ORIGINAL ARTICLE

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

Nasrin Rezaee[1],
Naimeh Seyedfatemi[2],
Alireza Salar[1],
Fereshteh Ghaljaei[3]

[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

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(140): 175-186 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۰ شهریور سال ۱۳۹۵ (۱۸۶-۱۷۵)

تبیین 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 تبیین درک زنان میانسال از رفتارهای جستجوگر سلامت انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه با رویکرد کیفی و به شیوه تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشارکت‌کنندگان، 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/ سهل‌انگارانه، "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 آرامش دهنده 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، ازحقوق اولیه انسانی است. در پذیرفته‌شده‌ترین تعریف سلامت که تعریف سازمان جهانی بهداشت است، سلامت حالت رفاه و آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است و فقط فقدان

مولف مسئول: نسرین رضایی– زاهدان:دانشکده پرستاری و مامایی E-mail: nasrin_rezaee2005@yahoo.com
۱. استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲. استاد، مرکز تحقیقات مراقبت های 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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 هم‌چون ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جامعه نیز قرار دارد(۵،۴). دیدگاه‌ها، نگرش‌ها، رفتارها و نقش‌های زنان بر تمامی زندگی آنان یعنی نیازها و فرصت‌ها و دسترسی آن‌ها 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 آن‌ها دارد. لذا توجه به مسائل مربوط به سلامت زنان در طول چرخه زندگی آنان، حائز اهمیت است(۷-۵)، به عنوان نمونه، در مطالعه‌ای از قاعدگی که فرایندی فیزیولوژیک است، به عنوان تابو نام برده شد که از نظر اجتماعی- فرهنگی محدودیت خاصی را برای زنان ایجادکرده بود(۸). در مطالعه دیگری، زنان از یائسگی به عنوان دوره آزادی یاد کرده بودند(۹). این درحالی است که زنان درکشورهای ایران و ترکیه سعی در کتمان یائسگی داشتند و آن را به عنوان پایان زنانگی و جوانی مطرح کرده بودند(۱۱،۱۰). یکی از دوران‌های زندگی زنان، دوره میانسالی است. میانسالی درمحدوده سنی۶۵-۴۰ 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 توانایی‌های روانشناختی و جسمی فرد است، آمادگی لازم را نخواهد داشت(۱۲). بنابراین میانسالی می‌تواند اوج زندگی افراد باشد، مشروط بر این که سلامت در تمامی ابعاد آن مورد توجه قرار گیرد.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۰)، نیز سلامت را مهم‌ترین شاخص توسعه یافتگی کشورها اعلام کرده است. ازطرفی، یکی از بزرگ‌ترین مسئولیت‌های پرستاران، ارتقای سلامت افراد جامعه است. مفهوم سلامت، یکی از متاپارادایم‌های 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 کمک‌کنند، باید بتوانند شرایط آن‌ها را درک‌کنند. در راستای شکل‌گیری رفتارهای سلامت، انجمن تشخیص‌های 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 می‌برد، برای ارتقای سلامت خود به شیوه‌ای تلاش می‌کند تا تغییر در رفتارهای خود یا محیط ایجاد نماید. یافته‌ها نیز نشان داده‌اند در بروز این رفتارها عواملی هم‌چون نقش اجتماعی- فرهنگی جنسیت، باورهای سلامت و درک از نیازهای سلامت، دخالت دارند(۱۴). در این راستا، نتایج مطالعه‌ای که به طور نظام‌مند مقالات چاپ شده در کشور را مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد علی‌رغم این که، سلامت زنان از اولویت‌های نظام سلامت کشور است، ولی ۴۰ درصد موضوعات مرتبط با سلامت آنان مورد توجه قرار نگرفته‌اند. به علاوه، بیش‌تر مطالعات به موضوعات مراقبتی هم‌چون مراقبت‌های دوران بارداری، سوء تغذیه و سرطان‌های زنان پرداخته‌اند. این در حالی است که حق زنان ازسلامت چیزی وسیع‌تر از حق دسترسی آنان به سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است(۱۵). مرور نظام‌مند مطالعات کیفی انجام شده در خصوص سلامت زنان در داخل کشور نیز نشان داد، هر چند درباره سلامت آنان مطالعات کیفی اندک و نسبتاً پراکنده‌ای انجام شده است، اما دریک نگاه کلی، رفتارهای جستجوگر سلامت زنان که می‌تواند به ما در برنامه‌ریزی حوزه سلامت آنان کمک کند، در کشور شناسایی نشده است. نتایج این مرور نظام‌مند نشان داد در جهت حفظ و ارتقای سلامت زنان باید به شناسایی ابعاد سلامت از دیدگاه خود آنان پرداخت(۱۶). در هرحال برای کاربردی شدن پژوهش‌ها در حوزه سلامت نیاز به شناخت عمیق‌تری از موضوع است و این میسر نمی‌شود مگر با بهره‌گیری از دیدگاه طبیعت گرایانه، ارتباط نزدیکی با ذینفعان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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 درخصوص 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 باز دارنده 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 روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است که با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. این روش یکی از رویکردهای تحقیق‌کیفی است و ازجمله روش‌های تحلیل داده‌های کیفی نیز می باشد. 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).

دراین پژوهش مشارکت‌کنندگان به‌روش 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 ۶۵-۴۰ 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 طبیعیِ 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 یا "در این رابطه بیش‌تر توضیح دهید؟" ادامه می‌یافت. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵-۳۰ 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. بدین‌ترتیب 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

کدهایی که از نظر مشارکت‌کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح گردید. هم‌چنین متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات توسط دو نفر از اعضای هیت علمی که هم به تحقیق کیفی آشنایی داشتند و هم در حوزه سلامت صاحب نظر بودند، مورد بازنگری قرار گرفت. انتخاب مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل وشغل سبب شد که اعتبار داده‌ها افزایش یابد. اصول اخلاقی رعایت شده توسط پژوهشگران در مطالعه عبارت از گرفتن رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان بعد از بیان هدف از مطالعه، دادن حق کناره‌گیری به آنان از ادامه همکاری در هر زمان دلخواه، حفظ بی‌نامی و محرمانه نگهداشتن اطلاعات و ارائه نتایج به مشارکت‌کنندگان 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

یافته‌ها

چهار طبقه و هشت زیر طبقه از مجموع ۳۲۵ کد اولیه استخراج شدند. یافته‌ها نشان داد رفتارهای جستجوگر سلامت در برگیرنده چهار طبقه اصلی "وضعیت دانش سلامت"، "درک از سلامت و بیماری"، "کنترل رفتار درک شده " و "توسل به رفتارهای آرامش‌دهنده" 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 شکل‌گیری 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/ سهل‌انگارانه" توجه به وضعیت سلامت، تغذیه، فعالیت فیزیکی و بی‌توجهی به وضعیت سلامت را در بر می‌گرفت. تجارب مشارکت‌کنندگان در خصوص رفتارهای سلامت، تحت تاثیر دانش و آگاهی آن‌ها از جنبه‌های مختلف سلامت قرار داشت، هر چند در این میان بی‌توجهی به سلامت نیز در بین آنان مشهود بود. نمونه‌ای از نقل قول مشارکت‌کنندگان در خصوص وضعیت دانش سلامت آنان در مواجه با بروز مشکل جسمانی در اینجا ارائه می‌گردد. "... یکی از عوامل ایجاد یبوست در من استرسه، هر چی داروی ملین یا داروهای سنتی استفاده می‌کردم، فایده‌ای نداشت، تا زمانی که اون استرس در وجودم بود، مشکل یبوست من برطرف نمی‌شد، ولی حدود چهار- پنج سال است که فهمیدم یبوستم به دلیل این عامل هست. حالا سعی می‌کنم هیچ استرسی نداشته باشم... " (مشارکت کننده ۱).

آگاهی از تهدیدات سلامت جسمی و روانی نیز بر شکل گیری رفتارهای سلامت زنان مشارکت‌کننده 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 نمونه‌ای از روایات زنان میانسال در خصوص آگاهی از وضعیت سلامت آنان ارائه می‌گردد. "... این کاملاً برای من مشخص هست؛ سال به سال سلامتی من افت می‌کند. من از ۳۰ سالگی به بعد فکر می‌کنم که سلامتیم از قبل تغییر کرده، وضعیت جسمی روانیم و حافظم مثل قبل نیست. افت را من هر سال در خودم احساس می‌کنم ...." (مشارکت‌کننده ۱۶).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول شماره ۲:طبقات و زیر طبقات رفتارهای جستجوگر سلامت

طبقات	زیر طبقات	کدهای هدایت کننده
وضعیت دانش سلامت	آگاهی از تهدیدات سلامت	آگاه بودن به علت مشکلات جسمانی
		آگاه به علائم تشدید کننده بیماری مزمن
		آگاه بودن به مشکلات جسمی مرتبط با افزایش سن
		آگاهی داشتن به دغدغه های دوره میانسالی
		آگاه بودن به علائم بیماری
	آگاهی از رفتارهای پیشگیرانه/ سهل انگارانه	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 رژیم غذایی متناسب با سن
		انجام فعالیت ورزشی برای حفظ سلامتی
		بی توجهی به مشکلات جسمی علی رغم داشتن آگاهی
		بی توجهی به سلامت به دلیل کمبود وقت
		کاهلی در درمان
		بی توجهی به ادامه درمان
	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 سلامت و 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 دوره ای
		تعامل با دیگران عامل آرامش
		رفت و آمد کردن
		باز خورد دیگران عامل تغییر
		تعامل با دیگران راه به دست آوردن آرامش
		کاهش استرس با درددل کردن
توسل 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 تکنیکی 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 قران 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 مکان های 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 مجموعه ای 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 می دهد."... من مطالب روانشناسی را دوست دارم، اگر اضطراب داشته باشم که می‌تونه تمرکزم 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...." (مشارکت‌کننده ۱۲).

بی‌توجهی به امر سلامت با وجود آگاهی به‌رفتارهای 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 مشارکت‌کنندگان 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، ... (مشارکت‌کننده ۵).

ب-درک از سلامت و بیماری: درکی که زنان از وضعیت سلامت و بیماریِ 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، مشارکت‌کننده‌ای 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 ساییدگی‌ها و آرتروزها پیش بیاد ولی از لحاظ روانی،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

واجب تره که آدم سالم باشد، فکر خیلی چیزهایی را که مهم نیستند نباید بکنه، نباید حرص بخوره و به خاطر چیزهای بی اهمیت 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 هدایت کنندگی 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 رو طی 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..." (مشارکت‌کننده 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 تاثیرات آرام‌بخشی رفتارهای تعاملی خود با دیگران، چنین بیان داشت:"با این شرایط سنی من و دوستام، تقریباً سالی یک بار اتفاق می‌افته که با دوستام مسافرت بروم. وقتی اون‌ها رو می‌بینم، استرسم کم می شه ... چون دوستای خوبی دارم، بودن کنار دوستام برای من لذت بخش است ..." (مشارکت کننده ۱۲).

گفتار یکی از مشارکت‌کنندگان در خصوص تاثیرات 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 دوستام خیلی راحتم ..." (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..." (مشارکت‌کننده ۱).

در مورد تاثیرات آرام‌بخشی اعمال مذهبی، یکی از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار نظر نمود: "من در حد معقول رابطم با خدا خوبه، حالا که سنم رفته بالا، امکان نداره نماز صبح من قضا بشه، حالا من روزم 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 سهل انگارانه‌ای در جهت حفظ و ارتقا سلامت برای آنان شده بود. علاوه بر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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 دانش‌سلامت آنان بداند، یافت نشد؛ در عین حال، برخی مطالعات به‌طور 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 ناکار آمد 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 مشارکت‌کنندگان آن زنان برزیلی 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). درهرحال، 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(۲۷،۲۶). در حالی‌که در مطالعه حاضر، درک از سلامت و بیماری در شرایطی اتفاق افتاده بود که زنان مشکل جدی جسمی و روانی نداشتند. مشارکت‌کنندگان 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،۲۵). در هر حال نتایج نشان دادند درک فرد از سلامت و بیماری می‌تواند منجر به رفتارهایی شود که در سلامت او نقش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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 این‌که 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 بهره مند 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 خود مدیریتی، 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(۳۰،۲۳). 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(۲۶،۲). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد تعامل زنان با افرادی مثل دوستان یا به عبارتی افراد هم تیپ و همکاران، آرامش روانی برای آنان در پی‌داشته است. بنابراین آن چه استنباط می‌شود این است که زنان حتی رفتارهای تعاملی خود را در جهتی سوق می دهند تا بتوانند از فواید آن در امر سلامت بهره‌مند شوند.

رفتارهای آرامش دهنده 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 تسلی بخش 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 مشارکت‌کنندگان 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 می توان 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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 بپردازد، مشاهده نشد، 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(۳۱،۳۰). 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 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 این‌گونه 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 می‌نماییم. این طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با شماره ir.zaums.rec.1395.20 مورد تایید قرار گرفته است.

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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. Khazaee-Pool M, Montazeri A, Majlessi F, Rahimi Foroushani 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, Faghihzadeh 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. Ofogh-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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

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 experinces of Iranian women with diabeties: A phenomenologyical 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, Makenzie-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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]