

تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی فردی بر آگاهی، نگرش، عزت نفس، خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان یائسه

عیسی محمدی زیدی^۱ * امیر پاکپور حاجی آقا^۲ بنفشه محمدی زیدی^۳

چکیده

زمینه و هدف: یائسگی به عنوان یکی از مراحل بحرانی زندگی زنان که تأثیر به سزایی بر کیفیت زندگی آنان دارد، شناخته شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف ارزشیابی تأثیر مداخله آموزشی بر مبنای الگوی توانمندسازی فردی بر آگاهی، نگرش، عزت نفس، خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان یائسه طراحی و اجرا شد.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی ۱۰۰ زن تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۹۱ بر اساس نمونه گیری تصادفی در دو گروه تجربی و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک، پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ، پرسشنامه خودکارآمدی، پرسشنامه آگاهی و پرسشنامه اندازه‌گیری نگرش به همراه پرسشنامه ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی مخصوص دوران یائسگی بود. بر مبنای الگوی توانمندسازی فردی، برنامه آموزشی در گروه تجربی در قالب ۵ جلسه بحث گروهی به مدت ۶۰-۴۵ دقیقه اجرا شد. داده‌ها قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی گردآوری و وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ شد و با استفاده از آزمون‌های آماری تی زوجی و مستقل و کای اسکور تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بعد از آموزش، میانگین نمرات آگاهی (از $۸/۴۳ \pm ۳۸/۱۱$ به $۹/۲۳ \pm ۴۹/۱۴$)، نگرش (از $۴/۳۱ \pm ۱۴/۳۴$ به $۵/۵۴ \pm ۱۹/۳۲$)، عزت نفس از $۴/۴۷ \pm ۱۳/۸۲$ به $۵/۶۱ \pm ۱۷/۹۰$ و خودکارآمدی (از $۵/۴۳ \pm ۱۴/۴۲$ به $۶/۱۲ \pm ۲۰/۰۶$) در گروه تجربی افزایش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج کاهش (بهبود) معنادار و مثبتی را در میانگین کیفیت زندگی مرتبط با یائسگی پس از اجرای برنامه آموزشی نسبت به قبل آن در گروه تجربی نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری کلی: به کارگیری الگوی توانمندسازی فردی به منظور بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه در طراحی برنامه‌های آموزشی توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، الگوی توانمندسازی، عزت نفس، خودکارآمدی، یائسگی، نگرش

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۲۸

^۱ استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
^۲ استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (*مؤلف مسئول)، شماره تماس: ۰۲۸۱۳۳۳۸۱۲۷

Email: pakpour_amir@yahoo.com

^۳ مربی گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن، تنکابن، ایران

مقدمه

یائسگی از مراحل مهم و حیاتی زندگی زنان به شمار می‌رود و ویژگی اصلی آن پایان باروری و قطع قاعدگی است^(۱، ۲). این دوره بین سنین ۶۰-۴۵ سالگی است و زنان حدود ۳۰ سال یا بیشتر از عمر خود را در یائسگی یا حوالی آن می‌گذرانند. در این دوران در اثر کاهش هورمون‌های تخمدان و گنادوتروپین‌های هیپوفیز اختلالاتی در دستگاه تناسلی رخ داده و نهایتاً قاعدگی قطع می‌گردد و زن قدرت باروری خود را از دست می‌دهد^(۳). گذر از دوران یائسگی و تغییرات در فرایندهای هورمونی، جسمی و متابولیکی بدن، زنان را با مسایلی مانند اختلال در دستگاه ادراری- تناسلی، مشکلات قلبی- عروقی، مشکلات روانی- اجتماعی، اختلالات خواب، تغییرات خلق و خوی و اختلالات عصب شناختی مواجه می‌سازد^(۱، ۴). به نظر می‌رسد تعداد علائم یائسگی بی‌شمار است اما خوشبختانه هیچ زنی همه آنها را تجربه نکرده است. با این حال تخمین زده می‌شود که حدود ۷۵ درصد زنان علائم حادی را لمس می‌کنند^(۵، ۶). لذا در آستانه هزاره سوم، یائسگی کانون توجه جوامع پزشکی و بهداشتی قرار گرفته و به عنوان مشکل بهداشتی و اجتماعی اساسی در کشورهای مختلف مطرح شده است^(۷).

آموزش زنان در ارتباط با پدیده یائسگی با هدف بهبود کیفیت زندگی و بهینه‌سازی انرژی جسمی و فعالیت بهینه مغزی و اجتماعی ضرورتی اجتناب ناپذیر در عرصه بهداشت و درمان است^(۸). این در حالی است که یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت نیز بهبود کیفیت زندگی است^(۹). کیفیت زندگی را سازمان جهانی بهداشت پندارهای فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کنند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های موردنظر فرد تعریف کرده است. بطور کلی سه بعد اساسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. میانگین امید به زندگی برای زنان در

تمام دنیا به صورت قابل ملاحظه‌ای در طول قرن گذشته تغییر یافته است^(۱۰).

مطالعات مختلف بیانگر تاثیر علائم یائسگی بر وضعیت سلامت فردی، رضایت‌مندی از زندگی، عملکرد روانی و کیفیت زندگی زنان هستند^(۱۱-۱۵). از طرف دیگر، مشکلات زنان در دوره یائسگی نه تنها باعث ایجاد تنش و ناتوانی قابل توجهی برای آنان می‌گردد، بلکه فشاری را بر نظام مراقبت‌های بهداشتی نیز اعمال می‌کند؛ مگر این که هرگونه تلاشی به عمل آید تا بتواند سلامت آنها را حفظ کند، کیفیت زندگی شان را بهبود بدهد و باعث کاهش هزینه‌های بهداشتی مرتبط شود. یکی از راهبردهای تحقق این امر مداخلات آموزشی با محوریت توانمندسازی زنان است. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت توانمندسازی به عنوان قلب ارتقای سلامت فرایندی است که از طریق آن افراد کنترل بیشتری بر تصمیمات و اعمال موثر بر سلامتی خود کسب می‌کنند^(۱۶، ۱۷). نتایج حاصل از توانمندسازی شامل اعتماد به نفس مثبت، توانایی دستیابی به هدف و داشتن احساس کنترل بر زندگی و فرایندهای تغییر و نیز احساس امیدواری به آینده است^(۱۸). با توجه به اهمیت و حساسیت دوران یائسگی و تاثیرگذاری آن بر کیفیت زندگی زنان، هدف پژوهش حاضر ارزشیابی تاثیر مداخله آموزشی بر مبنای الگوی توانمندسازی فردی بر آگاهی، نگرش، عزت نفس، خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان یائسه شهر قزوین بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود که در سال ۱۳۹۱ در شهر قزوین انجام گرفت. در این مطالعه ۱۰۰ زن بر اساس نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه کنترل و تجربی به تعداد مساوی شرکت کردند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: حداقل یک سال و حداکثر ۵ سال از آخرین قاعدگی آنها سپری شده باشد، برخوردار از سلامت جسمی و روانی، وقوع فرایند یائسگی به طور

دهنده عزت نفس پایین است. روایی سازه پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ توسط آنالیز عاملی اکتشافی سنجیده شد و نتایج حاکی از آن بود مقیاس عزت نفس روزنبرگ مقیاسی دو بعدی است. همچنین به منظور ارزیابی پایایی عزت نفس روزنبرگ از روش آلفای کرونباخ که توافق درونی سازه‌ها را می‌سنجد استفاده شد که بر اساس نتایج بدست آمده پایایی این پرسشنامه $0/87$ تعیین شد. در قسمت بعدی، خودکارآمدی زنان شرکت کننده توسط پرسشنامه خودکارآمدی ۱۰ سوالی مورد بررسی قرار گرفت. در این پرسشنامه پاسخ‌ها به صورت گزینه‌های اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است و با امتیاز یک تا چهار درجه‌بندی شده است که کمینه و بیشینه نمره آن ۱۰ و ۴۰ می‌باشد. اخذ نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده خودکارآمدی عمومی بالاتر می‌باشد. این مقیاس نقطه برش ندارد لیکن با توجه به میانه ابزار، آزمودنی‌ها به دو دسته خودکارآمدی بالا و پایین تقسیم می‌شوند. توافق درونی سوالات سازه هنجار انتزاعی مورد پذیرش واقع شد ($\alpha=0/82$). در قسمت بعدی، آگاهی زنان یائسه توسط پرسشنامه ۸ سوالی مورد سنجش قرار گرفت. امتیاز پرسشنامه آگاهی بدین صورت بود که به پاسخ صحیح، امتیاز ۱ و به پاسخ غلط، امتیاز ۰ (صفر) تعلق گرفت؛ در پایان امتیاز هر فرد بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد، بدین صورت که تعداد پاسخ‌های صحیح فرد، تقسیم بر تعداد کل پرسش‌ها و ضرب در ۱۰۰ شد. به منظور تعیین روایی علمی پرسشنامه آگاهی روش اعتبار صوری و محتوی با استفاده از پانل خبرگان انجام شد. به همین منظور ابزار در اختیار ۱۰ نفر از کارشناسان حیطه آموزش سلامت، مامایی و پرستاری قرار گرفت. پیشنهادات و نظرات آنها گردآوری و در پرسشنامه نهایی اعمال شد. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه آگاهی از روش دو نیمه کردن (split-half technique) استفاده شد که ضریب همبستگی پیرسون پایایی پرسش‌های آگاهی $0/85$ را نشان داد. در قسمت بعدی، نگرش زنان یائسه مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه نگرش سنجی ۱۲

طبیعی، مشارکت داوطلبانه و رضایت نامه مکتوب با علم به اهداف مطالعه. زنانی که در یک ماه گذشته حوادث استرس‌زای شدیدی مانند مرگ یکی از نزدیکان را تجربه کرده بودند و همچنین سابقه هورمون درمانی در شش ماه اخیر را داشتند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. ابتدا بر اساس روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای و بر حسب ویژگی‌های اجتماعی اقتصادی شهر قزوین به سه منطقه تقسیم و بر اساس تصادف یک منطقه انتخاب شد. از میان مراکز بهداشتی منطقه منتخب دو مرکز به طور تصادفی انتخاب و در مرحله بعد با تخصیص تصادفی یکی از مراکز به گروه تجربی و دیگری به گروه کنترل اختصاص یافت. در مرحله بعد بر اساس فهرست خانوار و پرونده‌های فعال موجود در این مراکز، نمونه‌های لازم به روش تصادفی انتخاب شدند. تعداد نمونه‌های لازم با توجه به میانگین و انحراف معیار به دست آمده از مطالعه کریمی و همکاران^(۱۹) و با توان آزمون معادل ۸۰ درصد و حدود اطمینان ۹۵ درصد و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها در هر گروه، ۴۳ نفر برآورد شد که با احتساب میزان ریزش ۵۰ نفر بر اساس معیارهای ورود برای هر گروه در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که از چندین قسمت تشکیل شده بود. قسمت اول حاوی سوالات دموگرافیک بود که از زنان خواسته شده بود سن، میزان تحصیلات خود، میزان تحصیلات شوهر، شغل خود، شغل شوهر، طول مدت ازدواج و تعداد بارداری را در آن مشخص نمایند. پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ که شامل ۱۰ سؤال بود در قسمت بعدی این پرسشنامه قرار گرفت. در پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ ۵ جمله با محتوای منفی و پنج جمله با محتوای مثبت بیان شده است و به هر سوال بر اساس مقیاس چهار گزینه‌ای کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف نمره داده شد. نمرات این مقیاس از صفر تا ۳ مرتب و نمره ۳۰ بالاترین نمره ممکن است. نمرات بالاتر از ۲۵ نشان دهنده عزت نفس بالا، بین ۱۵ تا ۲۵ نشان دهنده عزت نفس متوسط و کمتر از ۱۵ نشان

با نظر پزشک، مزایای و مضرات هورمون درمانی)، عوارض و عواقب مرتبط (تغییرات در ظاهر، چاقی، کم پشت شدن موها و تجمع چربی در سینه و شکم)، راه‌های پیشگیری از عوارض یائسگی، عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی در دوران یائسگی، نقش ورزش و تغذیه مناسب در ارتقای سلامت زنان یائسه (به طور مثال تغذیه دوران یائسگی با تأکید بر استفاده از رژیم غذایی سرشار از کلسیم حد، استفاده از نور آفتاب ۴ تا ۵ بار در هفته به مدت ۱۵ دقیقه)، روش‌های مقابله با استرس و مشکلات روحی (اهمیت شناسایی عوامل استرس‌زا و روش‌های آرام سازی، اختلالات خواب و عرق شبانه تغییرات احساسی و تشخیصی، خستگی)، تبعیت دارویی، خودمراقبتی، بهبود عزت نفس و ارتقای خودکارآمدی برگزار شد.

در ابتدای جلسات توضیح کوچکی درباره محتوی بحث ارائه می شد و جلسات به شیوه بحث گروهی و در قالب گروه‌های ۱۲-۸ نفری اجرا شد.

داده‌ها در دو مقطع زمانی قبل و سه ماه پس از مداخله آموزشی گردآوری و وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ شد. بر اساس اطلاعات مندرج در پرونده که شامل آدرس، شماره تماس ثابت و همراه نمونه‌ها بود، سه ماه بعد با تماس تلفنی از نمونه‌ها دعوت شد جهت تکمیل پرسشنامه حضوراً مراجعه نمایند. برای نمونه‌های که به دلایل خاص نتوانستند در مرکز بهداشتی حضور بیابند، پرسشنامه‌ها از طریق تماس تلفنی بوسیله کارشناس که نسبت به حضور افراد در گروه‌های تجربی و کنترل آگاهی نداشت، تکمیل شد. پس از اطمینان از توزیع نرمال داده‌ها، که از طریق محاسبه چولگی و کشیدگی داده‌ها و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام می‌شود، با استفاده از آزمون‌های تی زوجی و مستقل، کای اسکوتر و ضریب همبستگی پیرسون اطلاعات مذکور تجزیه و تحلیل شدند. در سراسر مطالعه بر داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و همچنین محرمانه و بدون نام بودن پرسشنامه‌ها تأکید شد. گردآوری داده‌ها در گروه کنترل

سوالی با گزینه پاسخ بر اساس طیف لیکرتی از ۱ کاملاً مخالفم، تا ۴ کاملاً موافقم استفاده شد. به منظور تعیین روایی علمی پرسشنامه نگرش روش اعتبار صوری و محتوی با استفاده از پانل خبرگان انجام شد. به همین منظور ابزار در اختیار ۱۰ نفر از کارشناسان حیطه آموزش سلامت، مامایی و پرستاری قرار گرفت. پیشنهادات و نظرات آنها گردآوری و در پرسشنامه نهایی اعمال شد. در مطالعه حاضر، توافق درونی این سازه قابل پذیرش بود ($\alpha=0.93$). در قسمت انتهایی پرسشنامه، کیفیت زندگی زنان یائسه مورد سنجش قرار گرفت. به منظور اندازه گیری وضعیت کیفیت زندگی از پرسشنامه ۲۶ سوالی کیفیت زندگی مخصوص دوران یائسگی که نسخه اصلی ۲۹ سوالی آن توسط Hilditch و همکاران^(۲۰) در دانشگاه تورنتو طراحی شده است و روایی و پایایی آن به زبان فارسی از سوی آرین و همکاران تایید شده است، استفاده شد^(۲۱). پاسخ به سوالات پرسشنامه کیفیت زندگی به صورت یک معیار درجه‌بندی شده از ۰-۳ تنظیم شده که نمره ۰ معادل خیر، ۱ معادل جزئی و ۲ معادل متوسط و ۳ معادل شدید می‌باشد. سپس بر اساس پاسخ‌های داده شده، افراد از نظر کیفیت زندگی در سه گروه طبقه‌بندی می‌شدند. افرادی که مجموع امتیازات آنها در فاصله ۵۲-۷۸ بود، در گروه کیفیت زندگی نامناسب، افرادی که مجموع امتیازات آنها در فاصله ۲۶-۵۲ بود در گروه متوسط و کسانی که امتیازات آنها در فاصله ۰-۲۶ بود در گروه کیفیت زندگی مناسب قرار گرفتند.

پس از گردآوری داده‌ها در مقطع پایه و قبل از اجرای مداخله آموزشی، برنامه توانمندسازی در گروه تجربی اجرا شد. محتوی برنامه آموزشی بر اساس الگوی توانمندسازی فردی و در قالب ۵ جلسه بحث گروهی (group discussion) آموزشی ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای و به منظور ارتقای سطح دانش زنان در ارتباط با پدیده یائسگی، فرایندها و تغییرات فیزیولوژیک و هورمونی (دلایل خشکی واژن و اختلالات جنسی به همراه توصیه‌های پیشگیرانه و استفاده از برخی داروهای گیاهی

تقریباً نیمی از آنها از تحصیلاتی در سطح ابتدایی و راهنمایی برخوردار بودند. بیش از ۸۵ درصد زنان در دو گروه خانه دار بودند و میانگین تعداد بارداری‌ها در دو گروه بیشتر از ۳/۵ بار بود. آزمون آماری کای دو اختلاف معناداری را بین دو گروه تجربی و کنترل از نظر متغیرهایی مانند وضعیت تاهل، مسکن، اشتغال، بیمه، بعد خانوار و تحصیلات نشان نداد. به عبارت دیگر گروه‌های تجربی و کنترل از لحاظ متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی همگن بودند. سایر ویژگی‌های دموگرافیک در جدول یک قابل مشاهده است.

نیز مطابق با روند گروه تجربی انجام گرفت. حین انجام مطالعه هیچ مداخله‌ای در گروه کنترل صورت نگرفت و پس از انجام ارزشیابی نهایی، به منظور رعایت موارد اخلاقی موارد آموزشی در قالب یک لوح فشرده به همراه کتابچه آموزشی ۱۰ صفحه‌ای با محوریت موضوعات مطرح شده در جلسات آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار داده شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سنی زنان در گروه تجربی $43 \pm 51/33$ سال و در گروه کنترل $51 \pm 5/13$ بود و بین دو گروه از این نظر اختلاف معناداری دیده نشد.

جدول شماره ۱: خصوصیات دموگرافیک زنان در دو گروه تجربی و کنترل

P value	گروه تجربی		خصوصیات مورد بررسی
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۰۸۲	۹ (۱۸)	۱۱ (۲۲)	میزان تحصیلات زن
	۱۸ (۳۶)	۱۷ (۳۴)	بی سواد
	۱۶ (۳۲)	۱۴ (۲۸)	ابتدایی
	۶ (۱۲)	۸ (۱۶)	راهنمایی
	۱ (۲)	۰ (۰)	دیپلومات
۰/۱۱۰	۱۲ (۲۸)	۱۳ (۲۶)	میزان تحصیلات شوهر
	۱۷ (۳۴)	۱۵ (۳۰)	بی سواد
	۱۰ (۲۰)	۱۱ (۲۲)	ابتدایی
	۸ (۱۶)	۹ (۱۸)	راهنمایی
	۳ (۶)	۲ (۴)	دیپلومات
۰/۱۷	۴۵ (۹۰)	۴۳ (۸۶)	شغل
	۵ (۱۰)	۷ (۱۴)	خانه‌دار
	میانگین \pm انحراف معیار		
	گروه کنترل	گروه تجربی	
۰/۳۴	$56/5 \pm 6/44$	$57/25 \pm 6/83$	سن همسر
۰/۲۷	$31 \pm 6/71$	$33/3 \pm 6/5$	طول مدت ازدواج
۰/۲۶	$(1/92) 4/01$	$(2/73) 3/83$	تعداد بارداری

تاثیر بگذارند اختلاف نداشتند و با اطمینان بیشتری می‌توان تغییرات ایجاد شده در سطح کیفیت زندگی گروه‌ها را ناشی از مداخله آموزشی دانست. همچنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که سازه‌های الگوی توانمندسازی قبل از اجرای مداخله آموزشی بین دو گروه اختلاف معناداری را

یافته‌های پژوهش در زمینه ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند سن، تحصیلات، وضعیت یائسگی و غیره تفاوت معنادار آماری را بین دو گروه مورد بررسی نشان نداد به عبارت دیگر گروه‌های تجربی و کنترل از نظر عوامل مذکور که هر یک به گونه‌ای می‌تواند بر کیفیت زندگی

بعد وازوموتور، روحی اجتماعی، جسمی و جنسی کیفیت زندگی مرتبط با یائسگی پس از اجرای برنامه آموزشی نسبت به قبل آن در گروه تجربی می باشد ($P < 0/001$) این در حالی است که میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در گروه کنترل تغییر معناداری را نشان نداد.

نشان نداد این در حالی است که پس از اجرای برنامه آموزشی شاهد افزایش معنادار و مثبت در میانگین امتیاز آگاهی، نگرش، خودکارآمدی، عزت نفس و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دوران یائسگی هستیم ($P < 0/05$) (جدول ۲).

علاوه بر نتایج ذکر شده، یافته‌های مندرج در جدول ۳ نشان دهنده کاهش (بهبود) معناداری میانگین نمره چهار

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار آگاهی، نگرش، عزت نفس، خودکارآمدی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در گروه تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله با یکدیگر

متغیر	گروه تجربی		گروه کنترل		M ± SD	P value
	قبل از مداخله	پس از مداخله	قبل از مداخله	پس از مداخله		
آگاهی	۳۸/۱۱ ± ۸/۴۳	۴۹/۱۴ ± ۹/۲۳	۳۹/۴۶ ± ۱۰/۶۱	۴۰/۳۲ ± ۹/۲۰		
	۰/۰۵		۰/۱۶۳			
نگرش	۱۴/۳۴ ± ۴/۳۱	۱۹/۳۲ ± ۵/۵۴	۱۴/۷۲ ± ۴/۳۹	۱۴/۴۲ ± ۵/۰۳		
	۰/۰۵		۰/۴۱۲			
عزت نفس	۱۳/۸۲ ± ۴/۴۷	۱۷/۹۰ ± ۵/۶۱	۱۳/۶۳ ± ۵/۲۳	۱۳/۵۲ ± ۵/۴۳		
	۰/۰۵		۰/۰۸۳			
خودکارآمدی	۱۴/۴۲ ± ۵/۴۳	۲۰/۰۶ ± ۶/۱۲	۱۳/۹۳ ± ۴/۲۳	۱۴/۲۲ ± ۴/۴۰		
	۰/۰۵		۰/۲۸۱			
رفتار	۳۱/۳۳ ± ۷/۶۷	۳۹/۴۱ ± ۹/۵۳	۳۰/۷۳ ± ۶/۳۸	۳۱/۷۶ ± ۷/۱۸		
	۰/۰۵		۰/۶۱۵			

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در گروه تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی

ابعاد کیفیت زندگی	تجربی	کنترل	P value بین دو گروه
قبل از مداخله	۷/۳ ± ۳/۱	۷/۳ ± ۳/۱	$P > 0/05$
بعد از آموزش	۵/۴ ± ۳/۲	۷/۶ ± ۲/۶	$P < 0/001$
P value قبل و بعد	۰/۰۰۳	۰/۲۱	
قبل از مداخله	۲۰/۵ ± ۲/۴	۲۰/۳ ± ۱/۹	$P > 0/05$
بعد از آموزش	۱۴/۷۳ ± ۲/۵	۱۹/۷ ± ۲/۳	$P < 0/001$
P value قبل و بعد	$P < 0/001$	۰/۱۱	
قبل از مداخله	۴۶/۳ ± ۲/۹	۴۵/۰ ± ۲/۱	$P > 0/05$
بعد از آموزش	۴۳/۸ ± ۲/۰	۴۵/۳ ± ۱/۸	۰/۲۸
P value قبل و بعد	۰/۰۰۲	۰/۳۰	
قبل از مداخله	۷/۲ ± ۲/۴	۶/۹ ± ۳/۱	۰/۲۷
بعد از آموزش	۴/۸ ± ۱/۲	۷/۱ ± ۲/۴	$P < 0/001$
P value قبل و بعد	$P < 0/001$	۰/۴۳	
قبل از مداخله	۷۶/۷ ± ۳/۳	۷۵/۵ ± ۲/۸	$P > 0/05$
بعد از آموزش	۷۱/۱ ± ۲/۴	۷۵/۸ ± ۲/۶	$P < 0/001$
P value قبل و بعد	$P < 0/001$	$P > 0/05$	

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه به طور کلی نشان دهنده بهبود اجزای مدل توانمندسازی در گروه تجربی است که از این حیث با یافته‌های مطالعه کریمی و همکاران مطبق است (۱۹). علاوه بر این نتایج مطالعه نشان دهنده بهبود معنادار کیفیت زندگی در گروهی بود که مداخلات آموزشی را بر مبنای الگوی توانمندسازی دریافت نمود و از این جهت نیز با نتایج مطالعات دیگران همخوانی دارد (۲۲، ۲۳). این یافته تایید کننده نتایج مطالعه آراین و همکاران و همچنین فروهری و همکاران است. آنها در پژوهش خود نشان دادند که آموزش باعث بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایشی شده و کیفیت زندگی در گروه کنترل با توجه به پیش رونده بودن عوارض دوران یائسگی، کاهش یافته است (۲۲، ۲۳). پژوهش حاضر هم چنین موید مطالعه Yeo است که تاثیر تامین رضایت‌مندی زناشویی و اداره یائسگی را بر بهبود کیفیت زندگی زنان میانسال و لزوم اجرای برنامه‌های مداخله‌ای مناسب را در این راستا نشان داده است (۲۴). همچنین کاهش عوارض و علائم یائسگی در پی بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مرتبط با دوران یائسگی با مطالعه الحانی و همکاران همسو است. در مطالعه آنها نشان داده شده است که اجرای برنامه توانمند سازی با افزایش دانش، انگیزه، عزت نفس و خودکارآمدی همراه است و به اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود (۲۵).

یائسگی یک واقعه فیزیولوژیک است که ورود به آن با گذر از پریمنوپوز همراه است و طی آن با علائمی مانند بی نظمی در مدت و طول قاعدگی، گرگرفتگی، تعریق شبانه، سردرد، گیجی، بیحسی، کرختی در انگشتان دست و پا و مشکلات خواب همراه است که سبب اضطراب و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۲۵، ۲۶). اگرچه تغییرات هورمونی و مشکلات بعد از آن در دوران پریمنوپوز اجتناب ناپذیر است ولی شدت عوارض را می‌توان محدود کرد و از طرفی پذیرش یائسگی و داشتن دید مثبت نسبت به آن در کنار آمدن با عوارض دوران

پریمنوپوز بسیار حائز اهمیت است. پروتکل اداره سلامت وزارت بهداشت و درمان بر نقش تغییر شیوه زندگی در افراد میانسال تاکید دارد و تغییر شیوه زندگی را مهم ترین فاکتور در کاهش عوارض و نیز پیشگیری از عوارض آتی منوپوز بر شمرده است (۲۷). یکی از چالش‌های پیش رو در زمینه یائسگی عدم آگاهی و دسترسی به اطلاعات و مسائل مرتبط با آن بوده که با دادن اطلاعات ضد و نقیض تشدید می‌شود. کلید حل این مشکل در آگاه‌سازی زنان در این زمینه با شیوه‌های یادگیری متناسب با بستر و هنجارهای اجتماعی می‌باشد. ماهیت آموزش بهداشت، اکتسابی است و توسط یادگیری تقویت می‌شود. نگاه به آموزش به عنوان یک کار با برنامه و طرح مشخص با توجه به شرایط فردی و اجتماعی افراد، انتخاب شیوه مناسب آموزشی و استفاده درست از ابزارهای کمک آموزشی، راه را برای استفاده مطلوب از وقت و امکانات باز می‌کند (۲۸). در مباحثه گروهی انجام شده توسط ساتو و اوهاشی، در رابطه با بررسی نظرات زنان یائسه در کاربرد شیوه‌های آموزشی انجام شده، ۸۳ درصد خواستار کسب اطلاعات در مورد نشانه‌های یائسگی و راه‌کارهای رویارویی با آن از طریق شیوه‌های مختلف آموزشی بودند. در این زنان ارتباط معناداری بین شدت نشانه‌های یائسگی و کاهش کیفیت زندگی دیده شد (۲۹). نقطه قوت مطالعه حاضر تکیه بر الگوی توانمندسازی فردی و استفاده از تکنیک بحث گروهی است که قابلیت ایجاد و تقویت پیوندها و حمایت‌های اجتماعی را دارد. شیوه گروه حمایتی به عنوان شیوه آموزشی غیر مستقیم، می‌تواند در جمعیت‌های گوناگون با توجه به نیازها، طراحی و اجرا شده و در ابعاد وسیع با توجه به موضوع مورد نظر و بستر فرهنگی - اجتماعی بازتاب گسترده‌ای در زمینه مداخلات بهداشتی داشته باشد. بحث گروهی در رابطه با یائسگی و کیفیت زندگی به سبب تبادل تجارب فیما بین افراد، ارتقای تفکر انتقادی و مهارت‌های کلامی، وسیله‌ای کارآمد در نظر گرفته می‌شود (۳۰). در مطالعه Rotem و همکاران، تأثیر برنامه آموزشی به شیوه گروه

توسعه هنوز نقش آموزش و اطلاع رسانی عمومی در جهت توانمندسازی افراد جامعه، کم‌رنگ است. تلاش در جهت ارتقای سطح آگاهی زنان به منظور مراقبت از خود، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها در دوران یائسگی کمک نماید. نتایج این مطالعه نشان داد که زنان گروه هدف مطالعه، با وجود این که از نگرش مثبتی نسبت به پدیده یائسگی برخوردار هستند، اما آگاهی کافی در این زمینه ندارند. طراحی و اجرای یک برنامه آموزشی مناسب با کمترین هزینه، می‌تواند نقش مؤثر و ارزنده‌ای در ارتقای سطح آگاهی زنان ایفاء نماید.

نتایج مطالعات قبلی نشان داده است که خودکارآمدی و عزت نفس با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت همبستگی مثبت و معناداری داشته و خودکارآمدی بیشترین همبستگی را با رفتار دارد^(۱۹). در مطالعه حاضر، یافته‌ها نشان داده‌اند که پس از مداخله آموزشی خودکارآمدی و عزت نفس گروه تجربی افزایش معناداری پیدا کرده است ($P < 0/001$). داشتن عزت نفس و خودکارآمدی بالا باعث افزایش توانایی قابلیت و لیاقت و کیفیت می‌شود و فرد احساس می‌کند که زندگی مفید و موثری دارد. این مسئله در زنان یائسه اهمیت بیشتری پیدا می‌کند زیرا تحقیقات نشان داده است که احساس باارزش بودن و خودکارآمدی می‌تواند باعث افزایش کارایی و استقلال زنان شود و آنها در کنترل عوارض یائسگی و درمان‌های مختلف یاری کند^(۲۴).

مطالعه حاضر علی‌رغم نکات قوت موجود از محدودیت‌هایی نیز برخوردار بوده است: نخست، دوره ارزشیابی در مطالعه کنونی فقط ۳ ماه بعد از مداخله بوده است و مطالعات آتی می‌توانند پیگیری‌های طولانی‌تری را انجام بدهند. دوم، عوامل بسیاری بر کیفیت زندگی زنان مخصوصاً در سن یائسگی مؤثر هستند امکان کنترل همه این عوامل انسانی در پژوهش نیمه تجربی حاضر وجود نداشت لذا مطالعات آتی می‌توانند چارچوب مطالعه را طوری طراحی کنند که عوامل مخدوش‌کننده بیشتر کنترل شوند. سوم، طولانی بودن زمان جلسات آموزشی

حمایتی در بهبود نگرش و انطباق با نشانه‌های یائسگی در ابعاد جسمی و روانی اجتماعی بررسی گردید و تأثیر مداخله را بر بهبود نشانه‌های مذکور معنادار گزارش نمود^(۳۱). در مطالعه رستمی و همکاران، برنامه آموزشی به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ در طول ۴ هفته‌ای موجب بهبود علائم در ابعاد جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی زنان یائسه گردید، در حالی که بر نمره بعد وازوموتور، تأثیر معناداری گزارش نگردید^(۱۹). در مطالعات آتی محققان می‌توانند از شیوه حمایتی همسر به عنوان یک راهبرد ارتقای کیفیت زندگی بهره‌جویند و نتایج تحقیق را بر روی کیفیت زندگی بررسی کنند.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی در گروه تجربی باعث ارتقای آگاهی زنان شده است که با نتایج مطالعات دیگر همسو بود^(۳۲). آگاهی از علائم یائسگی باعث می‌شود که اولاً، این دوره با آرامش سپری شود و ثانیاً، با اقدام درمانی به موقع از عوارض جدی آن پیشگیری شود. زنانی که اطلاعات کافی از این پدیده نداشتند، اغلب به غلط فکر می‌کنند که عدم قاعدگی با شروع درد و رنج همراه بوده و چرک و کثافات بدن آنها دفع نمی‌شود. علائم یائسگی نه تنها متنوع است بلکه کم و بیش بستگی به شخصیت و نگرش زن و وضعیت روحی و رفتاری او دارد. بنابراین مداخلات آموزشی متمرکز بر الگوی توانمندسازی با تمرکز بر ارتقای سطح آگاهی و تغییر نگرش‌ها می‌توانند تغییر محسوسی در کیفیت زندگی زنان یائسه پدید آورند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بعد از مداخله آموزشی، نگرش گروه تجربی بهبود و تغییر معناداری یافت. مطالعات نشان داده است که آگاهی از دلایل فیزیولوژیک تغییرات قاعدگی سبب ایجاد نگرش مثبت به یائسگی می‌شود^(۳۳). امروزه در کشورهای توسعه یافته، به نقش کلیدی رسانه‌های جمعی، انجمن‌های آموزش بهداشت و کارکنان بهداشتی-درمانی در اطلاع رسانی در زمینه مسایل گوناگون، همچون مسایل یائسگی تأکید می‌شود. این در حالی است که در کشورهای در حال

سلامت بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در دوران
یائسگی توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

بر خود لازم می‌دانیم از همکاری معاونت محترم بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی قزوین، مرکز بهداشتی درمانی شهید
بلندیان و همچنین کلیه بانوانی که در پژوهش حاضر ما را
یاری کردند، قدردانی کنیم.

شاید یک ضعف آموزشها باشد. بهتر است برنامه
توانمندسازی در قالب چکیده تر طراحی شود تا امکان
مشارکت زنان بهتر فراهم شود.

بر اساس یافته های پژوهش با به کارگیری آموزش بر
اساس الگوی توانمندسازی می‌توان رفتارهای ارتقاء
دهنده سلامت را در زنان یائسه ایجاد کرده و افزایش داد
و به بهبود کیفیت زندگی در آنها کمک کرد. لذا ضمن
تاکید بر لزوم آموزش از طریق الگوی توانمندسازی برای
مقابله با عوارض این دوران مقایسه و بررسی تاثیر
آموزش با استفاده از سایر نظریه‌ها و مدل‌های آموزش

فهرست منابع

1. Pesteei KH, Allame M, Amir Khany M, Esmaeel Motlagh M. [Clinical guide and executive health program team to provide menopausal services to women 60-45 years]. Tehran: Pooneh; 2008. Persian
2. Abernethy K, Tiran D. The menopause and HRT. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2002.
3. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and fertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
4. Donato GB, Fuchs SC, Oppermann K, Bastos C, Spritzer PM. Association between menopause status and central adiposity measured at different cutoffs of waist circumference and waist-to-hip ratio. *Menopause*. 2006;13(2):280-5.
5. Jones NL, Judd HL. Menopause, Dechrney AH, Nathan L. Current obstetrics & gynecology. North American: McGraw Hill, 2003.
6. Freedman RR. Menopausal hot flashes. In: Lobo R, Kesity J. Menopause biology and pathobiology. New York, USA: Academic Press; 2000.
7. Olazabal Ulacia JC, Garcia Paniagua R, Montero Luengo J, Garcia Gutierrez JF, Sendin Melguizo PP, Holgado Sanchez MA. Models of intervention in menopause: proposal of a holistic or integral model. *Menopause*. 1999 Fall;6(3):264-72.
8. Shaw RW, Soutte WP, Stanton SL. Gynaecology, 3rd ed. London, UK: Churchill Livingstone, 2005.
9. Whiteman MK, Staropoli CA, Benedict JC, Borgeest C, Flaws JA. Risk factors for hot flashes in midlife women. *J Women's Health*. 2003;12(5):459-72.
10. Chen Y, Lin SQ, Wei Y, Gao HL, Wu ZL. Menopause-specific quality of life satisfaction in community-dwelling menopausal women in China. *Gynecol Endocrinol*. 2007 Mar;23(3):166-72.
11. Fallahzade H, Dehghani Tafti A, Dehghani Tafti M, Hoseini F, Hoseini H. [Factors Affecting Quality of Life after Menopause in Women]. *SSU J*. 2011;18(6):552-8. In Persian
12. Tehrani G, Ali SMM, Mahmoudi M, Khaledian M. Study of quality of life and its patterns in different stages of menopause for women in Tehran. *Hayat*. 2002;8(3-4):33-41. Persian
13. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas*. 2000 Jan 15;34(1):17-23.
14. Chedraui P, Blümel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas*. 2008;61(4):323-9.
15. Ozkan S, Alatas ES, Zencir M. Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Qual Life Res*. 2005 Oct;14(8):1795-801.
16. Haggart M, Carey ph. Community health promotion: Challenge for Practice. Royal college of nursing Pub; 2000. P: 35.
17. Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpour A. [Health education & peomoton: theories, models, methods]. Tehran: Sobhan. 2008. Persian

18. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. [The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents]. *Iran J Pediatr.* 2007;17(Suppl 1): 88-96.persian
19. Karimy M. [Evaluation of the effect of educational intervention based on empowerment model of health promotion behaviors on Menopausal women]. *J Shahed Uni* 2001 94 (7): 1-11. persian
20. 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.* 2008 Sep-Oct;61(1-2):107-21.
21. Arian S. [The effect of educational program on menopausal women]. Unpublishe MSc Thesis. Iran. Tehran. Tarbiat Modarress University; 2001. persian
22. Forohari S, safari Rad M, Moatari M, Mohit M, Ghaem H. [Education effect on health related quality of life in menopause women that refer to Motahari health care service in Shiraz]. *Birjand Uni Med Sci.* 2009; 16 (1(38)): 39-45.persian
23. Forouhari S, Khajehei M, Moattari M, Mohit M, Rad MS, Ghaem H. The Effect of Education and Awareness on the Quality-of-Life in Postmenopausal Women. *Indian J Community Med.* 2010 Jan;35(1):109-14.
24. Yeo JH. Correlational study on management of menopause, marital satisfaction, and quality of life in middle-aged women. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2004 Apr;34(2):261-9.
25. Alhani F. [Planning and evaluation of family centered empowerment model in iron deficiency anemia]. Unpublished PhD thesis, Tarbiat Modares University 2002. persian
25. Berek J. Novak's gynecology. Lippincott: Williams & Wilkins; 2007.
26. Lamberg L. Menopause not always to blame for sleep problems in midlife women. *JAMA.* 2007;297(17):1865-6.
27. Ehsan pour S, Eivazi M, Davazdah Emami Sh. [Quality of life after the menopause and its relation with marital status]. *Iran J Nurs Midwif Research* 2007; 12(4): 130-35. persian
28. Satoh T, Ohashi K. Quality-of-life assessment in community-dwelling, middle-aged, healthy women in Japan. *Climacteric.* 2005 Jun;8(2):146-53.
29. Rostami A, Ghofrani Pour F, Ramezanzadeh F. [The effect of education on quality of life in women]. Unpublished MSc thesis. Iran, Tehran: Tarbiat Modares University, Medical Sciences Faculty; 2001.persian
30. Alfred A, Esterman A, Farmer E, Pilotto L, Weston K. Women's decision making at menopause-a focus group study. *Aust Fam Physician.* 2006;35(4):270-2.
31. Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005 Mar-Apr;34(2):233-40.
32. Sh GT, Ghobadzadeh M, Arastou M. [Promoting Health Status of Menopausal Women by Educating Self Care Strategies]. *Hayat.* 2007;13(3): 67-75. persian
33. Jamshidimanesh M, Peiravi H, Jouibari L, Sanagoo A. [Women's experience of menopause: Quality study]. *ASRAR,* 2009; 16(4(54)):196-205.persian
34. Hamidizadeh S, Ahmadi F, Aslani Y, Etemadifar Sh, Salehi K, Kordyazdi R. [Effect of group-based exercise program on the quality of life in older men and women]. *J Yazd Uni Med Sci.* 2008; 16(1):81-86. Persian

The Impact of Educational Interventions based on Individual Empowerment Model on Knowledge, Attitude, Self-Efficacy, Self Esteem and Quality of Life of Postmenopausal Women

Mohammadi Zeidi E.¹ PhD. Pakpour A.^{2*} PhD. Mohammadi Zeidi B.³ MSc

Abstract

Background & Aim: Menopause has been recognized as a critical stage in women's life which has a significant impact on their quality of life. This study aimed to evaluate the impact of educational interventions based on individual empowerment model on knowledge, attitude, self efficacy, self esteem and quality of life of postmenopausal women.

Material & Methods: In a quasi-experimental study, 100 women covered by health care centers in Qazvin were randomly assigned to either experimental or control group. The data gathering tool included a demographic questionnaire, the Rosenberg Self-esteem questionnaire, self efficacy scale, Knowledge and attitude questionnaire and menopause-specific quality of life questionnaire (26 items). The procedure for experimental group consisted of five group discussions for 60-45 minutes according to empowerment model. Data were collected before and 3 months after intervention and analyzed by independent and paired t-test and chi-square using SPSS-PC (v. 17.0).

Results: After education, mean scores of knowledge (from 38.11 ± 8.43 to 49.14 ± 9.23), attitude (from 14.43 ± 4.31 to 19.32 ± 5.54), self- esteem (from 13.82 ± 4.47 to 17.90 ± 5.61) and self efficacy (from 14.42 ± 5.43 to 20.06 ± 6.12) increased significantly in the experimental group ($P < 0.001$). Moreover, results showed a significant and positive reduction in the quality of life of the experimental group after empowerment program ($P < 0.001$).

Conclusion: Training programs using empowerment model to improve the quality of life of postmenopausal women is recommended.

Key words: Quality of Life, Empowerment Model, Menopause, Self Esteem, Self Efficacy, Attitude

Received: 2 May 2013

Accepted: 19 Jul 2013

1. Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2. Assistant Professor, Department of Public Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran (*Corresponding author) Tel: +98-281-3357017 Email: Pakpour_Amir@yahoo.com

3. Senior Lecturer, Department of Midwifery, Faculty of Medicine, Islamic Azad University - Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran