

رفتارهای ارتقادهنده سلامت در زنان زایمان کرده با نمایه توده بدنی بالا شهر ارومیه

فاطمه نیکخواه^۱، فاطمه مقدم تبریزی*^۲، علیرضا دیدارلو^۳، رسول قره‌آغاجی^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۳/۲۹ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۵/۱۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: زنان در سنین باروری به‌ویژه پس از زایمان در معرض اضافه‌وزن می‌باشند. اضافه‌وزن در دوره پس از زایمان یک مشکل برای سلامت عمومی است. ارتقاء سلامت فرایندی است که مردم را قادر می‌سازد تا بر سلامت خود کنترل داشته باشند و بیشترین تأکید را بر پیشگیری از بیماری و توانایی مراقبت از خود دارد. نظر به اینکه زنان محور سلامت خانواده محسوب می‌گردند و الگوی اصلی آموزش و ترویج شیوه زندگی سالم به نسل بعدی می‌باشند. هدف از این مطالعه تعیین رفتارهای ارتقادهنده سلامت زنان با نمایه توده بدنی بالا در دوره پس از زایمان در شهر ارومیه بود.

مواد و روش کار: در این مطالعه مقطعی، ۱۰۴ نفر از زنان زایمان کرده با نمایه توده بدنی بالا که تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه استاندارد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی والکر بود که به شیوه خودگزارشی از طریق واتساپ تکمیل گردید و سپس داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-16 و آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل گردیدند. یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه فوق برابر $27/07 \pm 5/96$ سال و میانگین BMI آن‌ها برابر $27/82 \pm 1/6$ سال بود. نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت $10/66 \pm 11/42$ بود که در سطح مطلوب قرار داشت. بیشترین میانگین نمرات مربوط به زیر مقیاس روابط بین فردی ($20/7 \pm 42/75$) و کمترین میانگین نمرات مربوط به زیر مقیاس‌های فعالیت فیزیکی ($15/2 \pm 1/25$) بود.

بحث و نتیجه‌گیری: در پژوهش حاضر، باوجود مطلوب بودن رفتارهای ارتقادهنده سلامتی زنان، نیاز به ارتقا رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بخصوص در زمینه عادات غذایی و فعالیت فیزیکی احساس می‌شود. آموزش بهداشت با روش‌های مختلف، ابزار مناسبی برای ایجاد انگیزه و اصلاح شیوه‌های نادرست زندگی است. در نتیجه، مداخلات مناسب برای تشویق رفتارهای ارتقادهنده سلامت باید طراحی و اجرا شوند.

کلیدواژه‌ها: ارتقا سلامت، پس‌زایمان، پرسشنامه رفتارهای ارتقادهنده سلامت والکر، زنان

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره چهارم، پی‌درپی ۱۶۵، تیر ۱۴۰۲، ص ۳۱۰-۲۹۹

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۲۲۷۵۴۹۶۱

Email: fntabrizi@gmail.com

مقدمه

به‌عنوان اضافه‌وزن معرفی کرده‌اند (۳). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ گزارش نمود حدود ۲/۳ میلیارد نفر دارای اضافه‌وزن و حداقل ۷۰۰ میلیون نفر از آنان چاق بودند (۳). شیوع چاقی در اروپا و آمریکای شمالی بالا و در آفریقا و خاورمیانه متغیر است. بالاترین میزان چاقی و اضافه‌وزن در جزایر اقیانوس آرام با شیوع ۸۰ درصد و کمترین میزان آن در هند با شیوع یک درصد گزارش شده است

اضافه‌وزن^۵ و چاقی^۶ یک مشکل پیچیده، چندعاملی و عمده بهداشت عمومی در سراسر جهان است که کنترل آن می‌تواند برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن در افراد جامعه در آینده مهم باشد (۱، ۲) سازمان جهانی بهداشت^۷ و موسسه ملی بهداشت آمریکا^۸ در بزرگ‌سالان نمایه توده بدنی ۲۵-۲۹/۹ کیلوگرم بر مترمربع را

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشیار بهداشت مادر و کودک، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استاد آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۵ Overweight

^۶ Obesity

^۷ World Health Organization (WHO)

^۸ Center for Disease Control and Prevention in Us

آورند و عموماً عقیده بر این است که افراد جهت تغییر رفتارهای بهداشتی نیازمند کمک و آموزش می‌باشند. هدف از بهبود سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت توانمند ساختن مردم برای اصلاح شیوه زندگی همچنین کنترل بیشتر روی سلامتی خود می‌باشد. کسب چنین قدرتی بر مبنای دانش و مهارت است که موجب ارتقاء کیفیت زندگی است (۲۲). انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت یکی از بهترین راه‌هایی است که مردم توسط آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل نمایند (۲۳). زنان نیمی از جمعیت کشور، مدیران، مربیان خانواده و فعالان جامعه را تشکیل می‌دهد (۲۴). زنان باید در معرض موضوعات بهداشتی و تشویق به شرکت در برنامه‌های ارتقاء سلامت قرار بگیرند (۲۵). نظر به اینکه زنان محور سلامت خانواده محسوب می‌گردند و الگوی اصلی آموزش و ترویج شیوه زندگی سالم به نسل بعدی می‌باشند (۲۶). عدم توجه به سلامت زنان می‌تواند به مشکلات دائمی در سبک زندگی و سلامت نسل‌های آینده منجر شود (۲۷). همچنین با توجه به اینکه مطالعات اندکی به این موضوع، در زنان سنین باروری پرداخته‌اند، بررسی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی در زنان در دوره پس از زایمان بسیار حائز اهمیت است. در نتیجه این مطالعه باهدف تعیین وضعیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی در زنان با نمایه با نمایه توده بدنی بالا در دوره پس از زایمان در شهر ارومیه انجام شد. نتایج این تحقیق می‌تواند پایه‌ای برای تحقیقات بعدی باشد تا با مداخلات به‌هنگام، در جهت تصحیح و بهبود سبک زندگی گام برداریم.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که با کد اخلاق IR.UMSU.REC.1400.177 به روش مقطعی در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام شده است. شرکت‌کنندگان در این مطالعه شامل زنان با نمایه توده بدنی بالا در دوره پس از زایمان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی در شهر ارومیه بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۹۵ درصدی، توان آزمون ۸۰ درصد و با احتساب ۱۰ درصد ریزش ۱۰۴ نفر برآورد شد. ابتدا توسط همکاران مرکز جامع خدمات سلامت، افراد واجد شرایط (که در سامانه سبب ثبت شده است) که ۶ هفته از زایمان آن‌ها گذشته بود تماس گرفته شد و پس از کسب اجازه از افراد و دادن توضیحات لازم، در صورت رضایت، شماره تماس در اختیار محقق قرار گرفت، به دلیل شرایط کرونا، محقق با افراد جهت انجام واکسیناسیون دوماهگی هماهنگ شد و در همان جلسه پس از داشتن شرایط ورود به مطالعه (داشتن

(۴). روند چاقی در ایران همانند سایر کشورهای خاورمیانه روبه افزایش است. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۶، بالغ بر ۶۵/۴ درصد زنان بالای ۱۸ سال ایرانی دارای اضافه‌وزن یا چاقی بودند (۵). ایران در منطقه خلیج‌فارس دارای شیوع بالایی از چاقی و اختلالات مرتبط با آن مانند سندرم متابولیک و دیابت در گروه‌های سنی مختلف را دارد (۶). زنان بیشتر از مردان در معرض اضافه‌وزن و چاقی هستند که علت آن را می‌توان به فعالیت بدنی کمتر در آن‌ها، تفاوت‌های هورمونی، زایمان‌های متعدد، وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت زنان با مردان عادات غذایی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی متفاوت و عادات غذایی مختلف آن‌ها نسبت داد (۷، ۸). حاجیان نیز در مطالعه‌ای که در مازندران انجام داد شیوع چاقی و اضافه‌وزن را در زنان ۲۷/۸ درصد و ۳۳/۵ درصد گزارش کرد (۹). در بررسی چینی و همکاران (۱۴۰۰) شیوع چاقی ۲۱/۸ درصد و اضافه‌وزن ۴۳/۴ درصد در زنان ۵۰-۳۰ ساله شهر بجنورد گزارش شد (۱۰). یکی از مسائل شناخته شده در این زمینه باقی ماندن وزن پس از زایمان است (۱۱). لذا، بارداری یکی از مهم‌ترین و پر مخاطره‌ترین دوران زندگی مادر و جنین محسوب می‌شود که از نظر بهداشتی و اجتماعی برای فرد، خانواده و جامعه اهمیت فراوانی دارد (۱۲). مطالعات نشان می‌دهد که زنان چاق یا دارای اضافه‌وزن در معرض خطر مرگ داخل رحمی جنین و یا سقط جنین، خطر پره اکلامپسی، دیابت بارداری، ماکروزومی جنینی و زایمان سزارین هستند (۱۳) (۱۴، ۱۵) شربزری^۱ و همکاران (۲۰۰۹) و سیگارز^۲ و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که زنان با تحصیلات بالاتر، آگاهی بیشتر و دارای موقعیت اجتماعی-اقتصادی و امکانات بهتر، دارای اضافه‌وزن کمتری پس از زایمان هستند (۱۶، ۱۷). محدودیت رژیم غذایی پر کالری، داشتن رژیم غذایی سالم، مشاوره در مورد رژیم غذایی، افزایش مدت شیردهی، افزایش فعالیت جسمی و به‌طور کلی افزایش آگاهی و دانش زنان نسبت به سبک زندگی سالم و ایجاد باور و نگرش مثبت به این رفتارهای ارتقاء سلامت می‌تواند به‌عنوان راهکارهایی برای جلوگیری از اضافه‌وزن پس از زایمان باشد (۱۸). ارتقاء سلامت فرایندی است که مردم را قادر می‌سازد تا بر سلامت خود کنترل داشته باشند (۱۹، ۲۰). پندر^۳ و همکاران (۲۰۰۶) رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را در شش جنبه شامل تغذیه، فعالیت بدنی، مدیریت استرس، مسئولیت‌پذیری سلامت، روابط بین فردی و رشد معنوی طبقه‌بندی می‌کنند (۲۱). برای ارتقاء سلامت زنان در دوره‌ی پس از زایمان و برای اینکه زنان بتوانند عمری طولانی و زندگی نسبتاً سالم و فعالی داشته باشند، لازم است دانش و آگاهی کافی برای تغییر رفتار یا ایجاد یک رفتار مناسب را به دست

¹ Shrewsbury

² Siega-riz

³ pender

بود با استفاده از روش اعتبار سازه، پرسشنامه دارای روایی برابر ۰/۹۰ بود (۳۱). پرسشنامه به صورت خودگزارش دهی تکمیل شد. اطلاعات توسط نرم افزار SPSS 16، آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در کل ۱۰۴ نفر خانم در پژوهش حاضر شرکت کردند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه فوق برابر ۵/۹۶ ± ۲۷/۰۷ سال بوده است. همچنین میانگین شاخص توده بدنی^۳ افراد شرکت‌کننده در مطالعه فوق برابر ۱/۶ ± ۲۷/۸۲ سال بوده است. تمامی زنان مورد مطالعه متأهل و غالباً دارای تحصیلات دانشگاهی (۱۵/۷۲ درصد) بودند و ۳۹/۰۴ درصد خانوارها سطح درآمد ماهیانه خود را متوسط گزارش نمودند و ۶۶/۲۷ درصد از زنان خانه‌دار و ۳۳/۶۵ درصد شغل داشتند. (سایر اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است).

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی تست میانگین نمره پرسشنامه ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت بین دو گروه شغلی مادران (خانه‌دار و کارمند) به استثناء مدیریت استرس (۰/۰۱) در تمامی ابعاد یکسان و برابر بودند که از نظر آماری معنی‌دار نبوده است جدول (۲). نمره پرسشنامه ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت بین دو گروه شغلی همسر (آزاد و کارمند) یکسان و برابر بودند که از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. نمره پرسشنامه ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت بین دو گروه تحصیلات همسر (زیر دیپلم و بالای دیپلم) به استثناء احساس مسئولیت در برابر سلامتی (۰/۳۸) و فعالیت فیزیکی (۰/۱۱)، بین دو گروه تحصیلات مادر (زیر دیپلم و بالای دیپلم) به استثناء احساس مسئولیت در برابر سلامتی (۰/۴۲) و مدیریت استرس (۰/۰۱)، بین دو گروه وضعیت مسکن (مالک و مستأجر) به استثناء روابط بین فردی (۰/۱۴)، بین دو گروه مصرف سیگار (بلی و خیر) به استثناء روابط بین فردی (۰/۳۷) و بین دو گروه نوع زایمان (سزارین و طبیعی) در تمامی سازه‌ها یکسان و برابر بودند که از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. میانگین نمره پرسشنامه ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت بین سه گروه وضعیت اقتصادی (دخل کمتر از خرج، دخل برابر خرج، دخل بیشتر از خرج) در تمامی ابعاد به استثناء مدیریت استرس (۰/۰۱) و بین سه گروه تغذیه کودک (شیر مادر، شیر خشک، هردو) در تمامی ابعاد به استثناء مسئولیت در برابر سلامتی (۰/۰۳) و رفتارهای ارتقادهنده سلامت (۰/۳۶)، یکسان و برابر بودند که از نظر آماری معنی‌دار نبوده است (جدول ۳).

حاملگی ترم ۴۲ - ۳۷ هفته، عدم بستری نوزاد، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی، نداشتن حاملگی پرخطر، نداشتن بیماری روان‌پزشکی، داشتن اضافه وزن پس از زایمان، داشتن سواد خواندن و نوشتن، دارای گوشه هوشمند و معیارهای خروج از مطالعه (عدم تمایل به ادامه مطالعه)، رضایت آگاهانه اخذ شد و قد و وزن مادران با استفاده از ترازوی مارک ایانوت محاسبه و یادداشت شد. ابتدا ۱۳۷ نفر به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند که از آن تعداد ۳۳ نفر از مطالعه خارج شدند.

پرسشنامه‌های این مطالعه شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیکی و بالینی، پرسشنامه استاندارد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بود.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت^۱

پرسشنامه ۵۲ سؤالی والکر^۲ و همکاران (۱۹۸۷) (۲۸) در این مطالعه استفاده شد. سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با مقیاس از لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز=۱، برخی اوقات=۲، اغلب=۳ و همیشه=۴)، نمره‌گذاری شده و به طور گسترده‌ای برای ارزیابی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد ۶ گانه‌ی آن به کار برده شده است. این ابعاد شامل مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود (۹ آیتم)، فعالیت بدنی (۸ آیتم)، تغذیه (۹ آیتم)، رشد معنوی (۹ آیتم)، روابط بین فردی (۹ آیتم) و مدیریت استرس (۸ آیتم) است. نمره هر زیر مقیاس از میانگین نمرات پاسخ‌های داده شده به سؤالات همان زیر مقیاس به دست آمد. نمره کل آزمودنی در سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، نمره‌ای است که از میانگین پاسخ‌های آزمودنی به همه ۵۲ سؤال به دست می‌آید، نمره‌ی کسب شده در هر سؤال دامنه‌ای از ۱-۴ دارد و محدوده نمره قابل اکتساب در این پرسشنامه بین ۵۲-۲۰۸ است. نمره بالاتر بیانگر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بهتر است (۲۸، ۲۹). در ایران در چندین مطالعه، روایی و پایایی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت اثبات شده است. احمدی و همکاران، در مطالعه خود نشان دادند که پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ و روایی پرسشنامه با استفاده از روش اعتبار محتوا، ۰/۷۳ بود (۳۰). در پژوهش زیدی و همکاران روایی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. کل ابزار، آلفای کرونباخ مناسبی داشت که برابر با ۰/۸۲ بود. آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به دست آمده

³ Body Mass Index

¹ health-promoting lifestyle profile: HPLP-II 52

² Walker

جدول (۱): توزیع فراوانی توأم متغیرهای دموگرافیک در شرکت کنندگان مورد بررسی

| متغیر | گروه | گروه | |
|---------------|--------------------|-------|-------|
| | | تعداد | درصد |
| شغل زن | خانهدار | ۶۹ | ۶۶/۲۷ |
| | کارمند | ۳۵ | ۳۳/۶۵ |
| شغل شوهر | آزاد | ۴۱ | ۳۹/۴۵ |
| | کارمند | ۶۳ | ۶۰/۵۵ |
| تحصیلات زن | زیر دیپلم | ۲۹ | ۲۷/۸۵ |
| | بالای دیپلم | ۷۵ | ۷۲/۱۵ |
| تحصیلات شوهر | زیر دیپلم | ۵۳ | ۵۰/۹۵ |
| | بالای دیپلم | ۵۱ | ۴۹/۰۵ |
| وضعیت اقتصادی | دخل کمتر از خرج | ۷ | ۶/۷ |
| | دخل برابر خرج | ۴۱ | ۳۹/۴ |
| | دخل بیشتر از خرج | ۵۶ | ۵۳/۸۵ |
| وضعیت مسکن | مالک | ۵۶ | ۵۳/۸۵ |
| | مستأجر | ۴۸ | ۴۶/۱۵ |
| غذای کودک | شیر مادر | ۶۰ | ۵۷/۷ |
| | شیر خشک | ۱۸ | ۱۷/۳ |
| | هر دو | ۲۶ | ۲۵ |
| سیگار | بلی | ۱۸ | ۱۷/۴۵ |
| | خیر | ۸۶ | ۸۲/۷ |
| نوع زایمان | سزارین | ۵۵ | ۵۲/۹ |
| | طبیعی | ۴۹ | ۴۷/۱ |
| میزان ورزش | کمتر از ۳۰ دقیقه | ۵۵ | ۵۲/۹ |
| | بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه | ۴۷ | ۴۵/۱ |
| | بیشتر از ۶۰ دقیقه | ۲ | ۳/۸ |

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و زیر مقیاس آن

| نام متغیر | میانگین | انحراف استاندارد |
|------------------------------|---------|------------------|
| رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت | ۱۱۰/۴۲ | ۱۰/۶۶ |
| رشد معنوی | ۱۸/۱۶ | ۴/۱ |
| روابط بین فردی | ۲۰/۴۲ | ۲/۷۵ |
| تغذیه | ۱۹/۷۲ | ۲/۵۱ |
| مسئولیت پذیری در برابر سلامت | ۱۹/۷۲ | ۲/۵۱ |
| مدیریت استرس | ۱۸/۰۳ | ۲/۰۸ |
| فعالیت فیزیکی | ۱۵/۰۱ | ۲/۲۵ |

جدول (۳): مقایسه میانگین ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت به تفکیک اطلاعات دموگرافیک

| مشخصات دموگرافیک | ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت | | | | | | |
|------------------|---------------------------------|---------------|-------|-----------|----------------|--------------|---------------------------|
| | مسئولیت در برابر سلامتی | فعالیت فیزیکی | تغذیه | رشد معنوی | روابط بین فردی | مدیریت استرس | رفتارهای ارتقادهنده سلامت |
| خانه‌دار | ۱۶۱/۱ | ۱۳۷/۵ | ۱۹۷/۷ | ۱۸۲/۶ | ۱۵۷/۱ | ۱۷۳/۸ | ۱۶۵/۱ |
| | ۱۷۱/۱ | ۱۳۷/۵ | ۱۹۷/۷ | ۱۸۲/۶ | ۱۵۷/۱ | ۱۷۳/۸ | ۱۶۵/۱ |
| شغل مادر | ۱۷۷/۵ | ۱۵۳/۱ | ۱۹۶/۶ | ۱۷۵/۸ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| | ۱۶۸/۱ | ۱۳۲/۱ | ۱۸۱/۱ | ۱۵۱/۸ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| معنی‌داری | ۰/۶۱ | ۰/۴۱ | ۰/۸۰ | ۰/۷۳ | ۰/۶۷ | ۰/۰۱ | ۰/۴۶ |
| آزاد | ۱۶۰/۷ | ۱۳۷/۵ | ۱۹۵/۵ | ۱۸۷/۸ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| | ۱۶۱/۱ | ۱۳۷/۵ | ۱۹۵/۵ | ۱۸۷/۸ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| شغل همسر | ۱۶۰/۵ | ۱۵۱/۱ | ۱۹۷/۶ | ۱۷۷/۶ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| | ۱۶۱/۱ | ۱۳۲/۱ | ۱۸۱/۱ | ۱۵۱/۸ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| معنی‌داری | ۰/۹۶۴ | ۰/۶۲۱ | ۰/۶۶۴ | ۰/۲۰۷ | ۰/۸۶۷ | ۰/۳۶۷ | ۰/۶۹۲ |
| زیر دیپلم | ۱۸۷/۱ | ۱۵۳/۱ | ۱۹۵/۵ | ۱۸۴/۵ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| | ۱۶۱/۱ | ۱۳۲/۱ | ۱۸۱/۱ | ۱۵۱/۸ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| تحصیلات مادر | ۱۶۵/۶ | ۱۳۷/۵ | ۱۹۷/۶ | ۱۸۰/۵ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| | ۱۶۱/۱ | ۱۳۲/۱ | ۱۸۱/۱ | ۱۵۱/۸ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| معنی‌داری | ۰/۰۴۲ | ۰/۲۴۶ | ۰/۰۷۱ | ۰/۶۵۴ | ۰/۲۸۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۷ |
| زیر دیپلم | ۱۸۳/۹ | ۱۳۲/۱ | ۱۹۵/۵ | ۱۷۷/۷ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| | ۱۶۱/۱ | ۱۳۲/۱ | ۱۸۱/۱ | ۱۵۱/۸ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| تحصیلات همسر | ۱۶۵/۵ | ۱۵۱/۱ | ۱۹۷/۶ | ۱۸۷/۸ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| | ۱۶۱/۱ | ۱۳۲/۱ | ۱۸۱/۱ | ۱۵۱/۸ | ۱۵۱/۸ | ۱۸۱/۱ | ۱۶۵/۱ |
| معنی‌داری | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۱۱ | ۰/۵ | ۰/۵۵ | ۰/۹۴ | ۰/۵۵۱ | ۰/۰۷۵ |

| ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت | | | | | | | مشخصات دموگرافیک | وضعیت مسکن |
|---------------------------------|--------------|----------------|-------------|-------------|---------------|-------------------------|------------------|---------------|
| رفتارهای ارتقادهنده سلامت | مدیریت استرس | روابط بین فردی | رشد معنوی | تغذیه | فعالیت فیزیکی | مسئولیت در برابر سلامتی | | |
| ۱۰۰۸۵۸۰۳۸۷۶ ± ۳۸۷۶ | ۱۸۱۶ ± ۶۱۱۶ | ۲۰۵۱۷۸۱ | ۱۸۰۷ ± ۳۱۱۷ | ۱۹۴۶ ± ۲۱۵۵ | ۱۴۴۶ ± ۱۷۰ | ۱۸۸۶ ± ۲۷۷۱ | مالک | |
| ۱۱۷۱۵۰۱۱۹ ± ۶۱۱۹ | ۱۷۹۰ ± ۱۰ | ۱۹۰۷۱۶ | ۱۸۳۷ ± ۳۸۸ | ۲۰۰۲ ± ۲۱۵۶ | ۱۵۴۴ ± ۲۷۸۸ | ۱۹۳۸ ± ۷۶۱۹ | مستأجر | |
| ۰/۱۳۷ | -۰/۵۲۱ | ۰/۰۱۴ | ۰/۸۰۲ | -۰/۲۷۰ | -۰/۰۹۱ | ۰/۳۹۳ | معنی‌داری | |
| ۱۱۷۱۸۳۰۸۷ ± ۶۱۸ | ۱۸۰۰ ± ۱۰ | ۲۰۵۱۶۸۲ | ۱۹۰۵ ± ۳۴۹ | ۱۹۵۵ ± ۶۳۶ | ۱۵۳۲ ± ۲۳۹ | ۱۹۳۳ ± ۲۷۲ | بلی | |
| ۱۰۰۸۵۸۰۳۸۷۶ ± ۳۸۷۶ | ۱۸۰۷ ± ۱۱۱۱ | ۲۰۵۱۸۷۲ | ۱۷۹۸ ± ۴۱۰ | ۱۹۰۶ ± ۶۸۶ | ۱۴۰۷ ± ۲۸۶ | ۱۹۰۰ ± ۶۷۱۶ | مصرف سیگار خیر | |
| ۰/۳۰۵ | ۰/۹۳۲ | ۰/۰۳۷ | ۰/۳۰۱ | ۰/۷۶۴ | ۰/۶۸۷ | ۰/۶۵۳ | معنی‌داری | |
| ۱۱۱۱۸۰۷۱۱ ± ۷۱۱ | ۱۷۷۰ ± ۲۳۲ | ۲۰۵۱۶۸۲ | ۱۸۳۸ ± ۶۴۹ | ۱۹۰۷ ± ۳۶۳ | ۱۵۱۳ ± ۲۶۷ | ۱۹/۱۸ ± ۳/۲۵ | سزارین | |
| ۱۰۰۸۵۸۰۳۸۷۶ ± ۳۸۷۶ | ۱۸۰۷ ± ۱۱۱۱ | ۲۰۵۱۶۸۲ | ۱۷۹۲ ± ۳۴۱ | ۱۹۵۵ ± ۲۶۸ | ۱۴۰۷ ± ۱۹۲ | ۱۸/۹۱ ± ۲/۳۲ | طبیعی | نوع زایمان |
| ۰/۵۵۸ | ۰/۰۷۲ | ۰/۱۹۰ | ۰/۵۵۹ | ۰/۵۲۴ | ۰/۶۲۰ | ۰/۶۳۹ | معنی‌داری | |
| ۱۰۰۸۵۸۰۳۸۷۶ ± ۳۸۷۶ | ۱۷۷۷ ± ۱۰ | ۱۹۰۷ ± ۲۷۶ | ۱۸۵۵ ± ۶۱۶ | ۱۸۵۱ ± ۲۷۰ | ۱۴۰۰ ± ۲۷۳ | ۱۷/۹۱ ± ۳/۸۸ | خرج کمتر از دخل | |
| ۱۱۱۱۸۰۷۱۱ ± ۳۸۷۶ | ۱۷۷۷ ± ۱۰ | ۲۰۵۱۶۸۲ | ۱۸۰۷ ± ۳۴۱ | ۲۰۰۲ ± ۱۸۷۱ | ۱۵۱۷ ± ۲۷۷ | ۱۹/۵۱ ± ۳/۱۲ | خرج برابر دخل | وضعیت اقتصادی |

| ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت | | | | | | | مشخصات دموگرافیک |
|---------------------------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|-----------------------|
| رفتارهای ارتقادهنده سلامت | مدیریت استرس | روابط بین فردی | رشد معنوی | تغذیه | فعالیت فیزیکی | مسئولیت در برابر سلامتی | |
| ۱۰۸۸۰ ۸۸۸۰ | ۱۰۷۱۶ ۶۶۲۰ | ۱۰۶۱۰ ۵۶۵۰ | ۱۰۷۵۳ ۶۳۶۱ | ۱۰۶۱۶ ۵۳۲۶ | ۱۰۵۱۱ ۷۰۰۰ | ۱۸/۹۴ ± ۲/۲۹ | خرج بیشتر دخل |
| ۰/۲۵۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸۰ | ۰/۲۵۵ | ۰/۱۲۲ | ۰/۳۱۱ | ۰/۲۳۲ | معنی داری |
| ۱۱۱۶۸ ۱۰۱۶۱ | ۱۰۷۰۷ ۸۸۱۰ | ۱۰۵۱۰ ۷۷۱۰ | ۱۰۸۴۵ ۶۳۴۹ | ۱۰۶۷۶ ۶۷۷۰ | ۱۰۵۱۷ ۶۵۱۰ | ۱۹/۶۳ ± ۲/۹۱ | شیر مادر |
| ۱۰۸۱۰ ۶۵۸۰ | ۱۰۶۱۷ ۸۷۱۰ | ۱۰۶۱۶ ۸۷۱۰ | ۱۰۶۱۶ ۰۷۱۰ | ۱۰۶۱۷ ۱۱۰۰ | ۱۰۶۱۷ ۷۳۰۰ | ۱۷/۰۶ ± ۲/۷۵ | شیر خشک تغذیه کودک |
| ۱۱۱۶۸ ۶۵۸۰ | ۱۰۷۵۸ ۱۱۰۰ | ۱۰۷۱۰ ۶۵۸۰ | ۱۰۸۵۴ ۵۰۰۰ | ۱۰۶۱۰ ۶۵۸۰ | ۱۰۵۱۷ ۶۵۸۰ | ۱۹/۱۱ ± ۲/۱۰ | هر دو |
| ۰/۰۳۶ | ۰/۲۳۹ | ۰/۲۳۷ | ۰/۲۲۰ | ۰/۱۲۳ | ۰/۱۱۶ | ۰/۰۰۳ | معنی داری |

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه باهدف تعیین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در زنان زایمان کرده با نمایه توده بدنی بالا انجام شد. در مطالعه حاضر میانگین کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان مورد مطالعه ۱۱۰/۴۲ ± ۱۰/۶۶ بود. که نشان دهنده این است که زنان از نظر انجام رفتار ارتقادهنده سلامتی در سطح متوسطی قرار دارند. در مطالعه‌ای که توسط میرجلیلی و همکاران با عنوان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان سنین باروری انجام گرفت، میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ۱۸/۱۴ ± ۱۳/۱۰۹ به دست آمد (۳۲). عنبری و همکاران این مقدار را در زنان ۲۰/۹ ± ۱۲۹/۲ گزارش کردند (۳۳). مطلق و همکاران رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در دانشجویان بررسی کردند که نمره آن ۱۹ ± ۱۳۰/۳ گزارش شد (۳۴). روابط بین فردی از مهم‌ترین ابزار پیشبرد زندگی انسان‌ها است. رشد توانمندی‌های بالقوه انسان برای رسیدن به مرحله شکوفایی و بالفعل، جز در سایه روابط بین فردی به دست نمی‌آید. اهمیت دادن به روابط بین فردی و بهبود آن می‌تواند نتایج قابل ملاحظه‌ای داشته باشد. در سایه روابط بین فردی مطلوب توانمندی‌های شخصیتی، سازگاری

مطلوب بهبود یافته و منجر به افزایش کیفیت زندگی و خودشکوفایی فردی می‌شود. افرادی که از مهارت‌های ارتباطی ضعیف‌تری برخوردارند کمتر از سوی اطرافیان پذیرفته می‌شوند و با مشکلات کوتاه‌مدت و بلندمدت زیادی روبرو هستند (۳۵). در مطالعه حاضر، بیشترین نمره کسب‌شده در زیرگروه روابط بین فردی به دست آمد. که با مطالعه مقدم و همکاران (۳۶) همخوانی دارد. همسو با مطالعات قبلی (۳۷-۳۹) پایین‌ترین نمره در بین زیر مقیاس‌ها، مربوط به نمره فعالیت بدنی بود. تنها توضیح برای این بی‌حرکی سبک زندگی غلط، پیشرفت سریع تمدن و صنعتی شدن زندگی می‌باشد (۳۸). یافته‌های حاصل از بررسی ملی در بزرگسالان ایرانی نشان می‌دهد که بیش از ۸۰ درصد جمعیت ایرانی غیرفعال هستند (۴۰). تحرک عامل مهمی در پیشگیری از بیماری‌های مزمن در زنان است (۳۸). همچنین فعالیت فیزیکی می‌تواند بر علائم یائسگی، بیماری قلبی و عروقی و فشارخون، دیابت و چاقی تأثیر مثبتی داشته باشد (۴۱). نداشتن اطلاعات کافی، شرایط جوی، عدم دسترسی به سالن‌های ورزشی، عدم همکاری افراد خانواده (۴۲) از جمله موانع انجام فعالیت فیزیکی

رفتارهای خشونت‌آمیز را تسهیل می‌نماید (۴۸). نتایج این مطالعه حاکی از این است که بین وضعیت اقتصادی و مدیریت استرس ارتباط معناداری وجود دارد که همسو با مطالعه اکبری و همکاران است. وضعیت اقتصادی و اجتماعی یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت و میرایی است زنان در شرایط اقتصادی و اجتماعی پایین از آسیب‌پذیری بیشتری برخوردارند و به دلیل در معرض قرار گرفتن آسیب‌های روانی ناشی از وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین در معرض افسردگی قرار دارند (۴۹). شیوه‌ی زندگی سالم نه تنها باعث ارتقاء سطح سلامتی می‌شود بلکه می‌تواند اثرات منفی ناشی از بیماری‌های مزمن را کاهش دهد (۴۵). توجه به سلامت و رفاه اجتماعی زنان، که نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند، نه تنها به‌منزله حقی انسانی شناخته شده بلکه تأثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت روزافزون یافته است. از آنجاکه نقش زنان در مراقبت خود و در منزل از کودکان، سالمندان و بیماران و سایر اعضای خانواده بسیار اهمیت دارد (۴۶). انتخاب هر نوع سبک زندگی از سوی زنان نه تنها بر زندگی شخصی آن‌ها، بلکه بر رفتارهای سبک زندگی سایر افراد نیز تأثیر می‌گذارد (۴۷).

محدودیت مطالعه:

در این مطالعه شرایط روحی و روانی افراد در حین پر کردن پرسشنامه تحت تأثیر استرس و نگرانی‌های اجتماعی، خانوادگی، فردی بود که قابل کنترل محقق نبود.

نتیجه‌گیری: در پژوهش حاضر باوجود مطلوب بودن نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در زنان، نیاز به ارتقا این رفتارها بخصوص در زمینه فعالیت فیزیکی وجود دارد. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری جهت بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی طراحی گردد تا با انجام مداخلات مناسب گام مهمی در جهت حفظ و ارتقا سلامتی، تصحیح و بهبود سبک زندگی زنان در دوره پس از زایمان برداریم.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری مسئولین محترم مراکز خدمات جامع سلامت ارومیه و مادران این مرکز و همچنین از اساتید و همکاران این طرح تحقیقاتی، تشکر و قدردانی می‌شود.

می‌باشد که با شناسایی و کاهش این موانع و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای جهت آگاهی بخشی، تغییر نگرش و رفتار زنان، می‌توان گام مؤثری در ارتقاء سطح فعالیت فیزیکی آنان برداشت. زنان پس از ایمنان نسبت به قبل از آن و مادران دارای فرزند نسبت به زنان بدون فرزند فعالیت جسمانی کمتری انجام می‌دهند در این دوره از زندگی مادران در معرض خطر بالای زندگی کم‌تحرک و در نتیجه ابتلا به باقی و دیابت هستند (۴۳). رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامت یک رویکرد مثبت در زندگی فراهم می‌کنند و راهی برای افزایش سلامت و خودشکوفایی هستند (۱۹). رشد معنوی، در سلامت جسم و روان مؤثر است و به عوامل مختلفی مانند فرهنگ جامعه، اعتقادات فرد و جامعه بستگی دارد (۴۴). بالا بودن نمره رشد معنوی در این مطالعه و مطالعات دیگر می‌تواند به دلیل حاکم بدن ارزش‌های اسلامی و توجه به سلامت معنوی باشد که این خود بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد (۴۵). در مطالعه حاضر بین وضعیت اشتغال و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط معنی‌داری وجود نداشت که همسو با مطالعه مقدم و همکاران است (۳۶). در این مطالعه بین سازه مدیریت استرس و شغل زنان ارتباط معناداری وجود دارد، زنانی که شاغل هستند می‌توانند مدیریت بهتری روی استرس‌های خود داشته باشند که همسو با مطالعه خدابخشی و همکاران است شاید به این دلیلی باشد که فرصت حضور در اجتماع و پذیرش و تجربه نقش‌های گوناگون در ایجاد و رشد راهبردهای مقابله‌ای استرس در آن‌ها نقش بسزایی دارد (۴۶). در این مطالعه رابطه معناداری بین تحصیلات و احساس مسئولیت در برابر سلامتی وجود دارد که همسو با مطالعه کریمی و همکاران است افراد با سطح سواد سلامتی پایین‌تر، هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند متخصصان بر این باور هستند که سواد سلامت از طریق دانش بیماری، رفتار سلامتی و استفاده از رفتارهای پیشگیرانه، بر وضعیت سلامتی افراد و استفاده آنان از خدمات سلامت تأثیر می‌گذارد (۴۷). با توجه به نتایج این مطالعه بین وضعیت مسکن و مصرف دخانیات با روابط بین فردی رابطه معناداری وجود دارد مسکن نامناسب باعث ایجاد تنش در میان ساکنان شده و در صورتی که مالکیت بر مسکن وجود نداشته باشد، جایجایی‌های زیاد باعث عدم تشکیل احساس تعلق به محیط در افراد شده و وقوع رفتارهای انحرافی از جمله

References:

- Hruby A, Hu FB. The epidemiology of obesity: a big picture. *Pharmacoeconomics* 2015;33(7):673-89. <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0243-x>
- Jafari-Adli S, Jouyandeh Z, Qorbani M, Soroush A, Larijani B, Hasani-Ranjbar S. Prevalence of obesity

- and overweight in adults and children in Iran; a review. *J Diabetes Metab Disord* 2014;13(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s40200-014-0121-2>
- WHO. Obesity and overweight – Fact Sheets 16 February 2018 2018 [Available from:

- <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>.
4. Harbuwono DS, Pramono LA, Yunir E, Subekti I. Obesity and central obesity in Indonesia: evidence from a national health survey. *Med J Indonesia* 2018;27(2):114-20. <https://doi.org/10.13181/mji.v27i2.1512>
 5. Organization WH. Nutrition Landscape Information System (NLIS): Global Nutrition Monitoring Framework Country Profile: Iran (Islamic Republic of). Geneva: World Health Organization. 2020.
 6. Haghdoost AA, Rezaizadeh Kermani M, Sadghirad B, Baradaran HR. Prevalence of type 2 diabetes in the Islamic Republic of Iran: سامانمند review and meta-analysis. *East Mediterr Health J* 2009;15(3):591-599. <https://doi.org/10.26719/2009.15.3.591>
 7. Maryam T, Abbas R, Mojtaba S, Sepideh A, Yousef A. Determine the Prevalence of Overweight and Obesity and Effective Factors in Iranian Females: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Acta Medica Iranica* 2020;58(2). <https://doi.org/10.18502/acta.v58i2.3713>
 8. Rashidi A, Mohammadpour-Ahranjani B, Vafa MR, Karandish M. Prevalence of obesity in Iran. *Obes Rev.* 2005;6(3):191-2. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2005.00174.x>
 9. Hajian K, Heydari B. Prevalence of obesity and its associated factors in population aged 20 to 70 years in urban areas of Mazandaran. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006;16(55):107-17.
 10. Chamani K, Hamedinia MR, Moein Frad MR, Amiri Parsa t. The survey of prevalence of obesity and some factors of breeding and its related physical activities in females aged 30-50 years of the city of Bojnord. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2021;28(1):13-21.
 11. Huang T-T, Dai F-T. Weight retention predictors for Taiwanese women at six-month postpartum. *J Nurs Res* 2007;15(1):11-20. <https://doi.org/10.1097/01.jnr.0000387595.94413.90>
 12. Sharifirad GR, Tol A, Mohebi S, Matlabi M, Shahnazi H, Shahsiah M. The effectiveness of nutrition education program based on health belief model compared with traditional training. *J Educ Health Promot* 2013;2. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.112684>
 13. Taghdir M, Rezaianzadeh A, Sepandi M, Abbaszadeh S, Alimohamadi Y. Determine the prevalence of overweight and obesity and effective factors in Iranian females: a population-based cross-sectional study. *Acta Medica Iranica* 2020;73-7. <https://doi.org/10.18502/acta.v58i2.3713>
 14. Council NR. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. 2010.
 15. Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL, Krause MV. Krause's food & nutrition therapy: Elsevier/Saunders; 2012.
 16. Shrewsbury VA, Robb KA, Power C, Wardle J. Socioeconomic differences in weight retention, weight-related attitudes and practices in postpartum women. *Matern Child Health J* 2009;13(2):231-40. <https://doi.org/10.1007/s10995-008-0342-4>
 17. Siega - Riz AM, Herring AH, Carrier K, Evenson KR, Dole N, Deierlein A. Sociodemographic, perinatal, behavioral, and psychosocial predictors of weight retention at 3 and 12 months postpartum. *Obesity* 2010;18(10):1996-2003. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.458>
 18. de Castro MBT, Cunha DB, Araujo MC, Bezerra IN, Adegboye ARA, Kac G, et al. High protein diet promotes body weight loss among Brazilian postpartum women. *Matern Child Nutr* 2019;15(3):e12746. <https://doi.org/10.1111/mcn.12746>
 19. Bogaerts A, Van den Bergh BR, Ameye L, Witters I, Martens E, Timmerman D, et al. Interpregnancy weight change and risk for adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol* 2013;122(5):999-1009. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e3182a7f63e>

20. Mehri A, Solhi M, Garmaroudi G, Nadrian H, Sigaldehy SS. Health promoting lifestyle and its determinants among university students in Sabzevar, Iran. *Int J Prev Med* 2016;7. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.180411>
21. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 2006.
22. Tavakoli M, Emadi Z. The Relationship between Health-Promoting Lifestyle, Mental Health, Coping Styles and Religious Orientation among Isfahan University Students. *J Res Behave Sci* 2015;13(1):64-78.
23. Nilsaz M, Tavasoli E, Mazaheri M, Sohrabi F, Khezeli M, Ghazanfari Z et al. Study of Health-promotion behaviors and Life Style among students of Dezful universities. *J Ilam Univ Med Sci* 2013;20(5):168-75
24. Solhi M, Kazemi SS, Haghni H. Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center No. 2 in Chaloos (2012). *Razi J Med Sci* 2013;20(109):72-9. 25. Dunneram Y, Jeewon R. Healthy diet and nutrition education program among women of reproductive age: A necessity of multilevel strategies or community responsibility. *Health Promot Perspect* 2015;5(2):116-27. <https://doi.org/10.15171/hpp.2015.014>
26. Moodi M, Norozi E, Rezaeian M, Mostafavi F, Sharifirad GR. Comparing the Effectiveness of Three Educational Interventions based on Health Belief Model on Mammography Screening Behaviors in Women above 40 Years in Isfahan, Iran. *Health Sys Res* 2013;9(4):385-94. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.120857>
27. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Charandabi SMA. The experiences of women of reproductive age regarding health-promoting behaviours: a qualitative study. *BMC Public Health* 2012;12(1):573. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-573>
28. Frank-Stromborg M, Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR. Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Soc Sci Med* 1990;31(10):1159-68. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90237-m](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90237-m)
29. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012;21(1):102-13.
30. Ahmadi A, Roosta F. Health knowledge and health promoting lifestyle among women of childbearing age in Shiraz. *Women's Health Bull* 2015;2(3):1-4. <https://doi.org/10.17795/whb-25342>
31. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2011;20(1):102-13.
32. Mirjalili MR, Mirrezaee S, MazloomiMahmoodabad SS, Dehghan HR. Health Promoting Behaviors in Women of Reproductive Age in Yazd city. *Tolooebehdasht* 2018;17(4):1-12. <https://doi.org/10.18502/tbj.v17i4.182>
33. Anbari K, Mostafavi SM, Ghanadi K. Health promoting behaviors in women of khorramabad city in western Iran in 2013. *Women's Health Bull* 2014;2(1). <https://doi.org/10.17795/whb-22162>
34. Motlagh, Z., Mazloomi-Mahmoodabad, S. and Momayyezi, M. Study of Health Promotion Behaviors among University of Medical Science Students. *Zahedan J Res Med Sci* 2011;13:29-34.
35. Petrovici A, Dobrescu T. The role of emotional intelligence in building interpersonal communication skills. *Procedia Soc Behav Sci* 2014;116:1405-10. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.406>
36. Mogadam tabrizi F, Shaykhi N, Najafi S. Investigating the Status of Health Promoting Behaviors and Its relation to Self-Efficacy and Social Support in Female Heads of Suburban Households of Urmia City. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2020;27(6):394-404. <https://doi.org/10.30699/ajnm.27.6.394>

37. Enjezab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A, Morowatisharifabad MA. Health Promoting Behaviors in a Population-based Sample of Middle-aged Women and its Relevant Factors in Yazd, Iran. *Int J Prev Med* 2012;3(Suppl 1):S191-8. <https://doi.org/10.1017/s0021932013000618>
38. Saber F, Shanazi H, Sharifirad G, Hasanzadeh A. Checking the determinants of physical activity based on the theory of planned behavior in the housewives. *J Edu Health Prom* 2014;3.
39. Maleki Z, Vali M, Mobasheri F. Health-promoting behaviors in women in Fasa city. *J Prev Med* 2021;7(3):11-9. <https://doi.org/10.29252/jpm.7.3.19>
40. Hashemi SZ, Rakhshani F, Navidian A, Mosavi SR. Effectiveness of educational program based on Trans-Theoretical model on rate of physical activity among household women in Zahedan, Iran. *J Health Sys Res* 2013;9(2):144-52.
41. Ruzbahani M, Kamkari K, Mirzapour AA. Assessment of effective factors of barriers to participate in sport for elder women in recreational sport activities in Alborz Province. *Organ Behav Manag Stud Sports* 2014;1(2):33-42.
42. Joseph RP, Ainsworth BE, Keller C, Dodgson JE. Barriers to physical activity among African American women: an integrative review of the literature. *Women Health* 2015;55(6):679-99. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1039184>
43. Abdollahi M, Peyman N. The effect of education based on self-efficacy strategies in changing postpartum physical activity. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2016;59(5):328-36.
44. Mahmoodi H, Hasanpoor E, Zarcipour M, Housaenpour H, Sharifi-Saqezi P, Babazadeh T. Compare the health promoting behaviors among nurses, health and administrative staff. *Iran J Nurs* 2016;29(99):56-65. <https://doi.org/10.29252/ijn.29.99.100.56>
45. Mahbobi M, Etemadi M, Khorasani E, Ghiasi M. The relationship between spiritual health and social anxiety in chemical veterans. *J Mil Med* 2012;14(3):186-91.
46. Mohammadi M, Alibakhshi SZ. The Effectiveness of the Self-differentiation Training Based on the Bowen Theory on Marital Satisfaction. *J Res Health* 2021;11(5):333-40.
47. Karimi N, Saadat Gharin S, Tol A, Sadeghi R, Yaseri M, Mohebbi B. Role of Health Literacy and Demographic Variables in Determining Health-Promoting Behaviors Among High School Female Students in the City of Tehran, Iran. *J Sch Pub Health Instit Pub Health Res* 2019;17(3):212-28.
48. Karimi J, Vaezzadeh S, Ayase A. Neighborhood, housing and violence: a case study of marginal and non marginal areas of Kermanshah city. *Urban Sociolog Stud* 2017;6(21):83-106.
49. Amir Ali Akbari S, Vameghi R, Sajedi F, Sajjadi H, Alavimajd H, Hajjighasemali S. Relationship between Socio Economic Status, Perceived Stress, Social Support and Domestic Violence with Women's Depression in Reproductive Age Using Path Analysis. *Iran J Health Edu Health Prom* 2016;3(4):391-401. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2018.47>

HEALTH-PROMOTING BEHAVIORS IN POSTPARTUM WOMEN WITH HIGH BODY MASS INDEX IN URMIA CITY, IRAN

Fatemeh Nikkhah¹, Fatemeh Moghadam Tabrizi^{*2}, Alireza Didarlou³, Rasool Gharaaghaji Asl⁴

Received: 18 April, 2023; Accepted: 01 August, 2023

Abstract

Background & Aim: Women of reproductive age, especially after giving birth, are prone to overweight. Excess weight in the postpartum period is a problem for public health. Health promotion is a process that enables people to have control over their health and mostly emphasis on disease prevention and self-care abilities. Considering that women are at the center of family health and are the main model of teaching and promoting a healthy lifestyle to the next generation, this study aimed to determine the health-promoting behaviors in postpartum women with High Body Mass Index in Urmia City, Iran.

Materials & Methods: In this cross-sectional study, 104 women who gave birth with a high body mass index, who were covered by health centers, were selected by available sampling method. The data collection tool was Standard Walker's Health Promotion Lifestyle Questionnaire, completed by self-report via WhatsApp. The data were then analyzed with SPSS-16 software, using descriptive and inferential statistics.

Results: The mean age of the participants in the above study was 27.07 ± 5.96 years and their average BMI was 27.82 ± 1.6 years. The total score of health-promoting behaviors was 110.42 ± 10.66 , which was at the desired level. The highest mean score was related to interpersonal relations subscale (20.42 ± 2.75) and the lowest mean score was for physical activity subscale (15.01 ± 2.25).

Conclusion: In the current study, even though women's health-promoting behaviors are desirable, there is a need to promote health-promoting behaviors, especially in the field of eating habits and physical activity. Health education with various methods is a suitable tool to motivate and correct incorrect lifestyles. As a result, appropriate interventions to encourage health-promoting behaviors should be designed and implemented.

Keywords: Health Promotion, Postpartum, Walker Health Promotion Behavior Questionnaire, Women,

Address: Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984432754961

Email: fntabrizi@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Master's student in Midwifery Counseling, Maternal and Child Obesity Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Associate Professor of Maternal and Child Health, Maternal and Child Obesity Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Professor of Health Education and Health Promotion, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Professor of Biostatistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran