

Identifying Health Seeking Behaviors among Middle-aged Women: A Qualitative Study

Nasrin Rezaee¹,
Naimeh Seyedfatemi²,
Alireza Salar¹,
Fereshteh Ghaljaei³

¹ Assistan Professor, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

² Professor, Center for Nursing Care Research, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Assistan Professor, Pregnancy Health Research Center, faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

(Received January 23, 2016 ; Accepted June 6, 2016)

Abstract

Background and purpose: Middle age is a developmental stage. Women in this stage are capable of preserving and promoting their health. Nonetheless, there seems to be several issues affecting their health-oriented behaviors. Identifying such behaviors from the perspective of middle-aged women are of great importance in protecting and promoting their health. This study aimed at defining health seeking behaviors in middle-aged women.

Materials and methods: The study was conducted by qualitative approach and conventional content analysis was adopted. The participants included 20 middle-aged women who were recruited by purposive sampling. Semi-structured face to face interviews were conducted to collect the data. Then verbatim transcription of interview data was done and categories were extracted. First, semantic similarities were identified and sub-categories were specified, then in reconsideration related sub-categories were placed in a same category.

Results: Four categories were identified including the status of health knowledge, understanding of health and diseases, controlling the health-oriented behaviors and "using self-soothing behaviors". Eight sub-categories were also determined: awareness of health risks, preventive/permissive behaviors, understanding of health, understanding of disease, health promoting behaviors, interactive behaviors, soothing and spiritual calming behaviors as health-seeking behaviors.

Conclusion: The findings expressed behaviors that women showed in their quest for health. In fact, this quest for health is manifested in strategies that women adapted to maintain and promote their physical and mental health. In such a quest women constantly rely on their own knowledge of health, perception of health and diseases and tranquilizing and relaxing methods.

Keywords: health seeking behavior, middle-aged women, qualitative study

تیبین درک زنان میانسال از رفتارهای جستجوگر سلامت: مطالعه کیفی

نسرین رضائی^۱

نعیمه سیدفاطمی^۲

علیرضا سالار^۱

فرشته قلجایی^۳

چکیده

سابقه و هدف: میانسالی یکی از دوره‌های تکاملی است. زنان در این دوره از توانایی‌هایی برخوردارند که می‌تواند بر حفظ و ارتقا سلامت آن‌ها تاثیرگذار باشد. با این وجود به نظر می‌رسد مسائل گوناگونی وجود دارند که در اتخاذ رفتارهای سلامت آنان تاثیرگذار باشند، بنابراین برای حفظ و ارتقا سلامت زنان در این دوره تکاملی ضروری است تا از منظر زنان میانسال، رفتارهایی که سلامت ایشان را تحت تاثیر قرار می‌دهد، مورد شناسایی قرار گیرد. لذا این مطالعه، با هدف تیبین درک زنان میانسال از رفتارهای جستجوگر سلامت انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه با رویکرد کیفی و به شیوه تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشارکت کنندگان، ۲۰ زن میانسال بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند و مورد ۲۰ مصاحبه چهره به چهره و نیمه ساختارمند قرار گرفتند. بعد از گردآوری داده‌ها، تمام مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شدند، مورد بازنگری قرار گرفتند و سپس طبقات استخراج گردید. در ابتدا شباهت‌های معنایی مورد بازنگری قرار گرفت و زیر طبقات مشخص شدند و سپس در بازنگری مجدد، زیر طبقات مرتبط در یک طبقه قرار گرفتند.

یافته‌ها: چهار طبقه اصلی "وضعیت دانش سلامت"، "با زیر طبقات آگاهی از تهدیدات سلامت و آگاهی از رفتارهای پیشگیرانه / سهل‌انگاران"، "درک از سلامت و بیماری"، "با زیر طبقات درک از سلامت و درک از بیماری"، "کنترل رفتار درک شده"، "با زیر طبقه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و "توسل به رفتارهای آرامش‌دهنده" با زیر طبقات رفتارهای تعاملی، رفتارهای آرامش‌دهنده و رفتارهای آرام‌کننده معنوی به عنوان رفتارهای جستجوگر سلامت مورد شناسایی قرار گرفتند.

استنتاج: یافته‌ها، بیانگر رفتارهایی بود که زنان به عنوان رفتارهای جستجوگر سلامت از خود بروز می‌دادند. در واقع رفتارهای جستجوگر سلامت دربردارنده مجموعه راهبردهایی است که زنان در حفظ و ارتقا سلامت جسمی و روانی خود با اتکا به وضعیت دانش سلامت، درک از سلامت و بیماری، تکامل رفتارهای سلامت و توسل به رفتارهای آرامبخش از خود بروز می‌دهند.

واژه های کلیدی: رفتارهای جستجوگر سلامت، زنان میانسال، مطالعه کیفی

مقدمه

سلامت با همه جوانب آن، از حقوق اولیه انسانی است. جهانی بهداشت است، سلامت حالت رفاه و آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است و فقط فقدان سلامتی نیست. سلامت با همه جوانب آن، از حقوق اولیه انسانی است. در پذیرفته‌شده‌ترین تعریف سلامت که تعریف سازمان

E-mail: nasrin_rezaee2005@yahoo.com

مؤلف مسئول: نسرین رضایی - زاهدان: دانشکده پرستاری و مامایی

۱. استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۲. استاد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳. استادیار، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۱۲/۴ تاریخ تصویب: ۱۳۹۵/۳/۱۷

بیماری و یا نقص عضو نیست (۱). با این وجود، سلامت جسمانی از ابعاد مهم و تاثیرگذار بر تمامی ابعاد سلامت شناخته شده است (۳،۲). سلامت جسمی زنان تحت تاثیر عواملی مختلفی هم چون ویژگی های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جامعه نیز قرار دارد (۵،۴). دیدگاه ها، نگرش ها، رفتارها و نقش های زنان بر تمامی زندگی آنان یعنی نیازها و فرصت ها و دسترسی آن ها به منابع سلامت اثرگذار است (۴). در هر حال، سلامت زنان و ابعاد مختلف آن که به شکل پیوستاری در طول چرخه زندگی آنان گسترده است، ارتباط بسیار نزدیک با شرایط زندگی آن ها دارد. لذا توجه به مسائل مربوط به سلامت زنان در طول چرخه زندگی آنان، حائز اهمیت است (۷-۵)، به عنوان نمونه، در مطالعه ای از قاعدگی که فرایندی فیزیولوژیک است، به عنوان تابو نام برده شد که از نظر اجتماعی- فرهنگی محدودیت خاصی را برای زنان ایجاد کرده بود (۸). در مطالعه دیگری، زنان از یائسگی به عنوان دوره آزادی یاد کرده بودند (۹). این در حالی است که زنان در کشورهای ایران و ترکیه سعی در کتمان یائسگی داشتند و آن را به عنوان پایان زنانگی و جوانی مطرح کرده بودند (۱۰،۱۱). یکی از دوران های زندگی زنان، دوره میانسالی است. میانسالی در محدوده سنی ۴۰-۶۵ سالگی قرار دارد، مطمئناً اگر فرد مرحله میانسالی را به خوبی سپری نکند، در گذر به مرحله بعدی چرخه زندگی یعنی سالمندی که بیش از همه مراحل تکاملی قبلی نیازمند برخورداری از توانایی های روانشناختی و جسمی فرد است، آمادگی لازم را نخواهد داشت (۱۲). بنابراین میانسالی می تواند اوج زندگی افراد باشد، مشروط بر این که سلامت در تمامی ابعاد آن مورد توجه قرار گیرد.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۰)، نیز سلامت را مهم ترین شاخص توسعه یافتگی کشورها اعلام کرده است. از طرفی، یکی از بزرگ ترین مسئولیت های پرستاران، ارتقای سلامت افراد جامعه است. مفهوم سلامت، یکی از متاپارادایم های مطرح در پرستاری است و پرستاری یک رشته سلامت محور شناخته شده است (۱۳)، لذا

پرستاران اگر بخواهند به افراد جامعه در جهت حفظ و ارتقای سلامت آنان کمک کنند، باید بتوانند شرایط آن ها را درک کنند. در راستای شکل گیری رفتارهای سلامت، انجمن تشخیص های پرستاری آمریکا (North American Nursing Diagnosis Association) به رفتارهای جستجوگر سلامت (Health seeking behaviors) اشاره کرده است. این رفتارها حکایت از این دارد، فردی که در ثبات سلامت به سر می برد، برای ارتقای سلامت خود به شیوه ای تلاش می کند تا تغییر در رفتارهای خود یا محیط ایجاد نماید. یافته ها نیز نشان داده اند در بروز این رفتارها عواملی هم چون نقش اجتماعی- فرهنگی جنسیت، باورهای سلامت و درک از نیازهای سلامت، دخالت دارند (۱۴). در این راستا، نتایج مطالعه ای که به طور نظام مند مقالات چاپ شده در کشور را مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد علی رغم این که، سلامت زنان از اولویت های نظام سلامت کشور است، ولی ۴۰ درصد موضوعات مرتبط با سلامت آنان مورد توجه قرار نگرفته اند. به علاوه، بیش تر مطالعات به موضوعات مراقبتی هم چون مراقبت های دوران بارداری، سوء تغذیه و سرطان های زنان پرداخته اند. این در حالی است که حق زنان از سلامت چیزی وسیع تر از حق دسترسی آنان به سیستم های مراقبت های بهداشتی و درمانی است (۱۵). مرور نظام مند مطالعات کیفی انجام شده در خصوص سلامت زنان در داخل کشور نیز نشان داد، هر چند درباره سلامت آنان مطالعات کیفی اندک و نسبتاً پراکنده ای انجام شده است، اما در یک نگاه کلی، رفتارهای جستجوگر سلامت زنان که می تواند به ما در برنامه ریزی حوزه سلامت آنان کمک کند، در کشور شناسایی نشده است. نتایج این مرور نظام مند نشان داد در جهت حفظ و ارتقای سلامت زنان باید به شناسایی ابعاد سلامت از دیدگاه خود آنان پرداخت (۱۶). در هر حال برای کاربردی شدن پژوهش ها در حوزه سلامت نیاز به شناخت عمیق تری از موضوع است و این میسر نمی شود مگر با بهره گیری از دیدگاه طبیعت گرایانه، ارتباط نزدیکی با ذینفعان

برقرار شود تا بتوان مشکلات، راه‌حل‌ها و الگوهای شکل‌دهنده رفتارهای آنان شناسایی گردد. هم‌چنان که یافته‌های یک مطالعه با رویکرد کیفی در کشور پرو نیز نشان داد، عدم استفاده از برنامه‌های غربالگری در زمینه سرطان سینه علی‌رغم فراهم بودن امکانات، از دیدگاه زنان یا به عبارتی مصرف‌کنندگان خدمات سلامت، بی‌اعتمادی آنان به کارکنان درمانی بوده است (۱۷). هم‌چنین نتایج مطالعه‌ای که به نحوه شکل‌گیری رفتارهای پیشگیرانه در خصوص سرطان سینه پرداخته بود، نشان داد این‌گونه مطالعات مسیر تدوین برنامه‌های پیشگیرانه را برای زنان و مسئولین حوزه سلامت، هموارتر می‌نماید (۱۸). در واقع، شناسایی رفتارهای جستجوگر سلامت منجر به روشن‌سازی تجارب زنان از سلامت و عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده تاثیرگذار بر آن از نگاه خود زنان می‌گردد. سایر پژوهشگران نیز اذعان داشتند که مشکلات سلامت زنان باید توسط خودشان و با توجه به درجه کنترلی که آنان بر روی زندگی شان دارند، شناسایی شود و لازم است که برنامه نویسان سلامت، نیازهای زنان را در دوره‌های مختلف زندگی درک کنند (۱۹). لذا این مطالعه با هدف شناسایی رفتارهای جستجوگر سلامت در زنان میانسال انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است که با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. این روش یکی از رویکردهای تحقیق کیفی است و از جمله روش‌های تحلیل داده‌های کیفی نیز می‌باشد. تحلیل محتوا، روش تحلیل پیام‌های نوشتاری، گفتاری یا دیداری می‌باشد که داده‌های خام بر اساس استنباط صورت گرفته، خلاصه شده و درون طبقات قرار می‌گیرد. تحلیل محتوای قراردادی، طبقات و نام آن‌ها از متن داده‌ها استخراج می‌گردند (۲۰). در این پژوهش مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه‌گیری از زنان میانسال با حداکثر تنوع از جمله سن، سطح تحصیلات، وضعیت

تاهل و شغل تا رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شد (جدول شماره ۱). این مطالعه با مشارکت ۲۰ زن میانسال انجام شد. ملاک انتخاب زنان، قرار داشتن در مرحله میانسالی (سنین ۴۰-۶۵ سال) و نداشتن بیماری جدی جسمی و روانی بود. نداشتن بیماری جدی جسمی و روانی با پرسیدن این سوال که "آیا مبتلا به بیماری خاصی هستید که برای درمان، مرتباً به مرکز درمانی مراجعه نمایید؟"، مشخص شد. محل انجام مصاحبه‌ها متناسب با روش پژوهش کیفی، محیط طبیعی بود که دسترسی به زنان میانسال را امکان‌پذیر می‌کرد. به این منظور مصاحبه‌ها در محل‌هایی از جمله خانه یا محل کار انجام شدند. جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه‌های چهره به چهره و به شکل نیمه ساختارمند صورت گرفت. در مصاحبه، ابتدا یک سوال کلی مبنی بر این که "در طول یک روز از زندگی تان چه کارهایی برای سلامتی خود انجام می‌دهید؟" پرسیده شد و جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر، مصاحبه با سوالات پیگیری‌کننده همانند "در این رابطه منظور شما چیست" و "در این رابطه بیشتر توضیح دهید؟" ادامه می‌یافت. مدت زمان هر مصاحبه بین ۳۰-۴۵ دقیقه بود. با رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط شد. هر مشارکت‌کننده یک بار مورد مصاحبه قرار گرفت، به این ترتیب ۲۰ مصاحبه انجام شد. تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری اطلاعات انجام شد. بدین ترتیب پس از پایان هر مصاحبه، گفتگوی انجام شده در نرم‌افزار Microsoft word تایپ شده سپس متن پیاده شده پس از چندین بار مرور، به واحدهای معنایی تشکیل دهنده و کوچک‌ترین واحدهای معنادار شکسته شدند. سپس کدها بازخوانی شدند تا بر اساس تشابه و تفاوت معنایی در زیر طبقات و طبقات اصلی جایگزین شوند. جهت اطمینان از صحت داده‌ها در طول مطالعه از روش‌های گوناگونی استفاده شد. از بازنگری مشارکت‌کنندگان استفاده شد، بدین منظور یافته‌های برخی مصاحبه‌ها با مشارکت‌کنندگان مورد نظر به صورت حضوری در میان گذاشته شد و

"کنترل رفتار درک شده" و "توسل به رفتارهای آرامش دهنده" است. علاوه بر این هر یک از طبقات، زیر طبقاتی را در بر گرفتند (جدول شماره ۲).

الف- وضعیت دانش سلامت: وضعیت دانش سلامت زنان در شکل گیری رفتارهای سلامت آنان نمود داشت. خصوصیت "آگاهی از تهدیدات سلامت" به معنی آگاهی از وضعیت سلامت و بیماری آنها بود و "آگاهی از رفتارهای پیشگیرانه/سهل انگارانه" توجه به وضعیت سلامت، تغذیه، فعالیت فیزیکی و بی توجهی به وضعیت سلامت را در بر می گرفت. تجارب مشارکت کنندگان در خصوص رفتارهای سلامت، تحت تاثیر دانش و آگاهی آنها از جنبه های مختلف سلامت قرار داشت، هر چند در این میان بی توجهی به سلامت نیز در بین آنان مشهود بود. نمونه ای از نقل قول مشارکت کنندگان در خصوص وضعیت دانش سلامت آنان در مواجهه با بروز مشکل جسمانی در اینجا ارائه می گردد. "... یکی از عوامل ایجاد یبوست در من استرسه، هر چی داروی ملین یا داروهای سنتی استفاده می کردم، فایده ای نداشت، تا زمانی که اون استرس در وجودم بود، مشکل یبوست من برطرف نمی شد، ولی حدود چهار- پنج سال است که فهمیدم یبوستم به دلیل این عامل هست. حالا سعی می کنم هیچ استرسی نداشته باشم..." (مشارکت کننده ۱).

آگاهی از تهدیدات سلامت جسمی و روانی نیز بر شکل گیری رفتارهای سلامت زنان مشارکت کننده در پژوهش موثر بود. علاوه بر این، زنان بر این باور بودند که بسیاری از مشکلات سلامتی آنها ناشی از افزایش سن و ورود به دوره سنی میانسالی است. در زیر نمونه ای از روایات زنان میانسال در خصوص آگاهی از وضعیت سلامت آنان ارائه می گردد. "... این کاملاً برای من مشخص هست؛ سال به سال سلامتی من افت می کند. من از ۳۰ سالگی به بعد فکر می کنم که سلامتی من از قبل تغییر کرده، وضعیت جسمی روانی من و حافظم مثل قبل نیست. افت را من هر سال در خودم احساس می کنم..." (مشارکت کننده ۱۶).

کدهایی که از نظر مشارکت کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح گردید. هم چنین متن مصاحبه ها، کدها و طبقات توسط دو نفر از اعضای هیئت علمی که هم به تحقیق کیفی آشنایی داشتند و هم در حوزه سلامت صاحب نظر بودند، مورد بازنگری قرار گرفت. انتخاب مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و شغل سبب شد که اعتبار داده ها افزایش یابد. اصول اخلاقی رعایت شده توسط پژوهشگران در مطالعه عبارت از گرفتن رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان بعد از بیان هدف از مطالعه، دادن حق کناره گیری به آنان از ادامه همکاری در هر زمان دلخواه، حفظ بی نامی و محرمانه نگهداشتن اطلاعات و ارائه نتایج به مشارکت کنندگان در صورت درخواست آنان بوده است.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

کد مشارکت کننده	سن (سال)	وضعیت تاهل	تعداد فرزندان	تحصیلات	شغل
۱	۴۴	متاهل	۲	لیسانس	شاغل
۲	۴۶	مطلقه	۱	سیکل	بیکار-خانه دار
۳	۴۸	مجرد	—	دیپلم	شاغل
۴	۴۹	متاهل	۲	لیسانس	شاغل
۵	۴۵	متاهل	۲	فوق دیپلم	شاغل
۶	۵۳	متاهل	۶	بیسواد	خانه دار
۷	۴۹	متاهل	۴	سیکل	شاغل
۸	۵۱	بیوه	۵	بیسواد	خانه دار
۹	۵۶	متاهل	۳	فوق دیپلم	بازنشسته
۱۰	۶۱	متاهل	۳	دیپلم	شاغل
۱۱	۴۳	متاهل	۲	فوق لیسانس	شاغل
۱۲	۴۱	مجرد	—	فوق لیسانس	شاغل
۱۳	۴۱	مجرد	—	لیسانس	شاغل
۱۴	۴۵	مجرد	—	فوق دیپلم	شاغل
۱۵	۴۰	متاهل	۱	فوق لیسانس	شاغل
۱۶	۶۴	متاهل	۷	خواندن و نوشتن	خانه دار
۱۷	۵۰	متاهل	۲	لیسانس	شاغل
۱۸	۴۸	متاهل	۲	لیسانس	شاغل
۱۹	۵۲	مجرد	—	پزشک عمومی	شاغل
۲۰	۴۰	متاهل	۸	بیسواد	خانه دار

یافته ها

چهار طبقه و هشت زیر طبقه از مجموع ۳۲۵ کد اولیه استخراج شدند. یافته ها نشان داد رفتارهای جستجوگر سلامت در برگیرنده چهار طبقه اصلی "وضعیت دانش سلامت"، "درک از سلامت و بیماری"،

جدول شماره ۲: طبقات و زیر طبقات رفتارهای جستجوگر سلامت

طبقات	زیر طبقات	کندهای هدایت کننده
وضعیت دانش سلامت	آگاهی از رفتارهای پیشگیرانه/سپه‌انگاره	آگاه بودن به علت مشکلات جسمانی آگاه به علامت تشدید کننده بیماری مزمن آگاه بودن به مشکلات جسمی مرتبط با افزایش سن آگاهی داشتن به دغدغه‌های دوره میانسالی آگاه بودن به علامت بیماری
	مدیریت بیماری جسمی کسب اطلاعات سلامت کاربرد دانش فردی برای پیشگیری و درمان جدی گرفتن بیماری به دنبال تجربه قبلی توجه به مشکلات جسمی از ترس عوارض ماندگار توجه به ریزم غذایی متناسب با سن انجام فعالیت ورزشی برای حفظ سلامتی بی توجهی به مشکلات جسمی علی‌رغم داشتن آگاهی بی توجهی به سلامت به دلیل کمبود وقت کاهلی در درمان بی توجهی به ادامه درمان	
درک از سلامت و بیماری	درک از سلامت	سلامتی یعنی داشتن سلامت جسم و روان سلامتی یعنی توانایی انجام کارهای جسمی به تنهایی سلامتی یعنی نداشتن بیماری خاص سلامتی یعنی داشتن ظاهر سالم سلامتی یعنی نداشتن بیماری مزمن جسمی سلامتی یعنی نداشتن احساس بیماری سلامتی یعنی کنترل بیماری
	درک از بیماری	استرس عامل بیماری بیماری یعنی افزایش سن بیماری یعنی پیری پیری یعنی داشتن مشکل جسمی دغدغه فکری یعنی بیمار بودن اضطراب عامل ایجاد بیماری جسمی بیماری یعنی کاهش انرژی
کنترل رفتار درک شده	رفتارهای ارتقا دهنده سلامت	داشتن نظم و ترتیب در برنامه زندگی ایجاد تعادل بین کار و زندگی کمک گرفتن برای انجام امور خانه تلاش برای پر کردن اوقات تنهایی یادگیری مهارت کنترل استرس مدیریت زمان برای اختصاص دادن وقت به خود استفاده از تکنولوژی برای حفظ سلامت
	رفتارهای تعاملی	شرکت در جلسات دوره‌ای تعامل با دیگران عمل آرامش رفت و آمد کردن باز خورد دیگران عامل تغییر تعامل با دیگران راه به دست آوردن آرامش کاهش استرس با درددل کردن
نوسل به رفتارهای آرامش بخش	رفتارهای آرامش دهنده	استراحت کردن راهی برای به دست آوردن آرامش دور شدن از محیط برای به دست آوردن آرامش پرت کردن حواس تکلیکی برای حفظ سلامتی نگاه به گل و گیاه عامل آرامش گریه کردن راهی برای آرام شدن خوردن آرامبخش گیاهی ایجاد تنوع در زندگی گوش دادن به موسیقی
	رفتارهای آرام کننده معنوی	ذکر گفتن عامل آرامش خواندن قرآن و دعا حافظ سلامت روان کاهش نگرانی با دعا کردن و توکل بر خدا ذکر صلوات برای سلامتی ارتباط با خدا برای حل مشکلات به دست آوردن آرامش با برگزاری جلسات مذهبی کسب آرامش با رفتن به مکان‌های مذهبی

زنان میانسالی که دارای تحصیلات دانشگاهی در سطوح بالا بودند، قبل از رو به رو شدن با مشکلات سلامت، حتی در هنگام مواجهه با مشکلات سلامت نیز مجموعه‌ای از رفتارهای پیشگیرانه‌ای را از خود بروز می‌دهند. نقل قول زیر نمونه‌ای از آگاهی به رفتار پیشگیرانه در خصوص مواجهه با مشکلات روانی هم چون اضطراب را نشان می‌دهد. "... من مطالب روانشناسی را دوست دارم، اگر اضطراب داشته باشم که می‌تونه تمرکز را بگیره، یا تصمیم گیریم را مختل کنه، توی سایت نگاه می‌کنم و نکات خوبش را یادداشت می‌کنم و آن‌هایی را که مناسب سن و سال من است را اجرا می‌کنم، مثلاً در مورد کاهش اضطراب نوشته است این کار را بکنید، من آن را انجام می‌دهم...." (مشارکت کننده ۱۲).

بی‌توجهی به امر سلامت با وجود آگاهی به رفتارهای سهل‌انگارانه در کنار آگاهی به رفتارهای پیشگیرانه خود را نشان می‌دهد. در واقع رفتارهای سهل‌انگارانه نقطه مقابل رفتارهای پیشگیرانه‌ای بود که زنان در مواجهه با مشکلات سلامت خود بروز می‌دادند. در این جا نمونه‌ای از بیانات مشارکت کنندگان در خصوص رفتارهای سهل‌انگارانه‌ای که به آن‌ها آگاهی داشتند ارائه می‌گردد. "... من زیاد برای سلامتیم کاری انجام نمی‌دهم. این را خودم هم می‌دونم که اشتباه است، باید کاری انجام بدهم... شاید کاهلی می‌کنم، شاید بی‌توجهی می‌کنم، ... (مشارکت کننده ۵).

ب- درک از سلامت و بیماری: درکی که زنان از وضعیت سلامت و بیماری خود داشتند، آن‌ها را به سمت بروز رفتارهایی سوق داد که نقش موثری در حفظ و ارتقا سلامت آنان داشت. زنان درک متفاوتی از سلامت داشتند، اما همه آنان به بعد سلامت جسمی و روانی و ارتباط ما بین این دو بعد اشاره داشتند. در خصوص درک از سلامت و بیماری، مشارکت کننده‌ای این گونه بیان نمود: "سلامتی این هست که آدم از لحاظ جسمی و روانی از هر دو لحاظ سالم باشد، جسمی که ممکن است به خاطر افزایش سن، یک مقدار سایدگی‌ها و آرتروزها پیش بیاد ولی از لحاظ روانی،

بروم. وقتی اون‌ها رو می‌بینم، استرس کم می‌شه ... چون دوستای خوبی دارم، بودن کنار دوستانم برای من لذت بخش است ... " (مشارکت کننده ۱۲).

گفتار یکی از مشارکت‌کنندگان در خصوص تأثیرات رفتارهای تعاملی به این شرح بود: "...وقتی ناراحت هستم... ممکنه با مادرم صحبت کنم، درد دل بکنم یا با دوستم. اون‌ها به من آرامش می‌دهند. من با بعضی دوستانم خیلی راحتیم ... " (مشارکت کننده ۱۱). هم‌چنین یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان در مورد رفتارهایی فردی که موجب آرامش او می‌شود، چنین گفت: "...چند وقتی است که به فضای سبز خیلی اهمیت میدم، تو خونه خیلی گلدون دارم ... صبح که بیدار می‌شم، اول گلدون هامو نگاه می‌کنم، میرم بهشون دست می‌کشم. تو روحیه‌ام خیلی اثر می‌گذاره، آروم می‌شم..." (مشارکت کننده ۱). در مورد تأثیرات آرام‌بخشی اعمال مذهبی، یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار نظر نمود: "من در حد معقول رابطه‌م با خدا خوبه، حالا که سنم رفته بالا، امکان نداره نماز صبح من قضا بشه، حالا من روزه را بعد از نماز صبح با سوره الرحمن شروع می‌کنم. گاهی ممکنه وقت نماز هم نباشه، ولی من سجاده‌ام را باز می‌کنم. برای این که بخوام قرآن بخونم و با خدای خودم ارتباط برقرار کنم، حالا دیگه این ارتباط من رو آروم می‌کنه..." (مشارکت کننده ۱۴).

بحث

رفتارهای جستجوگر سلامت، در بردارنده مجموعه رفتارهایی است که زنان میانسال در حفظ و ارتقا سلامت جسمی و روانی خود با اتکا به وضعیت دانش سلامت، درک از سلامت و بیماری، تکامل در رفتارهای سلامت و توسل به رفتارهای آرام‌بخش از خود بروز می‌دهند. در واقع، درک آنان از وضعیت سلامتی و بیماری همراه با دانش آنان در مورد بیماری‌های جسمی و روانی، منجر به بروز رفتارهای پیش‌گیرانه و سهل‌انگاران‌ای در جهت حفظ و ارتقا سلامت برای آنان شده بود. علاوه بر

واجب تره که آدم سالم باشد، فکر خیلی چیزهایی را که مهم نیستند نباید بکنه، نباید حرص بخوره و به خاطر چیزهای بی‌اهمیت نباید روانش رو خراب کنه..." (مشارکت کننده ۱).

مشارکت‌کننده دیگری، درباره درک از سلامت جسمی و روانی خود چنین بیان کرد: "...اگه بیماری تا یک حدی کنترل شود، به نظرم سلامتی محسوب می‌شود و یا این که آسایش و آرامش داشته باشم، این خیلی خوب است." (مشارکت کننده ۱۰).

ج- کنترل رفتار درک شده: مجموعه‌ای از رفتارهای فردی ارتقادهنده سلامت هستند که با گذر زمان و تجربه تکامل یافته‌اند و خصوصیات هدایت‌کنندگی به سمت ارتقای سلامت را پیدا کرده‌اند. بیانات یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص چنین بود: "...کنار آمدن با استرس‌ها، این نیاز به تمرین و مهارت داره. من نمی‌تونم به این سادگی با استرس کنار بیام، مگر تمرین کرده باشم و مهارت را به دست بیارم. من این روطی سال‌ها یاد گرفتم..." (مشارکت کننده ۱۵).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان در خصوص کنترل رفتار درک شده گفت: "برای تغذیه ام، قبلاً شرایط خانواده‌ام جوری بود که رژیم غذایی خوبی نداشتم، ولی الان خودم می‌تونم شرایط را کنترل کنم، سعی می‌کنم رژیم غذایی را رعایت کنم. برای تحرک و فعالیت فیزیکی هم ممکن است کلاس ورزش نرم، ولی می‌دونم که در روز، ده دقیقه تا یک ربع پیاده‌روی داشته باشم و این کار را انجام می‌دهم. این تلاشی است که حالا برای سلامت خودم انجام می‌دم..." (مشارکت کننده ۹).

د- توسل به رفتارهای آرامش‌دهنده: مجموعه‌ای از رفتارهای تعاملی، رفتارهای آرامش‌دهنده فردی و اعمال مذهبی که زنان به آن‌ها متوسل می‌شوند و منجر به آرامش آنان می‌شوند. مشارکت‌کننده‌ای در خصوص تأثیرات آرام‌بخشی رفتارهای تعاملی خود با دیگران، چنین بیان داشت: "با این شرایط سنی من و دوستانم، تقریباً سالی یک بار اتفاق می‌افته که با دوستانم مسافرت

این موارد، تعامل با دیگران، رفتارهای آرامش بخش فردی و توسل به اعمال مذهبی از جمله رفتارهای جستجوگر سلامت زنان برای دستیابی به ابعاد مختلف سلامت بوده است. در مرور متون، مطالعه‌ای که رفتارهای جستجوگر سلامت زنان را ناشی از وضعیت دانش سلامت آنان بداند، یافت نشد؛ در عین حال، برخی مطالعات به طور ضمنی به آن اشاره کرده بودند. به عنوان نمونه در مطالعه‌ای، به رفتارهای کنترلی زنان مبتلا به سرطان سینه اشاره شده بود. در مطالعه مذکور، رفتارهای ناکارآمد زنان، به دلیل ناآگاهی آنان از خطرات مرتبط با سرطان بود (۲۱). یافته‌های مطالعه دیگری که به تبیین انجام فعالیت جسمانی در زنان مبتلا به دیابت، پرداخته بود، نشان داد رفتارهای پیشگیرانه آن‌ها در زمینه توجه به فعالیت جسمی منوط به باورهای رفتاری، هنجاری و کنترلی آنان بوده است (۲۲). مطالعات نشان می‌دهند رفتارهای پیشگیرانه که زنان از خود بروز می‌دهند، مرتبط به زمانی است که دچار مشکلات جسمانی شده باشند (۲۳). بنابراین به نظر می‌رسد آگاهی زنان از نوع بیماری، منجر به رفتارهای پیشگیرانه‌ای از سوی آنان می‌شود. هم‌چنین در مطالعه‌ای که بر روی زنان کارگر در زمینه رفتارهای خود مراقبتی ورزشی انجام شده بود، نگرش آنان به ورزش، به عنوان عاملی در خود مراقبتی مطرح شده بود، یافته‌های آن نشان داد به دنبال آگاهی است که نگرش تغییر می‌یابد و به دنبال آن عملکرد اتفاق می‌افتد (۲۳). هم‌چنین در پژوهشی که مشارکت کنندگان آن زنان برزلی بودند، اذعان کرده بودند هر چند که برنامه‌های غربالگری در زمینه سرطان هم‌چون پاپ اسمیر به طور روتین در مراکز ژنیکولوژی آن کشور انجام می‌شود، اما تا زمانی که زنان در این خصوص دانش بیومدیکال نداشته باشند، برنامه‌های پیشگیری توسعه نخواهد یافت (۲۴). یافته‌های مطالعه دیگری که مشارکت کنندگان آن زنان شرق آسیا (چینی و کره‌ای) بودند، نشان داد ناآگاهی زنان از فواید تابش نور خورشید منجر به کمبود ویتامین "دی" در آن‌ها شده بود (۲۵). در هر حال، آن چه را که

نمی‌توان نادیده گرفت، این است که وضعیت دانش سلامت در زمینه‌های مختلفی از جمله وضعیت سلامت، تغذیه، فعالیت‌های فیزیکی، آگاهی از تهدیدات سلامت و رفتارهای پیشگیرانه، نقش بسیار موثری در شکل‌گیری رفتارهای جستجوگر سلامت زنان دارند.

درک از سلامت و بیماری طبقه دیگری مطالعه حاضر بود. درک از سلامت و بیماری می‌تواند بر ابعاد گوناگون سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تاثیر بگذارد. برخی مطالعات چالش‌های ناشی از درک ابتلا به دیابت و سرطان سینه را در یافته‌های پژوهش خود گزارش نموده‌اند، درک زنان از بیماری شان بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت آنان تاثیر گذاشته بود (۲۶، ۲۷). در حالی که در مطالعه حاضر، درک از سلامت و بیماری در شرایطی اتفاق افتاده بود که زنان مشکل جدی جسمی و روانی نداشتند. مشارکت کنندگان در این پژوهش، درک خود از سلامت و بیماری را با جملاتی چون سلامتی یعنی کارکرد خوب سیستم‌های بدن، سلامتی یعنی پیشگیری، سلامت روان مقدم بر سلامت جسمی و بیماری یعنی قدر سلامتی را دانستن بیان کردند. بدون تردید، درک آنان از سلامت و بیماری با این گونه توصیفات، می‌تواند در مواقع مواجهه با مشکلات جسمی و روانی، آنان را به گونه‌ای هدایت کند که با راهبردهای موثرتری در مسیر حفظ و سلامت خود گام بردارند. در این راستا یافته‌های پژوهشی بر روی تجربه زنان مبتلا به سرطان، نشان داد درک زنان مورد مطالعه از بیماری، مرگ و نابودی بوده است و این درک در رفتارهای خود مراقبتی آنان تاثیر گذاشته بود (۲۸). هم‌چنین در مطالعه دیگری، درباره درک زنان از کاهش وزن، سخت بودن تغییر عادت غذایی بود و در مطالعه دیگری درک زنان از سلامت، زیبایی و سفیدی پوست بود، پیامدهای حاصل از راهبردهای مورد استفاده توسط این زنان سلامت آنان را با خطر مواجه کرده بود (۲۹، ۳۰). در هر حال نتایج نشان دادند درک فرد از سلامت و بیماری می‌تواند منجر به رفتارهایی شود که در سلامت او نقش

داشته باشند. در مطالعه حاضر نیز مشخص شد، درک زنان از سلامت و بیماری وابستگی بسیار نزدیکی با شرایطی که آنان زندگی می‌کردند، داشت. با توجه به این که زنان مطالعه حاضر از مشکل جسمی که زندگی آنان را تحت تاثیر خود قرار دهد، رنج نمی‌بردند، اما در بیانات آنان مشخص بود که شرایط زندگی در درک آنان از سلامت و بیماری تاثیر گذاشته است، به گونه‌ای که زنانی که از سطح تحصیلات کم‌تری بهره‌مند بودند، بیش‌تر به جنبه سلامت جسمی اهمیت می‌دادند و سایر ابعاد سلامت برای آنان ناشناخته بود. در حالی که زنانی که از تحصیلات بالاتری برخوردار بودند، به سلامت در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی نیز توجه داشتند.

کنترل رفتار درک شده طبقه دیگر مطالعه حاضر بود. از بارزترین خصوصیات آن می‌توان به خود‌مدیریتی، برقراری تعادل بین کار و زندگی، مدیریت زمان برای اختصاص دادن وقت به خود، واکنش منطقی نشان دادن نسبت به مسائل، یادگیری مهارت کنترل استرس و استفاده از رسانه در جهت افزایش آگاهی درباره موضوعات سلامت نام برد. در سایر مطالعات انجام شده از این گونه رفتارهای با مضامینی هم‌چون پذیرش حقیقت بیماری و شرکت در برنامه‌های غربالگری نام برده شده بود (۲۳، ۳۰). نتایج مطالعه‌ای که بر روی زنان سالم، برای کاهش وزن آنان انجام شده بود، نشان داد داشتن هدف واضح در برنامه‌های زندگی در عملیاتی کردن و به نتیجه رسیدن موثر بوده است (۲۹). توسل به رفتارهای آرامش‌بخش با خصوصیاتی هم‌چون رفتارهای تعاملی، رفتارهای آرامش‌دهنده فردی و توسل به اعمال مذهبی از دیگر طبقات پژوهش حاضر بود. یافته‌ها نشان داد، زنان با توسل به انواع رفتارهای تعاملی از جمله تعامل با نزدیکان، دوستان و همکاران، رفت و آمد کردن و درد و دل کردن با دوستان و دریافت بازخورد مثبت منجر به کاهش استرس در آنان می‌شد. چنین شیوه‌های راهبردی در تعامل، رضایت زنان را فراهم می‌نمود. نتایج برخی از مطالعات، تعامل با دیگران را به عنوان راهبردی در

جهت حفظ سلامت اجتماعی نام برده‌اند (۲، ۲۶). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد تعامل زنان با افرادی مثل دوستان یا به عبارتی افراد هم‌تیپ و همکاران، آرامش روانی برای آنان در پی داشته است. بنابراین آن چه استنباط می‌شود این است که زنان حتی رفتارهای تعاملی خود را در جهتی سوق می‌دهند تا بتوانند از فواید آن در امر سلامت بهره‌مند شوند.

رفتارهای آرامش‌دهنده فردی، مجموعه رفتارهای بود که زنان سعی داشتند به این طریق اوقات آرامش بخشی برای خود فراهم نمایند، پرورش گل و گیاه، پرت کردن حواس، گریه کردن، خوردن آرامبخش گیاهی، ایجاد تنوع در زندگی، گوش دادن به موسیقی و توجه به آراستگی از این گونه رفتارها بودند. هر چند به نظر می‌رسد این رفتارها می‌تواند جنبه آرام‌بخشی، موقت داشته باشند، لیکن می‌توانند در کنار آمدن با تنش‌های زندگی، عاملی تسلی‌بخش باشند. در این راستا در مطالعه‌ای که بر روی سلامت روان زنان میانسال انجام شده بود، نشان داد آنان نیز برای کسب آرامش از راهبردهای مختلفی استفاده می‌کردند (۲). در مطالعه حاضر از نکاتی که نمی‌توان از کنار آن به راحتی گذشت همین رفتارهای آرامش‌دهنده فردی است، به نظر می‌رسد تغییر در شرایط زندگی زنان حتی در رفتارهای آرامش‌دهنده فردی آنان نیز اثر خود را نشان داده است. نگاه اجمالی به توصیف مشارکت کنندگان می‌تواند کمک‌کننده باشد، به این گونه که با افزایش میزان سواد زنان، تعداد فرزندان آنان کاهش یافته است، بنابراین آنان از اوقات فراغت بیش‌تری برخوردار شده‌اند و این فرصت، امکانی را برای آنان فراهم آورده تا از راهبردهایی استفاده کنند تا منجر به آرامش آن‌ها شود. مواردی هم‌چون پرورش گل و گیاه در خانه و گوش دادن به موسیقی را می‌توان اشاره کرد، این در حالی است که زنانی که از تعداد فرزندان بیش‌تری برخوردار بودند، به این قضیه یعنی رفتارهای آرامش‌دهنده فردی توجهی نداشتند و یا در نهایت آن چه برای آرامش خود انجام می‌دادند، صرف

معنوی چه در سلامت، چه در بیماری، در هر کجای دنیا فاکتور منحصر به فردی است که سبب آرامش درونی افراد می‌گردد، بنابراین می‌تواند نقش موثری در شکل‌گیری رفتارهای سلامت داشته باشد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد، مفاهیمی هم‌چون وضعیت دانش سلامت، درک از سلامت و بیماری، کنترل رفتار درک شده و توسل به رفتارهای آرامش بخش در زنان، می‌توانند ملاک‌هایی برای درک رفتارهای جستجوگر سلامت زنان باشند. آنچه مشخص است، زمینه‌ای که زنان در آن زندگی می‌کردند، در شکل‌گیری این رفتارها نقش مهمی ایفا می‌کرد. لذا این گونه رفتارهایی که زنان از خود بروز می‌دهند، می‌تواند شرایطی را برای آنان فراهم کند تا آنان رفتارهای خود را در جهت حفظ و ارتقا سلامت هدایت کنند.

سپاسگزاری

از کلیه زنان مشارکت‌کننده که با وجود مشغله زیاد و کمبود وقت، در مصاحبه‌ها شرکت نمودند و وقت خود را به ما جهت انجام این پژوهش اختصاص دادند، سپاسگزاری می‌نمایم. این طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با شماره ir.zaums.rec.1395.20 مورد تایید قرار گرفته است.

نوشیدنی آرامش‌بخشی بود، که آن هم توسط فرد دیگری تهیه شده بود. توسل به اعمال مذهبی به طور آشکار، از رفتارهای آرامش‌دهنده زنان مورد مطالعه حاضر بود. اعمال مذهبی زنان صرف نظر از نتیجه مورد انتظار، برای آنان آرامش به همراه داشت، آنان با گفتن جملاتی هم‌چون توکل به خدا و قرآن یعنی کسب آرامش، آرامش یعنی احساس نزدیکی با خدا، شاکر خدا بودن، ذکر گفتن برای کسب آرامش و کاهش نگرانی‌ها با توکل بر خدا، این چنین احساس آرامش خود را بیان می‌کردند. در این میان باید اذعان کرد زمانی که زنان در رابطه با باورهای مذهبی خود صحبت می‌کردند، احساس آرامش در چهره آنان پدیدار بود. هر چند در مرور متون مطالعه‌ای که به طور اختصاصی به تجارب زنان در زمینه باورهای مذهبی پرداخته شد، اما رد پای باورهای مذهبی در مطالعات متعددی به چشم خورد، از جمله مطالعه‌ای که مشارکت‌کنندگان آن اذعان داشتند، باور مذهبی توان رو به رو شدن با بیماری سرطان را به آنان داده است و زنان از بیماری به عنوان مشیت الهی نام برده بودند که پذیرش بیماری را برای آنان هموار نموده بود (۳۰، ۳۱). حتی باور مذهبی، پذیرش شرایط زندگی را برای زنانی که با انواع خشونت‌های خانگی (فیزیکی، جنسی و مالی) مواجه بودند، قابل تحمل کرده بود (۳۲). از نتایج به دست آمده می‌توان استنباط کرد که اعمال و باورهای

year follow-up of the Komo-Ise cohort study. BMC Psychiatry 2011; 11: 20.

References

1. Ustun B, Jakob R. Re-defining "Health". Bulletin of the World Health Organization 2005.
2. Sharifi K, Anoosheh M, Foroughan M, Kazemnejad A. Middle-aged women's experiences on mental health promotion: a content analysis study. Feyz 2004; 18(1): 38-45 (Persian).
3. Tanaka H, Sasazawa Y, Suzuki S, Nakazawa M, Koyama H. Health status and lifestyle factors as predictors of depression in middle-aged and elderly Japanese adults: a seven-
4. Ahmadi B, Farzadi F, Dejman M, Vameghi M, Mohammadi F, et al. Farmehr Model: Iranian Women's Health Conceptual Framework. Hakim Res J 2014; 16(4): 337-348 (Persian).
5. Alyaemni A, Theobald S, Faragher B, Jehan K, Tolhurst R. Gender inequities in health: an exploratory qualitative study of Saudi women's perceptions. Women Health 2013; 53(7): 741-759.

6. Ribeiro PS, Jacobson KH, Mathers CD, Garcio-Moreno C. Priorities for woman's health from the Global Burden of disease study. *Int J Gynecol Obstet* 2008; 102(1): 82-90.
7. Chuni N, Sreeramareddy CT. Frequency of symptoms, determinants of severe symptoms, validity of and cut-off score for Menopause Rating Scale (MRS) as a screening tool: a cross-sectional survey among midlife Nepalese women. *BMC Women's Health* 2011; 11: 30.
8. Garg S, Sharma N, Sahay R. Socio-cultural aspects of menstruation in an urban slum in Delhi, India. *Reprod Health Matters* 2001; 9(17): 16-25.
9. Morrison LA, Brown DE, Sievert LL, Reza A, Rahberg N, Mills P, et al. Voices from the Hilo Women's Health Study: talking story about menopause. *Health Care Women Int* 2014; 35(5): 529-548.
10. Jamshidi Manesh M, Jouybary L, Peyrovi H, Sanagoo A. The ups and downs of sex life in menopausal stage: a qualitative study. *Qom Univ Med Sci J* 2009; 3(2): 1-6 (Persian).
11. Jamshidi Manesh M, Jouybary L, Peyrovi H, Sanagoo A. The ups and downs of sex life in menopausal stage: a qualitative study. *Qom Univ Med Sci J* 2009; 3(2): 1-6 (Persian).
12. Heidari F, Mohammad Khan Kermanshahi S, Vanaki Z, Kazem Nejad A. A Survey the effect of planned program of health promotion on stress management in middle-aged women. *Iran J Nurs Res* 2011; 6(22): 16-23 (Persian).
13. Lee RC, Fawcett J. The influence of the met paradigm of nursing on professional identity development among RN-BSN students. *Nurs Sci Q* 2013; 26(1): 96-98.
14. Majaj L, Nassar M, De Allegri M. It's not easy to acknowledge that I'm ill: a qualitative investigation into the health seeking behavior of rural Palestinian women. *BMC Womens Health* 2013; 13: 26.
15. Vedadhir AA, Sadati H, Ahmadi B. A content analysis of Iranians scientific and academic health journals. *Women in Development and Politics* 2008; 6(2): 133-155 (Persian).
16. Seyedfatemi N, Salsali M, Rezaee N, Rahnavard Z. Women's Health Concept: A Meta-Synthesis Study. *Iranian J Publ Health* 2014; 43(10): 1335-1344.
17. Hayes Constant TK, Winkler JL, Bishop A, Taboada Palomino LG. Perilous Uncertainty: Situating Women's Breast-Health Seeking in Northern Peru. *Qual Health Res* 2014; 24(6): 811-823.
18. Khazae-Pool M, Montazeri A, Majlessi F, Rahimi Froushani A, Nedjat S, Shojaeizadeh D. Breast cancer-preventive behaviors: exploring Iranian women's experiences. *BMC Women's Health* 2014; 14(1): 41.
19. Paluck EC, Allerdings M, Kealy K, Dorgan H. Health promotion needs of women living in rural areas: an exploratory study. *Can J Rural Med* 2006; 11(2): 111-116.
20. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-115.
21. Lamyian M, Heidarnia AR, Ahmadi F, Faghizadeh S, AguilarVafaie M. Women's prospect of breast cancer early detection behavior: a qualitative research. *J Birjand Univ Med Sci* 2008; 15(3): 88-102 (Persian).
22. Ghazanfari Z, Niknami S, Ghofranipour F, Larijani B. Regular physical activity from perspective of females with diabetes: A qualitative study. *Ofoh-e-Danesh* 2009; 15(1): 5-14 (Persian).
23. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A. Effective Factors on exercise behavior of Female Workers: A Qualitative Approach based On Integrated Model of Planned Behavior

- and Self-efficacy. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty* 2010; 24(4): 255-267 (Persian).
24. Rico AM, Iriart JA. Where there's a woman, there's a Pap smear: the meanings assigned to cervical cancer prevention among women in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9): 1763-1773.
25. Jang H, Koo FK, Ke L, Clemson L, Cant R, Fraser DR, et al. Culture and sun exposure in immigrant East Asian women living in Australia. *Women Health* 2013; 53(5): 504-518.
26. Aghamohammadi-Kalkhoran M, Valizadeh S, Mohammadi E, Ebrahimi H, Karimollahi M. Health according to the experiences of Iranian women with diabetes: A phenomenological study. *Nurs Health Sci* 2012; 14(3): 285-291.
27. FasihiHarandy T, Anoosheh M, Ghofranipour F, Montazeri A, Ahmadi F, Mohammadi E, et al. Health-related quality of life in Iranian breast cancer survivors: a qualitative study. *Payesh* 2012; 11(1): 73-81 (Persian).
28. Gurm BK, Stephan J, Mackenzie G, Doll R, Barroetavena MC, Cadell S. Understanding Canadian Punjabi-speaking South Asian woman's experience of breast cancer: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(2): 266-276.
29. Hammarström A, Wiklund AF, Lindahl B, Larsson C, Ahlgren C. Experiences of barriers and facilitators to weight-loss in a diet intervention a qualitative study of women in northern Sweden. *BMC Women's Health* 2014; 14: 59.
30. Taleghani F, Parsa-yekta Z, Nikbakht Nasrabadi A. Coping with breast cancer in newly diagnosed women: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2006; 12(3): 282-288 (Persian).
31. Cebeci F, Yangın HB, Tekeli A. Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* 2012; 16(4): 406-412.
32. Paranjape A, Tucker A, Mackenzie-Mack L, Thompson N, Kaslow N. Family violence and associated help-seeking behavior among older African American woman. *Patient Edu Couns* 2007; 68(2): 167-172.