

تأثیر مداخله مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت در نوجوانان دختر

پریسا پیرزاده^۱، حمیدرضا زنده طلب^{۲،*}، مسعود زارع^۲، حمیدرضا بهنام واشنی^۳

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

^۲ مربی پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ مربی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۳۰

چکیده

مقدمه: رفتارهای ارتقادهنده سلامت در نوجوانان دختر باعث بهزیستی و بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود. خانواده از عوامل تأثیرگذار بر شکل‌گیری و تقویت این رفتارهاست. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت در نوجوانان دختر انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه نیمه‌تجربی شاهددار قبل و بعد، روی ۶۸ نوجوان دختر دوره اول دبیرستان در شهرستان شاندیز در سال ۱۳۹۹ انجام شد. در گروه مداخله، مداخله آموزشی در ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای نوجوانان ارائه شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه HPLPII قبل، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون‌های تی مستقل و تحلیل واریانس انجام شد.

نتایج: در مرحله قبل از مداخله از نظر میانگین نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت در گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/219$). اما از نظر میانگین نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله بین گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: آموزش بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده‌محور سبب بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت در نوجوانان دختر شد؛ لذا استفاده از این الگو در مدارس توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: الگوی توانمندسازی خانواده‌محور، رفتارهای ارتقادهنده سلامت، نوجوانان دختر

مقدمه

ارتقای سلامت استراتژی اصلی تشویق مردم به پذیرش سبک زندگی سالم و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر است (۱). بر اساس نظر Pender، ارتقای سلامت روند مداوم و مثبتی است که شامل مسئولیت‌پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، ارتباطات، کنترل استرس و رشد معنوی است (۲). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۷۰ تا ۸۰ درصد از میرایی کشورهای توسعه‌یافته و ۴۰ تا ۵۰ درصد از میرایی کشورهای در حال توسعه به علت بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی شامل چاقی، دیابت، فشار خون بالا و ... است (۳). فعالیت بدنی ناکافی، تغذیه ناسالم، استعمال دخانیات و مصرف الکل چهار عامل خطر عمده برای بیماری‌های غیرواگیر مزمن است (۴).

شناخت و پیشگیری از این عوامل خطر باید از کودکی و نوجوانی صورت گیرد. پیش‌فرض نادرست مترادف بودن دوران نوجوانی با دوره سلامتی و تندرستی، این گروه سنی را کمتر از سایر گروه‌های سنی از دریافت خدمات مراقبتی و پیشگیری بهره‌مند می‌سازد (۵). مطالعات نشان داده‌اند ۵۱ درصد از نوجوانان رفتارهای بهداشتی مناسبی ندارند (۶). انجام رفتارهای تهدیدکننده سلامت از جمله تغذیه نامناسب، کم‌تحركی، رفتارهای جنسی پرخطر، استعمال دخانیات و مصرف الکل در نوجوانان افزایش یافته که تهدیدی برای سلامت آینده آنان است (۷). همچنین شیوع بسیاری از مشکلات روانی مانند افسردگی، اضطراب و گوشه‌گیری نیز در دوران نوجوانی رو به افزایش است (۸).

دوران نوجوانی در دختران زیربنا و جهت‌دهنده دوره بعدی زندگی آنان خواهد بود و سلامتی فرزندان و خانواده آن‌ها نیز در گرو رفتارهای سلامت‌محور آنان است (۹). مطالعات متعددی ضعیف‌تر بودن رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در نوجوانان دختر در مقایسه با نوجوانان پسر گزارش کرده‌اند (۱۰، ۱۱، ۷). طبق نتایج مطالعه سالاری،

نمره کسب‌شده در تمام ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت در پسران (۶۱/۲) از دختران (۴۳/۲) بیشتر بود و دختران در ابعاد فعالیت فیزیکی و مسئولیت‌پذیری سلامت کمترین نمره را کسب کردند (۱۰). یافته‌های صاحب‌زمانی نیز نشان داد ۳۱/۴ درصد از دختران فعالیت ورزشی نامناسب، ۳ درصد مصرف سیگار، ۲۶/۹ درصد مصرف قلیان و ۳۲/۸ درصد روش‌های نامطلوب مقابله با استرس را داشتند (۱۲). بسیاری از عادات سالم و ناسالم در دوران نوجوانی شکل می‌گیرد و به دوره‌های بعدی زندگی نیز تسری می‌یابد. مقابله با رفتارهای پرخطر و عادات ناسالم زندگی در سنین کم تأثیر چشمگیری بر سلامت افراد در سنین بزرگسالی و سالمندی دارد؛ بنابراین، ضروری است که آموزش در زمینه سبک زندگی سالم و اجتناب از رفتارهای پرخطر در دوران اولیه زندگی مورد توجه قرار گیرد؛ چراکه زمینه‌ساز بسیاری از ناخوشی‌ها و بیماری‌ها محسوب می‌شود (۱۳).

یکی از تدابیری که در سال‌های اخیر به منظور بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت مددجویان به کار گرفته شده، مفهوم توانمندسازی است. توانمندسازی فرایندی پویا، مثبت، تعاملی و اجتماعی است و موجب بهبود کیفیت زندگی مددجویان، افزایش مسئولیت‌پذیری سلامت آنان، تعامل بهتر با کارکنان بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود (۱۴، ۱۵). تاکنون پژوهش‌های متعددی در زمینه ارتقای رفتارهای سلامت نوجوانان انجام شده است، ولی به نظر می‌رسد انجام برنامه‌های آموزشی بدون در نظر گرفتن نقش خانواده در نوجوانان تضمینی برای ارتقای ابعاد مختلف سلامت زندگی آنان نیست (۱۶، ۱۷). بررسی‌ها نشان می‌دهد بین خانواده و وضعیت سلامت نوجوانان ارتباطی قوی وجود دارد و نوجوان رفتارهای سلامتی را از درون خانواده فرامی‌گیرد (۱۸، ۵).

مراقبت خانواده‌محور به‌عنوان نوعی فلسفه مراقبتی،

پایه‌های هفتم تا نهم، از طریق قرعه‌کشی ساده پایه هفتم به عنوان جامعه پژوهش انتخاب شد. به علت محدودیت‌های ناشی از کرونا، پس از قرعه‌کشی ساده دانش‌آموزانی که روزهای زوج مراجعه می‌کردند به‌عنوان گروه مداخله و دانش‌آموزان روزهای فرد به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند.

معیارهای ورود عبارت بودند از: اشتغال به تحصیل در پایه متوسطه اول، داشتن رضایت کتبی خود و والدین برای شرکت در مطالعه. معیارهای خروج شامل تمایل نداشتن به ادامه همکاری، شرکت در مطالعه‌ای مشابه پژوهش حاضر، ابتلا به بیماری جسمی و روحی خاص (مشکلی که روی رفتارهای ارتقادهنده سلامت تأثیر سوء بگذارد؛ به‌طور مثال، بیماری دیابت که فرد به دلیل داشتن محدودیت‌های غذایی خاص امکان پیروی از نکات تغذیه‌ای ارائه‌شده در پژوهش را ندارد)، شرکت در برنامه آموزشی مشابه و غیبت بیش از ۱ جلسه در جلسات آموزشی بود.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول مقایسه میانگین‌ها، سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد و استناد به مطالعه احمدی‌زاده و همکاران (۲۶) استفاده شد. ۲۵ دانش‌آموز در هر گروه برآورد شد که برای افزایش اعتبار نتایج و احتساب ریزش نمونه، ۶۸ نفر (۳۵ نفر در گروه آزمون و ۳۳ نفر در گروه کنترل) مدنظر قرار گرفت. ابزارهای استفاده‌شده شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه استاندارد شیوه زندگی ارتقادهنده سلامت واکر و اوانت بود.

پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک ۱۶ سؤال دارد که روایی آن را ۷ نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد تأیید کردند. پرسش‌نامه استاندارد شیوه زندگی ارتقادهنده سلامت (Health Promotion Lifestyle Profile) واکر و اوانت ۵۲ سؤال دارد و شامل ۶ بُعد مسئولیت‌پذیری سلامت (۹ سؤال)، فعالیت فیزیکی (۸ سؤال)، تغذیه (۹ سؤال)، روابط بین‌فردی (۹ سؤال)، رشد معنوی (۹ سؤال) و مدیریت استرس (۸ سؤال) است. طیف پاسخگویی از نوع

اهمیت واحد خانواده را به‌عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی به رسمیت می‌شناسد و روشی است که از طریق مشارکت‌های مفید دو طرفه بین نوجوانان و خانواده‌ها کنترل می‌شود (۱۹). مطابق با پژوهش Klemara (۲۰۱۷) انجام مداخلات چندجانبه با مشارکت نوجوان و خانواده در محیط مدرسه ابزار مؤثری برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر سلامت نوجوانان است (۲۰). در این رابطه یکی از مدل‌های آموزشی که در آن هم مددجو و هم خانواده در مراقبت و پیشگیری درگیر می‌شوند، الگوی توانمندسازی خانواده‌محور است که الحانی در سال ۱۳۸۱ آن را طراحی کرد (۲۱) و تاکنون روی نوجوانان دختر مبتلا به آنمی فقر آهن (۲۲) و نوجوانان مبتلا به دیابت (۲۳) استفاده شده و نتیجه آن بهبود کیفیت زندگی آنان بوده است. رستمی (۱۳۹۹) توانمندسازی خانواده‌محور را عامل بهبود کیفیت زندگی کودکان مبتلا به هموفیلی می‌داند (۲۴). به‌منظور بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت در نوجوانان دختر دوره متوسطه اول می‌توان از الگوی توانمندسازی خانواده محور استفاده کرد که با تأکید بر مؤثر بودن نقش فرد و دیگر اعضای خانواده در سه بعد انگیزشی، روان‌شناختی (خودباوری، خودکنترلی و خودکارآمدی) و ویژگی‌های خودمشکل (دانش، نگرش و تهدید درک‌شده) طراحی شده است (۲۵).

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مداخله‌ای نیمه‌تجربی دو گروه قبل و بعد بود که در سال ۱۳۹۹ روی ۶۸ دانش‌آموز دختر نوجوان دوره متوسطه اول در یک مدرسه دولتی در شهر شانددیز، پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد (R.MUMS.NURSE.REC.1399.005) انجام شد. از بین ۴ دبیرستان دوره اول این شهرستان، دبیرستان شهید محمدپور به‌صورت تصادفی ساده به‌عنوان محیط پژوهش انتخاب شد. پس از مراجعه به دبیرستان از بین

جلسات آموزشی تمرین و تکرار شد.

سومین مرحله الگو (عزت‌نفس)، از طریق مشارکت آموزشی بود که در این مرحله خانواده در فرایند کار درگیر شدند؛ به این شکل که نوجوانان به‌عنوان یک رابط آموزشی، مطالبی را که آموخته بودند و در کارت‌های آموزشی خلاصه شده بود، به عضو فعال خانواده (مادر) منتقل و آموزش دادند. این مشارکت آموزشی سبب افزایش خودباوری نوجوان می‌شد. مادر به دو سؤال که در انتهای کارت وجود داشت، پاسخ می‌داد و سؤالات پیش‌آمده را در قسمت طراحی‌شده کارت آموزشی می‌نوشت و در جلسات برگزارشده توسط پژوهشگر مرتفع می‌شد. با توجه به اینکه مادر ممکن بود از طریق کارت آموزشی به‌طور کامل توانمند نشده باشد، طی دو جلسه گروهی با حضور مادران مطالب آموزشی به‌صورت خلاصه به آنها آموزش داده شد.

مرحله چهارم الگو به‌صورت ارزشیابی فرایندی و برآیندی بود. ارزشیابی فرایندی در سرتاسر الگو با طرح سؤالات شفاهی در آغاز هر جلسه آموزشی از مباحث قبل اجرا شد. ارزشیابی برآیندی (نهایی) نیز بلافاصله و یک ماه بعد از اتمام آموزش انجام شد. گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد.

در این مطالعه متغیرهای کمی و کیفی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد. برای بررسی همگنی دو گروه از نظر متغیرهای مداخله‌گر و زمینه‌ای از آزمون کای اسکوئر، آزمون دقیق فیشر، تی مستقل و من‌ویتنی استفاده شد. برای دستیابی به اهداف پژوهش از آزمون آماری تی مستقل به‌منظور مقایسه بین‌گروهی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری به‌منظور مقایسه درون‌گروهی استفاده شد.

نتایج

در مجموع ۶۸ نوجوان دختر با میانگین سنی $12/7 \pm 0/5$ در گروه آزمون و $12/6 \pm 0/5$ در گروه کنترل در مطالعه

لیکرت بود که در مقابل هر گزینه ۴ پاسخ وجود داشت که به‌صورت هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) امتیازدهی شدند. روایی و پایایی این پرسش‌نامه برای نوجوانان در مطالعه محمدیان و همکاران (۱۳۹۲) تعیین شد (۲۷). پایایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ $0/83$ تعیین شد. پرسش‌نامه قبل از آموزش، بلافاصله و ۱ ماه بعد از آموزش توسط افراد گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور طی ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با استفاده از روش‌های سخنرانی، بحث گروهی و نمایش اسلاید در سالن کنفرانس مدرسه برای گروه مداخله اجرا شد.

گام اول در الگوی توانمندسازی خانواده‌محور اجرای گام نخست الگو یعنی «تهدید درک‌شده» است. در این گام آموزش به‌منظور افزایش شدت درک‌شده (آگاهی) و حساسیت درک‌شده (نگرش) از طریق سخنرانی نمایش پوستر و اسلاید انجام شد و دانش‌آموزان با مسائل و مشکلات حوزه سلامت در دوره نوجوانی آشنا و با برجسته‌سازی عوارض و خطرات ناشی از عدم رعایت رفتارهای بهداشتی و عواقب آن نسبت به لزوم رعایت رفتارهای بهداشتی حساس شدند. با آوردن مثال‌های عینی و نمایش اسلاید و عکس در رابطه با عواقب عدم رعایت رفتارهای بهداشتی، سازه شدت درک‌شده برجسته شد.

مرحله دوم الگوی ارتقای سطح خودکارآمدی بود که به روش حل مسئله در گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفره برگزار شد. در این مرحله علاوه بر تشویق و تأیید کلامی، مشکلات نوجوانان شناسایی و راه‌حل‌ها توسط خودشان ارائه و بحث و الویت‌بندی شد. سپس برای حل هر مشکل راهکارهای اجرایی توسط نوجوان از طریق نمایش عملی و به اشتراک گذاشتن تجارب موفق انجام شد که سبب افزایش خودکارآمدی و خودکنترلی در نمونه‌های پژوهش شد؛ برای مثال، به‌منظور مدیریت استرس روش تنفس عمیق در

۴۸/۶ درصد و در گروه کنترل ۶۳/۶ درصد از دختران نوجوان درآمد خانواده متوسط داشتند. آزمون من‌ویتنی فراوانی درآمد خانواده را در دو گروه معنی‌دار نشان نداد ($P=0/252$). با انجام آزمون‌های آماری بین دو گروه، آن‌ها از نظر مشخصات فردی (سن، تحصیلات و شغل والدین، درآمد خانواده، سن دانش‌آموز، تعداد فرزندان و وضعیت زندگی) همسان بودند و تفاوت معناداری نداشتند ($P>0/05$) (جدول ۱).

شرکت کردند. در گروه آزمون ۴۱/۲ درصد و در گروه کنترل ۴۸/۵ درصد از دختران نوجوان مادر با تحصیلات دیپلم داشتند. آزمون دقیق فیشر فراوانی تحصیلات مادر در دو گروه را معنی‌دار نشان نداد ($P=0/11$). همچنین در گروه آزمون ۸۲/۴ درصد و در گروه کنترل ۸۴/۸ درصد از دختران نوجوان مادر خانه‌دار داشتند. آزمون دقیق فیشر فراوانی شغل مادر را در دو گروه معنی‌دار نشان نداد ($P=0/987$). در گروه مداخله

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک دانش‌آموزان گروه مداخله و کنترل

P	متغییر		
	کنترل تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)	
$P=0/496$	۱۲/۶ ± ۰/۵	۱۲/۷ ± ۰/۵	سن نوجوان
$P=0/683$	۳۹/۰ ± ۵/۸	۳۸/۳ ± ۵/۳	سن مادر
$P=0/241$	۴۴/۰ ± ۵/۸	۴۲/۷ ± ۶/۰	سن پدر
$P=0/11$			میزان تحصیلات مادر
	۳ (۹/۱)	۸ (۲۳/۵)	ابتدایی
	۱۰ (۳۰/۳)	۸ (۲۳/۵)	سیکل
	۱۶ (۴۸/۵)	۱۴ (۴۱/۲)	دیپلم
	۴ (۱۲/۱)	۴ (۱۱/۸)	دانشگاهی
$P=0/098$			میزان تحصیلات پدر
	۴ (۱۲/۵)	۹ (۲۷/۳)	ابتدایی
	۸ (۲۵/۰)	۹ (۲۷/۳)	سیکل
	۱۴ (۴۳/۸)	۱۳ (۳۹/۴)	دیپلم
	۶ (۱۸/۸)	۲ (۶/۱)	دانشگاهی
$P=0/252$			میزان درآمد خانواده
	۴ (۱۲/۱)	۴ (۱۱/۴)	کم
	۲۱ (۶۳/۶)	۱۷ (۴۸/۶)	متوسط
	۸ (۲۴/۲)	۱۴ (۴۰/۰)	کافی
$P=0/435$			تعداد فرزندان خانواده
	۲ (۶/۱)	۲ (۵/۷)	یک
	۱۲ (۳۶/۴)	۱۱ (۳۱/۴)	دو
	۱۴ (۴۲/۴)	۱۳ (۳۷/۱۴)	سه
	۵ (۱۵/۲)	۹ (۲۵/۷)	چهار یا بیشتر
$P=0/509$			وضعیت زندگی با
	۳۲ (۹۷/۰)	۳۰ (۸۵/۷)	پدر و مادر
	۰ (۰/۰)	۳ (۸/۵)	طلاق والدین
	۱ (۳/۰)	۲ (۵/۸)	پدر فوت شده
	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	مادر فوت شده

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره کل رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت دختران نوجوان قبل و بعد از مداخله

نتیجه آزمون بین گروهی	گروه		نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت
	کنترل (۳۳ نفر)	مداخله (۳۵ نفر)	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
$t=-1/2, df=66$ * $P=0/219$	$136/5 \pm 11/6$	$134/3 \pm 14/0$	قبل از مداخله
$t=7/4, df=66$ ** $P<0/001$	$138/5 \pm 9/1$	$157/1 \pm 13/4$	بلافاصله بعد از مداخله
$t=7/7, df=66$ ** $P<0/001$	$138/9 \pm 7/8$	$161/7 \pm 10/0$	یک ماه بعد از مداخله
$t=-14/7$ ** $P<0/001$	$2/0 \pm 4/3$	$22/8 \pm 8/5$	تفاوت بلافاصله بعد با قبل از مداخله
$t=17/1, df=66$ ** $P<0/001$	$2/4 \pm 5/3$	$27/4 \pm 9/0$	تفاوت یک ماه بعد با قبل از مداخله
$t=4/8, df=66$ ** $P<0/001$	$0/4 \pm 2/8$	$4/6 \pm 5/6$	تفاوت یک ماه بعد با بلافاصله بعد از مداخله
	$df=1/5, 46/7$ $F=17/1$ ** $P<0/13$	$df=1/5, 54/7$ $F=174/6$ ** $P<0/001$	نتیجه آزمون درون گروهی

بلافاصله بعد در مقایسه با قبل از مداخله در گروه آزمون
بلافاصله بعد از مداخله در گروه آزمون $2/0 \pm 4/3$ افزایش داشت.
نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت نوجوانان یک ماه
بعد در مقایسه با قبل از مداخله در گروه آزمون $9/0 \pm$
 $27/4$ و در گروه کنترل $2/4 \pm 5/3$ افزایش داشت.
همچنین یک ماه بعد در مقایسه با بلافاصله بعد از مداخله
در گروه آزمون $4/6 \pm 5/6$ و در گروه کنترل $2/8 \pm$
 $0/4$ افزایش داشت. در مقایسه درون گروهی، آزمون
اندازه‌های تکراری نشان داد در گروه آزمون تفاوت بین
مراحل معنی‌دار است ($P<0/001$)، درحالی‌که در گروه
کنترل معنادار نبود ($P<0/13$) (جدول ۲).

بحث

به‌طورکلی نتایج این مطالعه نشان داد اجرای مداخله
آموزشی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور سبب

به‌منظور تصمیم‌گیری در خصوص استفاده از آزمون
مناسب برای مقایسه متغیرهای اصلی بین دو گروه، ابتدا
نرمال بودن توزیع متغیرها بررسی و آزموده شد. برای این
منظور از آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف و شاپیرو ویلک
استفاده و سطح معنی‌داری ۵ درصد در نظر گرفته شد. در
هر گروه به‌طور جداگانه متغیری نرمال در نظر گرفته شد که
حداقل با استفاده از یکی از آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف
و شاپیرو ویلک، نرمال تشخیص داده شده بود. بر اساس
نتایج جدول ۲، آزمون تی مستقل نشان داد قبل از انجام
مداخله نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت در نوجوانان در دو
گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری نداشتند
($P=0/219$)؛ اما بلافاصله و یک ماه بعد از انجام مداخله، نمره
رفتارهای ارتقادهنده سلامت در دو گروه آزمون و کنترل
اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($P=0/001$) (جدول ۲).
نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت نوجوانان

در اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت یاری می‌کند. نتایج مطالعه پورشمسیان (۱۳۹۷) نشان داد رابطه مستقیم و مثبتی بین آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت به مادر و بهبود آن در نوجوان وجود دارد که نشان‌دهنده تأثیر خانواده به‌ویژه مادر در اتخاذ رفتارهای بهداشتی نوجوان است. این مطالعه با مطالعه حاضر همسو بود. دلیل احتمالی تشابه جامعه پژوهش بود که در هر دو مطالعه نوجوانان دختر بودند. تفاوتی که وجود داشت این بود که در مطالعه حاضر مداخله آموزشی برای نوجوان و عضو فعال خانواده بود. هم‌راستا با یافته‌های مطالعه حاضر، هزاوه ای و همکاران (۱۳۹۴) دریافتند برنامه‌های آموزشی ترکیبی با در نظر گرفتن نقش والدین به همراه استفاده از نظریه‌ها و مدل‌های تغییر رفتار، یکی از بهترین شیوه‌ها برای دستیابی به پیامدهای مثبت طولانی‌مدت در ارتقای رفتارهای سلامت کودکان و نوجوانان است (۱۷).

صفا بخش و ناظم‌زاده اجرای مداخله آموزشی ارتقای سلامت را بر نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت دانش آموزان مؤثر ارزیابی نکردند. با وجود اینکه گروه هدف و ابزار استفاده‌شده یکسان بود، نتایج با مطالعه حاضر همسو نبود. در پژوهش حاضر از سازوکار مشارکت دادن خانواده در برنامه آموزشی نوجوانان و در نظر گرفتن نقش کلیدی والدین در انجام رفتارهای مرتبط با سلامت نوجوانان دختر استفاده شد که باعث بهبود رفتارهای سلامت آنان شد. از این رو به نظر می‌رسد بدون مشارکت خانواده مداخله به احتمال زیاد ناموفق خواهد بود و تأثیرات کمتری بر جا خواهد گذاشت؛ بنابراین، نمی‌توان با حذف خانواده به دلیل چالش‌های احتمالی موجود با نوجوان، در مداخلات آموزشی آن‌ها را نادیده گرفت و از نقش پررنگ آن‌ها بی بهره ماند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به گرفتن اطلاعات نمونه‌های پژوهش از سایر منابع (شبکه‌های اجتماعی، رسانه‌های ارتباط جمعی، روزنامه‌ها و...) اشاره

بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت می‌شود. استفاده از الگوی توانمندسازی خانواده‌محور مدلی کارآمد در برنامه‌ریزی این مداخله آموزشی است و به‌عنوان یک چارچوب راهنما نقش شایانی در انجام گام‌به‌گام پروژه و کسب نتایج قابل قبول دارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبلی همسو است که تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور را بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به آنمی (۲۲) و تالاسمی (۲۵) بررسی کرده‌اند که می‌تواند از ماهیت مشابه الگوی آموزشی در دو مطالعه باشد.

در همین راستا شاد و همکاران (۱۳۹۶) ابعاد کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا دیابت را بررسی کردند و نشان دادند آموزش بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده‌محور باعث بهبود سطح کیفیت زندگی و افزایش خودکارآمدی نوجوانان می‌شود (۲۳). نتایج مطالعه محمدی صومعه و همکاران (۱۳۹۷) نیز اثربخش بودن مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور را بر رفتارهای ارتقادهنده زنان سالمند تأیید کردند. با وجود اینکه نوع جامعه متفاوت است، می‌توان چنین استنباط کرد که به‌منظور دستیابی به ارتقای سلامت و کیفیت زندگی افراد آسیب‌پذیر و حساس خانواده مانند نوجوانان، نقش خانواده حائز اهمیت است و بهره‌گیری از الگو در مراقبت و آموزش رفتارهای مرتبط با سلامت آنان موثر است (۲۸).

تحقیقات Curcio (۲۰۱۳) و Liddle (۲۰۰۶) هم مشخص کرد مداخله خانواده‌محور اثرات مثبتی بر روابط و همبستگی بین اعضا دارد. از این رو می‌توان انتظار داشت مداخلات خانواده‌محور نسبت به مداخلات فردمحور مؤثرتر باشند. نتیجه مطالعه حاضر نشان می‌دهد الگوی توانمندسازی خانواده‌محور با تأکید بر مؤثر بودن نقش نوجوان دختر و خانواده او در سه بعد خودباوری، خودکنترلی و خودکارآمدی و با تمرکز بر ویژگی‌های خودمشکل شامل دانش، نگرش و تهدید درک‌شده فرد را

کرد. البته از افراد خواسته شد از این منابع در طول مطالعه برای کسب آگاهی در این خصوص استفاده نکنند، ولی کنترل دقیق آن از عهده پژوهشگر خارج بود.

انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1399.005 تأیید شده است.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه گرفته شده و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد آن را تأیید و از آن حمایت مالی کرده است. بدین‌وسیله از تمام دانش‌آموزان شرکت‌کننده و خانواده‌های آن‌ها، مسئولان آموزش و پرورش شهرستان شاندیز و تمام کسانی که ما را در انجام این طرح تحقیقاتی یاری رساندند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

نتیجه‌گیری

با توجه به تأثیر مثبت الگوی توانمندسازی خانواده‌محور مدل بر بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت نوجوانان، این الگوی آموزشی به نوجوانان کمک می‌کند تا با افزایش دانش و عملکرد خود، کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. مدل توانمندسازی خانواده‌محور به دلیل مشارکت‌دادن خانواده‌ها در آموزش و یادگیری و مراقبت از رفتارهای مرتبط با سلامت فرزندان، الگوی مناسبی برای تحقیقات بیشتر است. با توجه به بستر مناسب آموزش در مدرسه و کم‌هزینه و اثربخش بودن آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت، لزوم تعمیم این برنامه‌های آموزشی ضروری به نظر می‌رسد.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

References

1. Alzahrani SH, Malik AA, Bashawri J, Shaheen SA, Shaheen MM, Alsaib AA, et al. Health-promoting lifestyle profile and associated factors among medical students in a Saudi university. *SAGE Open Med.* 2019; 7:2050312119838426.
2. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res.* 1987; 36(2): 76-81.
3. Kirag N, Ocaktan EM. Analysis of health promoting lifestyle behaviors and associated factors among nurses at a university hospital in Turkey. *Saudi Med J.* 2013; 34(10):1062-7.
4. Mathebula RL, Maimela E, Ntuli NS. The prevalence of selected non-communicable disease risk factors among HIV patients on anti-retroviral therapy in Bushbuckridge sub-district, Mpumalanga province. *BMC Public Health.* 2020; 20(1):247.
5. Tavakoli N. Examination of the relationship between health-promoting behaviors and family characteristics in high school girl students. *Nurs Midwifery J.* 2015; 13(5):395-403.
6. Karimi N, Saadat-Gharin S, Tol A, Sadeghi R, Yaseri M, Mohebbi B. A problem-based learning health literacy intervention program on improving health-promoting behaviors among girl students. *J Educ Health Promot.* 2019; 8:251.
7. Tabrizi JS, Khoshmaram N, Doshmangir L, Shakibazadeh E. Related factors to health promoting self-care behaviors among adolescents. *Depiction Health.* 2019; 9(4):282-91.
8. Sobhani S, Mansoorian MR, Delshad A, Rivandi Y. The effect of teaching negotiation styles to parents of female adolescents on parent-child relationship. *Med Sci.* 2020; 24(101):107-12.
9. Amini A, Niknami S, Bahmani A. The effect of nutrition intervention on the behavior of secondary school girl students of Chabahar. *J Sabzevar Univ*

- Med Sci. 2018; 25(1):127-33.
10. Salari N, Farokhzadian J, Abazari F. Comparing health promotion behaviors of male and female high school students in Southeast of Iran. *Int J Adolesc Med Health*. 2017; 32(1):2017-24.
 11. Aghamolaei T, Hosseini Z, Hosseini F, Ghanbarnejad A. The relationship between health literacy and health promoting behaviors in students. *J Prev Med*. 2016; 3(2):36-43.
 12. Sahebzamani M, Fesharaki M, Abdollahi Mofrad Z. Association of life style and self-esteem among adolescent girls of daily public high schools of Tehran. *Med Sci J Islamic Azad Univ*. 2010; 20(1):45-51.
 13. Dupuy M, Godeau E, Vignes C, Ahluwalia N. Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011; 11(1):442.
 14. Wählin I, Ek AC, Idvall E. Patient empowerment in intensive care--an interview study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006; 22(6):370-7.
 15. Hewitt-Taylor J. Challenging the balance of power: patient empowerment. *Nurs Stand*. 2004; 18(22):33-7.
 16. Safabakhsh L, Nazemzadeh M. The effect of health promotion education on high school students' lifestyle. *Iran J Med Educ*. 2013; 13(1):58-65.
 17. Hazavehei SM, Taheri M, Shirahmadi S, Rezaei N. The effect of teaching cooking skills to parents on health status of children and adolescents: a systematic review. *J Educ Community Health*. 2015; 2(1):58-69.
 18. Ozturk FO, Ayaz-Alkaya S. Health literacy and health promotion behaviors of adolescents in Turkey. *J Pediatr Nurs*. 2020; 54:e31-35.
 19. Zainali N, Afrooz G, GholamaliLavasani M, Ghasemzadeh S. The effectiveness of family-based psychological intervention program on the affective disorders symptoms in adolescent children with dual career parents. *J Psychologicalsci*. 2018; 17(67):351-62.
 20. Klemere E, Brooks FM, Chester KL, Magnusson J, Spencer N. Self-harm in adolescence: protective health assets in the family, school and community. *Int J Public Health*. 2017; 62(6):631-8.
 21. Elhani F, Niknami S, Kimiagar SM, Kazemnejad A, Heydarnia AR. Empowerment of a family-oriented pattern and its effects on prevention of iron deficiency anemia in adolescent girls. *Res Bull Med Sci*. 2003; 8(4):283-9.
 22. Roshan FN, Navipor H, Alhani, F. Effect of family-centered empowerment model (FCEM) on quality of life of mothers having teenagers with iron deficiency anemia. *J Lorestan Univ Med Sci*. 2014; 16(4):27-40.
 23. Sargazi Shad T, Kermansaravi F, Navidian A. Effect of the family-centered empowerment model on quality of life and self-efficacy in adolescents with type 1 diabetes referring to the Ali Asghar's clinic in Zahedan, 2016. *Iran J Endocrinol Metab*. 2018; 19(5):330-9.
 24. Rostami S, Namaki Khameneh S, Keikhaei Dehdezi B, Haghighizadeh MH. The effect of family-centered empowerment on quality of life in children with hemophilia. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2020; 28(1):1-10.
 25. Borimnejad L, Parvizy S, Haghaani H, Sheibani B. The effect of family-centered empowerment program on self-efficacy of adolescents with thalassemia major: a randomized controlled clinical trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2018; 6(1):29.
 26. Ahmadizadefini E, Madani A, Alizade A, Ghanbarnejad A, Aghamolaei T. Effect of Peer Education on Health Promoting Behaviors of Junior High School Students. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2015; 3(2):105-15.
 27. Mohamadian H, Ardebili HE, Taghdisi MH, Mousavi GA, Sabahi-Bidgoli M. Psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile (HPLP II) in a sample of Iranian adolescents. *Payesh*. 2013; 12(2):167-76.
 28. Mohammadi Someae N. The effect of educational intervention based on family centered empowerment on mental health and health promotion behaviors in elderly women: a randomised controlled trial. [Doctoral Dissertation]. Tabriz University of Medical Sciences; 2019.

Original Article

Effect of Family-Centered Empowerment Model on Health-Promoting Behaviors in Female Adolescents

Parisa Pirzadeh¹, Hamid Reza Zendehtalab^{2,3*}, Masood Zare², Hamid Reza Behnam Vashani³

¹ Student of Community Health, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Instructor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Instructor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 19 April 2021

Accepted: 26 May 2021

Abstract

Introduction: Health-promoting behaviors in female adolescents improve their well-being and quality of life. Family is an influenced factor in the formation and reinforcement of these behaviors. Therefore, the present study aimed to determine the influence of health-enhancing behavior intervention on female adolescents based on the family empowerment model.

Materials and Methods: This semi-experimental study was conducted on 68 females with high school education in Shandiz, a small town neighboring Mashhad city of Iran, in 1399. The health-enhancing behavior was educated to the experiment group in six sessions, each lasting about 60 minutes within a month. The study data were collected using demographic and HPLPII questionnaires before, immediately after, and one month after the intervention and analyzed experimentally afterward.

Results: In the pre-intervention stage, there was no statistically significant difference between the experimental (134.3 ± 14.0) and control (136.5 ± 11.6) groups in terms of the mean total score of health-promoting behaviors ($P=0.219$). However, the mean total score of health-promoting behavior was significantly different in the experiment (157.1 ± 13.4) and control groups (138.5 ± 9.1) immediately after intervention ($P<0.001$). Moreover, one month after the intervention, a significant difference was observed between the experiment (161.7 ± 10.0) and control (138.9 ± 7.8) groups in terms of the mean total score of health-promoting behaviors ($P<0.001$).

Conclusion: Based on the obtained results, education based on the family empowerment model improved health-promoting behaviors in female adolescents. Therefore, it is recommended that these behaviors should be thought in schools.

Keywords: Family-centered empowerment model, Female adolescent, Health-promoting behaviors