a scoping review. BMC Womens Health. 2021;21(1):189. https://doi.org/10.1186/s12905-021-01327-z https://doi.org/10.1186/s12905-021-01327-z PMid:33957910 PMCid:PMC8101137

20- Henry C, Jefferies R, Ekeroma A, Filoche S. Beyond the numbers-understanding women's experiences of accessing care for abnormal uterine bleeding (AUB): a qualitative study. BMJ Open. 2020;10(11):e041853. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041853 https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041853 PMid:33203638 PMCid:PMC7674079

21- Sharma M. Planning Models in Health Education and Health Promotion. Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion. 4th ed: 10 & Bartlett Learning. 2021.

22- Kim HR, Yang HM. Facilitators and Inhibitors of Lifestyle Modification and Maintenance of KOREAN Postmenopausal Women: Revealing Conversations from FOCUS Group Interview. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(21):8178. https://doi.org/10.3390/ijerph17218178 https://doi.org/10.3390/ijerph17218178 PMid:33167466 PMCid:PMC7663947

23- Dastgerdi FA, Zandiyeh Z, Kohan S. Comparing the effect of two health education methods, self-directed and support group learning on the quality of life and self-care in Iranian postmenopausal woman. J Educ Health Promot. 2020;9:62. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_484_19 https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_484_19 PMid:32489997 PMCid:PMC7255573

24- Hossein Mirzaee Beni Z, Maasoumi R, Pashaeypoor S, Haghani S. The effects of self-care education based on the health literacy index on self-care and quality of life among menopausal women: a randomized clinical trial. BMC Womens Health. 2022;22(1):452. https://doi.org/10.1186/s12905-022-02007-2 https://doi.org/10.1186/s12905-022-02007-2 PMid:36384550 PMCid:PMC9670648

25- Sydora BC, Graham B, Oster RT, Ross S. Menopause experience in First Nations women and initiatives for menopause symptom awareness; a community-based participatory research approach. BMC Womens Health. 2021;21(1):179. https://doi.org/10.1186/s12905-021-01303-7 https://doi.org/10.1186/s12905-021-01303-7 PMid:33902542 PMCid:PMC8077762

26- Karimi L, Mokhtari Seghaleh M, Khalili R, Vahedian-Azimi A. The effect of self-care education program on the severity of menopause symptoms and marital satisfaction in postmenopausal women: a randomized controlled clinical trial. BMC Womens Health. 2022;22(1):71. https://doi.org/10.1186/s12905-022-01653-w https://doi.org/10.1186/s12905-022-01653-w PMid:35287681 PMCid:PMC8919913

27- Kafaei-Atrian M, Sadat Z, Nasiri S, Izadi-Avanji FS. The Effect of Self-care Education Based on Self-efficacy Theory, Individual Empowerment Model, and Their Integration on Quality of Life among Menopausal Women. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2022;10(1):54-63. https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2021.86814.1370

28- Yazdkhasti M, Simbar M, Abdi F. Empowerment and coping strategies in menopause women: a review. Iran Red Crescent Med J. 2015;17(3):e18944. https://doi.org/10.5812/ircmj.18944 https://doi.org/10.5812/ircmj.18944 PMid:26019897 PMCid:PMC4441783

29- Heidari M, Sheikhi RA, Rezaei P, Kabirian Abyaneh S. Comparing Quality of Life of Elderly Menopause Living in Urban and Rural Areas. J Menopausal Med. 2019;25(1):28-34. https://doi.org/10.6118/jmm.2019.25.1.28 https://doi.org/10.6118/jmm.2019.25.1.28 PMid:31080786 PMCid:PMC6487286

30- Samari G. Women's empowerment in Egypt: the reliability of a complex construct. Sex Reprod Health Matters. 2019;27(1):1586816. https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1586816 https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1586816 PMid:31533567 PMCid:PMC6753836

31- Leder S. Linking Women's Empowerment and their Resilience. 2016. https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3395.0809

32- Kahe, Mehran et al. "The Relationships Between Self-Concept and Self-Efficacy With Self-Management Among Elderly of Sanatoriums in Tehran." Iranian Journal of Ageing. 2018;13:28-37. https://doi.org/10.21859/SIJA.13.1.28 https://doi.org/10.21859/sija.13.1.28

33- Bagherian-Sararoudi R, Hajian A, Ehsan HB, Sarafraz MR, Zimet GD. Psychometric properties of the persian version of the multidimensional scale of perceived social support in iran. Int J Prev Med. 2013;4(11):1277-81.

34- Schwarzer R., Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. APA PsycTests. 1995. https://doi.org/10.1037/t00393-000 https://doi.org/10.1037/t00393-000

35- Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The Multidimensional Scale of Perceived Social

Support: a confirmation study. J Clin Psychol. 1991;47(6):756-61. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199111)47:6<756::aid-jclp2270470605>3.0.co;2-l https://doi.org/10.1002/1097-4679(199111)47:6<756::AID-JCLP2270470605>3.0.CO;2-L PMid:1757578

36-Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. Compr Psychiatry. 2008;49(2):195-201. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.09.002 https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.09.002 PMid:18243894

37- Moshki M, Yaghubi R, Pariafsai F. Comparing the effect of education based on PRECEDE - PROCEED model in person-centered and supportive group methods on women's psychological well-being in the menopausal period. J Educ Health Promot. 2022;11:68. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_617_21 https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_617_21 PMid:35372613 PMCid:PMC8974934

38- Mahmoud, H., Mostafa Hassan, H., Morsy, A. Effect of Educational Intervention Based on PRECEDE-PROCEED Model on Osteoporosis Preventive Behaviors among Perimenopausal Women. Egyptian Journal of Health Care, 2020; 11(4): 1119-35. https://doi.org/10.21608/ejhc.2020.239356 https://doi.org/10.21608/ejhc.2020.239356

39- Karimy M, Aminshokravi F, Zareban E, Koohpayezadeh J, Baradaran H, Khoshdel A. The effect of education based on individual empowerment model on the quality of life in the menopause women in Zarandieh. Yafteh. 2014;16:80-90.

40- Zeidi EM, Pakpour AH, Zeidi BM. The Impact of Educational Interventions based on Individual Empowerment Model on Knowledge, Attitude, Self-Efficacy, Self Esteem and Quality of Life of Postmenopausal Women. Iran Journal of Nursing. 2013; 26:21-31.