

تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی زنان سنین یائسگی مراجعه کننده به درمانگاه مطهری شیراز (سال ۱۳۸۳)

صدیقه فروهری^۱ - مژگان صفری راد^۲ - دکتر مرضیه معطری^۳ - دکتر میترا محیط^۴ - هاله قائم^۵

چکیده

زمینه و هدف: یکی از بحرانی‌ترین مراحل زندگی زنان، دوران یائسگی و یکی از اهداف بهداشت برای همه در قرن ۲۱، بهبود کیفیت زندگی است. در مورد زنان یائسه اغلب واژه کیفیت زندگی به مفهوم وجود علائم یائسگی مانند گرگرفتگی، تعریق شبانه و خشکی واژن اطلاق می‌شود. پژوهش حاضر با توجه به اهمیت ارتقای سطح سلامت و بهبود زندگی در دوران یائسگی و به منظور بررسی تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی زنان یائسه انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه نیمه تجربی، تعداد ۶۲ زن ۴۴-۵۵ سال مراجعه کننده به درمانگاه مطهری شیراز به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند و به روش تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد (هر گروه ۳۱ نفر) قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه تغییر یافته هیلدیچ و همکاران در زمینه کیفیت زندگی در دوران یائسگی بود. قبل و سه ماه پس از اجرای مداخله آموزشی (به روش بحث گروهی) کیفیت زندگی نمونه‌ها (در ابعاد واروموتور، روانی-اجتماعی، جسمی و جنسی) بررسی شد. داده‌ها با استفاده از روشهای آماری آزمون تی مستقل، تی زوجی و تکنیک لیکرت برای امتیازدهی و محاسبه ابعاد کیفیت زندگی، در سطح معنی داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: قبل از اجرای مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمایش $81/7 \pm 6/4$ و در گروه شاهد $74/8 \pm 1/8$ بود که سه ماه پس از مداخله به ترتیب به $75/3 \pm 6/7$ و $75/8 \pm 1/4$ تغییر یافت. آزمون آماری نشان دهنده بهبود نمره کیفیت زندگی در گروه آزمایش بود ($P = 0/001$). مقایسه تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی سه ماه بعد از مداخله و قبل از آن بین گروه آزمایش و گروه شاهد تفاوت آماری معنی دار نشان داد ($P = 0/001$).

نتیجه گیری: در این تحقیق چهار بعد کیفیت زندگی پس از آموزش به طور معنی داری تغییر یافت و آموزش با کاهش مشکلات زنان یائسه و تخفیف شدت آن، موجب بهبود کیفیت زندگی شد؛ بنابراین توجه به ضرورت طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب جهت ارتقای کیفیت زندگی این قشر از جامعه و تأثیر این قبیل برنامه‌ها مشخص می‌گردد. ارائه آموزش مناسب به زنان یائسه موجب بهبود کیفیت زندگی آنان و ارتقای سطح سلامت زنان می‌شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش؛ کیفیت زندگی؛ یائسگی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۶؛ شماره ۱؛ بهار ۱۳۸۸)

دریافت: ۱۳۸۶/۰۵/۱۲ اصلاح نهایی: ۱۳۸۷/۰۸/۱۲ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۸/۲۱

^۱ نویسنده مسؤول؛ کارشناس ارشد مامایی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز

آدرس: شیراز- میدان نمازی- دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)

تلفن ۰۷۱۱-۶۴۷۴۲۵۰ نمابر: ۰۷۱۱-۶۴۷۴۲۵۲ پست الکترونیکی: forouharism@yahoo.com

^۲ کارشناس ارشد مامایی

^۳ دکترای پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز

^۴ متخصص بیماریهای زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۵ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

زنان از مهم ترین ارکان جامعه و خانواده بوده و سلامت اجتماع در گرو تامین نیازهای مختلف آنان است، در حالی که یکی از بحرانی ترین مراحل زندگی زنان، یائسگی می باشد (۱). تعیین سن یائسگی تا حدودی دشوار بوده و بر اساس تخمین حاصل از مطالعات مقطعی، متوسط آن حدود ۵۰ تا ۵۲ سالگی است (۲). با وجود افزایش امید به زندگی، سن شروع یائسگی یا قطع قاعدگی تغییر نکرده و زنان حدود ۳۰ سال یا بیشتر (بیش از یک سوم) عمر خود را در یائسگی و یا حوالی یائسگی می گذرانند (۳). از نظر ساختار جمعیتی، بیشتر از ۵۰٪ جمعیت کشور ایران زیر ۲۳ سال و در حدود ۶/۶٪ جمعیت، سالمند بوده و تعداد افراد این قشر در حال فزونی است؛ بنابراین هم مشکل کشورهای جهان سوم (از نظر جوان بودن جمعیت) و هم مشکلات ناشی از رشد جمعیت سالمندان وجود دارد (۴). به نظر می رسد تعداد علائم یائسگی بی شمار است اما خوشبختانه هیچ کس همه آنها را تجربه نکرده، بعضی از زنان اصلاً علائم آشکاری ندارند. با وجود این تخمین زده می شود حدود ۷۵٪ زنان پس از یائسگی علائم حادّی را تجربه می کنند (۵، ۶). مهم ترین چیزی که یک پزشک می تواند حول و حوش یائسگی ارائه کند، آموزشی است که زنان به آن نیازمندند و میل دارند از انتخاب های درمانی آگاه شوند. هدف کلی، طولانی کردن دوره ای است که فرد حداکثر انرژی جسمی و فعالیت بهینه مغزی و اجتماعی را دارد (۲). یکی از اهداف بهداشت برای همه در قرن ۲۱، بهبود کیفیت زندگی است (۷). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی "کیفیت زندگی" عبارت است از تصوّر افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم های ارزشی که در آن به سر می برند، با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی هایشان (۸). در مورد زنان یائسه، کیفیت زندگی معمولاً به جنبه های مرتبط با سلامتی در کیفیت زندگی با توجه به مجموعه ای از علائم و بدون در نظر گرفتن عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی اشاره دارد؛ بنابراین اغلب

اصطلاح "کیفیت زندگی" به سادگی به مفهوم وجود علائم یائسگی مانند گرگرفتگی، تعریق شبانه، و خشکی واژن می باشد. مطمئناً وجود این علائم بر کیفیت زندگی زنان مؤثر است؛ ضمن آن که توجه هم زمان به سایر جنبه های کیفیت زندگی مانند وضعیت سلامتی فرد، رضایت مندی از زندگی و عملکرد روانی نیز حائز اهمیت می باشد (۹). پژوهش حاضر با توجه به اهمیت ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی انجام شد و تأثیر آموزش را بر کیفیت زندگی زنان یائسه مورد بررسی قرار داده است.

روش تحقیق

در این مطالعه نیمه تجربی، تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی زنان یائسه مراجعه کننده به درمانگاه مطهری شیراز مورد بررسی قرار گرفت. حجم نمونه پس از انجام یک مطالعه راهنما (با استفاده از فرمول مقایسه دو میانگین و قدرت ۹۵٪ و سطح معنی دار $P < 0.05$) ۶۲ نفر تعیین شد؛ بنابراین ۶۲ نفر از زنان ۴۴-۵۵ ساله مراجعه کننده به درمانگاه مذکور به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند و به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد (هر گروه، ۳۱ نفر) قرار گرفتند. تخصیص تصادفی افراد به این نحو بوده که با توجه به تعداد نمونه ۳۱ کارت A و ۳۱ کارت B به ترتیب جهت گروه مورد و شاهد تهیه شده و در یک جعبه قرار داده شد؛ سپس توسط افراد واجد شرایط از بین آنها به صورت تصادفی انتخاب صورت گرفت. همه نمونه ها متأهل و ساکن شهر شیراز، ۴۴-۵۵ ساله، دارای علامت گرگرفتگی و فشار خون طبیعی بودند. هیچ یک از آنان داروی خاصی مصرف نکرده و از شش ماه قبل از انجام پژوهش، هورمون درمانی نداشتند. نمرات کیفیت زندگی زنان در گروه آزمایش و شاهد در دو مرحله (قبل و سه ماه بعد از مداخله آموزشی) مقایسه گردید و نیز تغییرات هر گروه نسبت قبل از مداخله ارزیابی شد. به منظور جمع آوری داده ها، پرسشنامه ۲۹ سؤالی کیفیت زندگی مخصوص دوران یائسگی طراحی شده توسط هیلدلیچ

جلسه ششم: آشنایی با آرام‌سازی عضلانی و تأثیر آن بر عوارض دوران یائسگی

بعد از پایان هر جلسه آموزشی، مباحث آموزشی همان جلسه به صورت خلاصه و در پایان برنامه آموزشی، دفترچه آموزشی و نوار مخصوص آرامش عضلانی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. برای افراد گروه شاهد هیچ مداخله‌ای انجام نشد و آزمون مجدد سه ماه پس از اجرای برنامه آموزشی در دو گروه آزمایش و شاهد انجام شد؛ سپس برای گروه شاهد نیز کلاس‌های آموزشی به روش فوق اجرا گردید.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی و آزمون کای دو در سطح معنی داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش، در گروه آزمایش ۳۵/۵٪ افراد در گروه سنی ۴۴-۴۹ و ۶۴/۵٪ در گروه سنی ۵۰-۵۵ سال و در گروه شاهد ۳۸/۷٪ در گروه سنی ۴۴-۴۹ و ۶۱/۳٪ در گروه سنی ۵۰-۵۵ سال قرار داشتند؛ این تفاوت از نظر آماری معنی‌داری نبود ($P = 0/97$). بر اساس نتایج آزمون کای دو، از نظر وضعیت یائسگی، بین دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P = 0/3$) (جدول ۱). بیشتر نمونه‌ها دارای تحصیلات ابتدایی بودند (در گروه آزمایش ۴۱/۹٪ و در گروه شاهد ۴۱/۹٪). در کل تفاوت آماری معنی‌داری بین سطح تحصیلات در دو گروه مشاهده نشد ($P = 0/76$).

جدول ۱- مقایسه فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش برحسب وضعیت یائسگی

گروه	وضعیت یائسگی		یائسه		غیر یائسه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آزمایش	۱۶	۵۱/۶	۱۵	۴۸/۴		
شاهد	۲۰	۶۴/۵	۱۱	۳۵/۵		
$P = 0/3$						

و همکاران در دانشگاه تورنتو کانادا (۱۰)، با توجه به انجام آزمون‌های روان‌سنجی توسط آراین و همکاران در سال ۱۳۸۰ (۱۱) و نیز نظر اساتید تغییر داده شد و تعداد سؤالات پرسشنامه به ۲۶ مورد رسید (بعد وازوموتور ۲ سؤال، بعد روحی- اجتماعی ۶ سؤال، بعد جسمی ۱۶ سؤال، بعد جنسی ۲ سؤال).

در پرسشنامه اصلی شیوه نمره‌دهی به صورت ۸ امتیازی (به شیوه لیکرت) بود که با توجه به سطح سواد نمونه‌ها و عدم توانایی تفکیک دقیق امتیازات توسط آنان، به ۶ امتیاز تقلیل یافت (امتیاز ۱: هیچ مشکلی ندارد. امتیاز ۲: مشکل دارد و برای بیمار کمی ناراحتی ایجاد می‌کند. امتیاز ۳: مشکل دارد و برای بیمار ناراحتی نسبتاً کمی ایجاد می‌کند. امتیاز ۴: مشکل دارد و برای بیمار ناراحتی نسبتاً زیادی ایجاد می‌کند. امتیاز ۵: مشکل دارد و برای بیمار ناراحتی زیادی ایجاد می‌کند. امتیاز ۶: مشکل دارد و برای بیمار ناراحتی خیلی زیادی ایجاد می‌کند). بنابراین امتیاز هر یک از نمونه‌ها بین حداقل ۲۶ و حداکثر ۱۵۶ نمره بود. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات مترجمان زبان و اساتید مربوطه و پایایی آن نیز در مطالعه راهنما و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۸۵٪) تعیین و تأیید شد و پژوهشگر به روش مصاحبه اقدام به تکمیل آن نمود.

پس از بررسی و تعیین نیازهای آموزشی، مداخله آموزشی در قالب شش جلسه به صورت هفتگی (هر جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه و به روش بحث گروهی بین گروه‌های ۸ نفره) برای گروه آزمایش اجرا گردید.

عناوین جلسات آموزشی به شرح زیر بود (۲، ۱):

جلسه اول: آشنایی با دستگاه تناسلی، تعریف یائسگی

جلسه دوم: علائم و عوارض دوران یائسگی

جلسه سوم: راههای پیشگیری از عوارض دوران یائسگی

جلسه چهارم: راههای پیشگیری از عوارض دوران

یائسگی

جلسه پنجم: ورزش و تأثیر آن بر عوارض دوران یائسگی

نمونه‌ها (سن، تحصیلات، وضعیت یائسگی) تفاوت آماری معنی داری بین گروه آزمایش و شاهد نشان نداد؛ به عبارت دیگر دو گروه آزمایش و شاهد از نظر عوامل مذکور که هر یک به گونه‌ای می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد، اختلاف نداشته و با اطمینان بیشتری می‌توان تغییرات ایجاد شده در سطح کیفیت زندگی گروه آزمایش را ناشی از مداخله انجام شده در پژوهش دانست. طبق مطالعه Chedraui و همکاران در اکوادور (۲۰۰۷) در این کشور کیفیت زندگی زنان یائسه با سن ارتباط داشت؛ به نحوی که نمره کیفیت زندگی در زنان جوان تر کمتر بود (با توجه به بالاتر بودن نمره بعد وازوموتور) (۷). در مطالعه Blumel و همکاران در آمریکا (۲۰۰۰) نیز رابطه فوق تأیید شد؛ همچنین نمره کیفیت زندگی در افراد با سطح تحصیلات پایین تر، کمتر بود (۹).

با توجه به اطلاعات پژوهش حاضر مبنی بر سطح تحصیلات پایین نمونه‌ها و عدم دسترسی به منابع اطلاعاتی مناسب، لزوم توجه به طراحی برنامه‌های آموزشی مشخص می‌گردد. در بررسی بعد وازوموتور، در گروه آزمایش نمره سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تفاوت آماری معنی دار داشت و در مقایسه تفاوت میانگین نمره بعد وازوموتور سه ماه

در گروه آزمایش قبل از مداخله، میانگین نمره کیفیت زندگی 81.7 ± 6.4 بود که پس از مداخله به 75.3 ± 6.7 کاهش یافت؛ این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P=0.001$). در گروه شاهد میانگین نمره فوق قبل و بعد از مداخله به ترتیب 74.8 ± 1.8 و 75.8 ± 1.4 بوده و تفاوت آماری معنی دار در جهت عکس دیده شد ($P=0.001$).

در گروه آزمایش، میانگین نمره چهار بعد وازوموتور، روحی-اجتماعی، جسمی و جنسی سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن کاهش معنی داری نشان داد اما در گروه شاهد این اختلاف در جهت عکس بود (جدول ۲). مقایسه میانگین تغییرات نمره کیفیت زندگی سه ماه بعد از مداخله و قبل از آن بین دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت آماری معنی داری نشان داد ($P=0.001$). میانگین تغییرات نمره‌های ابعاد وازوموتور، روحی-اجتماعی، جسمی و جنسی سه ماه بعد از مداخله و قبل از آن نیز بین گروه آزمایش و شاهد مقایسه گردید و در همه موارد تفاوت آماری معنی دار وجود داشت (جدول ۲).

بحث

یافته‌های پژوهش در زمینه ویژگی‌های جمعیت شناختی

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره‌های کیفیت زندگی و ابعاد مورد نظر در زنان مورد مطالعه

قبل و سه ماه بعد از مداخله در گروه‌های مورد پژوهش

بعد مورد نظر	گروه	تعداد	میانگین قبل از مداخله	میانگین سه ماه بعد از مداخله	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی داری *	سطح معنی داری **
وازوموتور	آزمایش شاهد	۳۱ ۳۱	75.3 ± 2.1 77.8 ± 1.2	57.2 ± 3.1 81.8 ± 1.4	-23.2 ± 2.6 1 ± 1.3	۰/۰۰۴ ۰/۰۰۴	۰/۰۰۱
روحی-اجتماعی	آزمایش شاهد	۳۱ ۳۱	19.6 ± 2.2 20.2 ± 1.2	15.4 ± 4.2 21.1 ± 2.6	-4.4 ± 3.2 0.9 ± 1.9	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
جسمی	آزمایش شاهد	۳۱ ۳۱	47.3 ± 5 40.3 ± 1.9	44.4 ± 2.1 41.2 ± 0.7	-2.6 ± 2.8 0.9 ± 1.3	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
جنسی	آزمایش شاهد	۳۱ ۳۱	7.5 ± 2.3 6.3 ± 0.9	4.7 ± 1.1 7.1 ± 1.3	-2.8 ± 1.7 0.8 ± 1.1	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	آزمایش شاهد	۳۱ ۳۱	81.7 ± 6.4 74.8 ± 1.8	75.3 ± 6.7 75.8 ± 1.4	-6.4 ± 6.4 1 ± 1.4	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

** مربوط به مقایسه میانگین تغییرات نمره قبل و بعد از مداخله بین گروه آزمایش و شاهد

* مربوط به مقایسه میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله در گروه‌های آزمایش و شاهد

بعد از مداخله و پیش از آن بین گروه آزمایش و گروه شاهد نیز تفاوت آماری معنی دار وجود داشت؛ بنابراین می توان گفت که مداخله آموزشی، موجب بهبود بعد وازوموتور در گروه آزمایش شده است. یافته فوق نتایج تحقیق آرین و همکاران (۱۳۸۰) را رد می کند. شاید بتوان تفاوت نتایج دو تحقیق را به تفاوت گروه های هدف و نیز محتوا و شیوه آموزشی آنان نسبت داد (استفاده از روش های یادگیری فعال از جمله بحث گروهی و نیز آموزش روش های آرام سازی در پژوهش حاضر)؛ همچنین یافته فوق نتایج مطالعه Booth-Laforce و همکاران را در آمریکا (۲۰۰۷) مبنی بر کاهش گریزگویی متعاقب انجام تمرینات یوگا تأیید می کند (۱۲).

در گروه آزمایش در نمره بعد روحی- اجتماعی سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تفاوت آماری معنی داری در جهت بهبود وجود داشت؛ در حالی که در گروه شاهد این تفاوت در جهت عکس دیده شد؛ همچنین مقایسه تفاوت میانگین نمره بعد روحی- اجتماعی سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن نشان دهنده تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه آزمایش و شاهد بود؛ بنابراین مداخله آموزشی، باعث بهبود بعد روحی- اجتماعی گروه آزمایش شد. یافته فوق نتایج مطالعه Elavsky و McAuley را در آمریکا (۲۰۰۵) مبنی بر بهبود اغلب علائم روانی در زنان یائسه متعاقب فعالیت جسمی بیشتر، تأیید می کند (۱۳). در گروه آزمایش، سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تغییرات آماری معنی داری در بعد جسمی دیده شد؛ همچنین مقایسه تفاوت میانگین نمره بعد جسمی سه ماه بعد از مداخله و قبل از آن بین گروه آزمایش و گروه شاهد تفاوت آماری معنی داری نشان داد. این یافته مؤید نتیجه مطالعه آرین و همکاران (۱۳۸۰) می باشد که آموزش زنان یائسه موجب بهبود بعد جسمی شده بود (۱۱). در گروه آزمایش در نمره بعد جنسی سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تفاوت آماری معنی دار در جهت بهبود وضعیت نمونه ها وجود داشت. مقایسه تفاوت میانگین نمره بعد جنسی سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن نیز نشان دهنده

تفاوت آماری معنی دار بین گروه آزمایش و گروه شاهد بود. در مطالعه Spira Evio و همکاران در فنلاند (۲۰۰۵) نیز استفاده از درمان جایگزینی هورمونی در زنان یائسه موجب بهبود جنبه هایی از کیفیت زندگی از قبیل فعالیت های معمول روزانه و فعالیت جنسی گردید (۱۴). یافته تحقیق حاضر مطالعه Osinowo در نیجریه (۲۰۰۳) را تأیید می کند که در آن ضرورت ایجاد حساسیت در زنان این کشور در مورد یائسگی و آموزش آنان در مورد بهبود "تصور از خود"، رضایت مندی زناشویی و جنسی مشخص شد (۱۵). در گروه آزمایش سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن تغییرات آماری معنی داری در کیفیت زندگی دیده شد؛ در حالی که در گروه شاهد تغییر آماری معنی دار در جهت عکس وجود داشت؛ همچنین دو گروه از نظر تفاوت میانگین نمره های کیفیت زندگی قبل از مداخله و سه ماه بعد از آن با هم تفاوت داشتند. این یافته نتایج تحقیق آرین و همکاران (۱۳۸۰) را تأیید می کند و نشان می دهد که آموزش باعث بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده و کیفیت زندگی در گروه شاهد با توجه به پیش رونده بودن عوارض دوران یائسگی، کاهش یافته است (۱۱). پژوهش حاضر هم چنین مؤید مطالعه Yeo در کشور کره (۲۰۰۴) است که تأثیر تأمین رضایت مندی زناشویی و اداره یائسگی را بر بهبود کیفیت زندگی زنان میانسال و لزوم اجرای برنامه های مداخله ای مناسب را در این راستا نشان می دهد (۱۶).

نتیجه گیری

در این تحقیق، چهار بعد کیفیت زندگی پس از آموزش به طور معنی داری تغییر کرد و آموزش توانست با کاهش مشکلات زنان یائسه و تخفیف شدت آن، موجب بهبود کیفیت زندگی گردد؛ بنابراین توجه به ضرورت طراحی و اجرای برنامه های آموزشی مناسب جهت ارتقای کیفیت زندگی این قشر از جامعه و تأثیر این قبیل برنامه ها مشخص می گردد.

منابع:

- 1- Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *J Am Med Assoc.* 2002; 288: 321-333.
- 2- Shaw RW, Soutte WP, Stanton SL. *Gynaecology*, 3rd ed. London, UK: Churchill Livingstone, 2005.
- 3- Musker KM. Life patterns of women transitioning through menopause: a new man research study. *Nurs Sci Q.* 2008; 21 (4): 330-342.
- 4- Mehryar AH, Ahmad-Nia S. Age-Structural Transition in Iran: Short and Long-term Consequences of Drastic Fertility Swings During the Final Decades of Twentieth Century, presented at the CICRED Seminar on "Age-Structural Transitions: Population Waves, Disordered Cohort Flows and the Demographic Bonus", Paris, 23-26 February 2004.
- 5- Jones NL, Judd HL. Menopause. In: Dechrney AH, Nathan L. *Current obstetrics & gynecology*. North American McGraw Hill Company; 2003. pp: 1018-41.
- 6- Freedman RR. Menopausal hot flashes. In: Lobo R, Kesey J. *Menopause biology and pathobiology*. New York, USA: Academic Press; 2000. pp: 215-25.
- 7- Chedraui P, Hidalgo L, Chavez D, Morocho N, Alvarado M, Huc A. Quality of life among postmenopausal Ecuadorian women participating in a metabolic syndrome screening program. *Maturitas.* 2007; 56 (1): 45-53.
- 8- Utian WH. Quality of life (QOL) in menopause. *Maturitas.* 2007; 57 (1): 100-102.
- 9- Blumel JE, Castelo- Branco C, Binfa L. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas.* 2000; 34 (1): 17-23.
- 10- Hilditch JR, Lewis J, Peter A, van Maris B, Ross A, Franssen E, et al. A Menopause-Specific Quality of Life questionnaire: development and psychometric properties, *Maturitas.* 1996; 24 (3): 161-175.
- 11- Arian S. The effect of educational program on menopausal women. [Dissertation] Iran. Tehran. Tarbiat Modarress University; 2001
- 12- Booth-Laforce C, Thurston R, Taylor M. A pilot study of a Hatha yoga treatment for menopausal symptoms. *Maturitas.* 2007; 57 (3): 286-295.
- 13- Elavsky S, Mc Auley E. Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas.* 2005; 52 (3-4): 374-385.
- 14- Evio S, Pekkarinen T, Sintonen H, Tiitinen A. The effect of hormone therapy on the health-related quality of life in elderly women. *Maturitas.* 2007; 56 (2): 122-128.
- 15- Osinowo HO. Psychological factors associated with perceived psychological health, perception of menopause and sexual satisfaction in menopausal women and controls. *West Afr J Med.* 2003; 22 (3): 225-231.
- 16- Yeo JH. Correlation study on management of menopause, marital satisfaction, and quality of life in middle-aged women. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2004; 34 (2): 261-269.

Title: The effect of education on quality of life in menopausal women referring to Shiraz Motahhari clinic in 2004

Authors: S. Forouhari¹, M. Safari Rad², M. Moattari³, M. Mohit⁴; H. Ghaem⁵

Abstract:

Background and Aim: Women are among the most important foundations of the family and society; and the health of the community depends to a large extent, on meeting the needs of this group. One of the most critical stages of women's lives is menopause and one of the aims of health for all in the 21st century is the improvement of the quality of life. In menopausal women, the term quality of life incorporates menopausal clinical signs such as hot flushes, night sweats, and vaginal mucosa dryness.

Materials and Methods: In this quasi-experimental study, 62 women aged 44-55 years referring to Motahhari clinic in Shiraz were selected through normal sampling, and were randomly divided into two equal case and control groups (31 in each). Data was collected by means of a modified Hildich et al questionnaire on quality of life during menopausal period. Prior to and 3 months after educational intervention (in the form of group discussion), quality of life of the subjects (vasomotor, psychosocial, physical and sexual aspects) were evaluated. The obtained data was analysed using statistical tests including independent T, and Likert transformed technique for grading; and measuring quality of life at the significant level.

Results: Prior to education, mean quality of life score in the case and control groups was 81.7 ± 6.4 and 74.8 ± 1.8 ; which changed to 75.3 ± 6.7 and 75.8 ± 1.4 respectively, three months after intervention. Statistical tests showed that the test group experienced a significant improvement in their quality of life ($P=0.001$). Comparison of the quality of life between the two groups before and three months after intervention revealed a significant difference between them ($P=0.001$).

Conclusion: The study showed that four aspects of quality of life significantly changed after education and the complications of menopausal women decreased in severity, which improved their living. Thus, implementing appropriate educational programs to promote the quality of life in menopausal women is necessary.

Key Words: Education; Menopause; Quality of life

¹ Corresponding Author; M.Sc in Midwifery, Instructor, Fatemeh (P.B.U.H.) College of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences. Shiraz, Iran. forouharism@yahoo.com

² M.Sc in Midwifery

³ PhD in Nursing, Instructor, Fatemeh (P.B.U.H.) College of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences. Shiraz, Iran

⁴ Gynecologist, Tehran University of Medical Sciences. Tehran -Iran

⁵ M.Sc in Epidemiology, Instructor, Shiraz University of Medical Sciences. Shiraz, Iran