بررسی میزان تأثیر آموزش براساس الگوی توانمندسازی فردی بر کیفیت زندگی زنان یائسه زرندیه

محمود کریمی[*1]، فرخنده امین شکروی[2]، ایرج ضاربان[3]، جلیل کوهپایه زاده[4]، حمید برادران[4]، علی رضا خوشدل[5]

۱- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.
۲- استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.
۳- استادیار، گروه آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
۴- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۵- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران.

یافته / دوره شانزدهم / شماره ۲ / تابستان ۹۳ / مسلسل ۶۰

چکیده

دریافت مقاله: ۹۲/۱۲/۲۰ پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۱۱

* **مقدمه:** اگر چه یائسگی قسمتی از فرایند طبیعی زندگی زنان است اما عوارض آن می تواند بر سلامت و کیفیت زندگی زنان مؤثر باشد، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش براساس الگوی توانمندسازی فردی بر کیفیت زندگی زنان یائسه زرندیه انجام شده است.

* **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه نیمه تجربی، ۹۰ نفر از زنان به روش تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۴۵ نفر) تخصیص یافتند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه کیفیت زندگی در دوران یائسگی بود. بر اساس اطلاعات به دست آمده از پیش آزمون برنامه آموزشی بر اساس الگوی توانمند سازی طراحی و اجرا شد. سه ماه بعد از مداخله، اطلاعات با استفاده از همان پرسشنامه اولیه جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

* **یافته‌ها:** قبل از مداخله آموزشی میانگین نمره کیفیت زندگی گروه آزمون ۷۶/۴۰ و گروه کنترل ۷۲/۳۸ بود که سه ماه بعد از مداخله به ترتیب به ۶۸/۴۸ و ۷۱/۷۶ تغییر یافت. همچنین بعد از مداخله، میانگین نمره سازه های الگوی توانمند سازی (عزت نفس و خودکارآمدی) در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافت. آزمون آماری نشان دهنده تغییر معنی دار نمره کیفیت زندگی و سازه های الگوی توانمند سازی در گروه آزمون بود ($P<0/001$).

* **بحث و نتیجه‌گیری:** یافته ها از تأثیر مثبت برنامه آموزشی طراحی شده بر اساس الگوی توانمند سازی بر کیفیت زندگی پشتیبانی می کند. لذا طراحی و اجرای برنامه های آموزشی مشابه به منظور بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه در مناطق دیگر توصیه می‌شود.

* **واژه‌های کلیدی:** آموزش، توانمند سازی، کیفیت زندگی، یائسگی.

آدرس مکاتبه: ساوه، دانشکده علوم پزشکی ساوه، گروه بهداشت عمومی.
پست الکترونیک: karimymahmood@yahoo.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

مقدمه

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسئله مهمتری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی کیفیت زندگی مطرح شده است (۱). به عبارت دیگر اگر چالش اصلی و عمده قرن بیستم افزایش امید به زندگی بود، چالش اصلی قرن ۲۱ زندگی با کیفیت بهتر است (۲). از این رو سازمان بهداشت جهانی برنامه ای را با تمرکز بر فرایندهای توانمند سازی در سالمندان در سه حوزه افراد سالمند و توسعه، بهبود سلامتی و رفاه در سالمندان و اطمینان بخشی در ایجاد محیط های توانمند کننده و حمایتی را مورد توجه قرار داده است (۳).

اگر چه زنان و مردان مباحث مشترکی در امر سلامت دارند اما زنان با مسائل ویژه ای ناشی از شرایط فیزیولوژیک خود، مواجه هستند. یکی از این مسائل، دوره گذار یائسگی می باشد که همراه با عوارض و پیامدهایی می باشد که می تواند بر کیفیت زندگی زن تأثیر گذاشته و احساس خوب و سالم بودن را در او تضعیف نماید. از جمله این عوارض می توان اختلالات وازوموتور، گرگرفتگی، تعریق شبانه، تغییرات روانشناختی (اختلال در خلق، افسردگی، اضطراب، کاهش تمرکز حواس، ضعف حافظه و تحریک پذیری)، اختلال جنسی و ... را نام برد (۴،۵). آگاهی علائم و عوارض یائسگی می تواند در کاهش مشکلات و بالا بردن کیفیت زندگی زنان یائسه مؤثر باشد (۶،۷) مطالعات مختلف نشان داده اند اگر چه اکثر زنان، یائسگی را مرحله‌ای طبیعی از فرایند زندگی و سالخوردگی خود تلقی می کنند، اما این فرایند فیزیولوژیک که در فواصل ۵۰-۴۰ سالگی روی می دهد دارای آثار و عوارضی است که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۰-۷).

از جمله راه کارهای جایگزین، جهت ارتقای سلامتی و رویارویی بهتر با نشانه های دوران یائسگی، مداخلات آموزش بهداشت است و الگوی توانمندسازی فردی که به عنوان چارچوب اصلی در این پژوهش به کار گرفته شده به عنوان یکی از زیر شاخه‌های برنامه های ارتقاء سلامت مطرح بوده (۱۱) و با هدف بر طرف نمودن ناتوانی های شخصی و شکل دادن به اساس قدرت شخصی و خودکارآمدی در مطالعات به کار می رود. دستیابی به توانمندسازی فردی شامل پذیرش و شناخت قدرتی است که فرد می تواند داشته باشد (۱۲)، متخصصین معتقدند اولین راهبرد عملی در تدریس، طراحی و اجرای برنامه های توانمندسازی، آموزش است. در فرایند آموزش، اطلاعات و پیام ها منتقل و رد و بدل می شود و با علم بر اینکه در عصر حاضر، اطلاعات منشأ قدرت و در حقیقت عین قدرت است، بنابراین دسترسی اقشار وسیع مردمی به اطلاعات یک گام کلیدی در فرایند توانمند سازی به حساب می آید. هدف عمده فرایند توانمند سازی ایجاد تغییرات مناسب در کلیه ابعاد و جوانب زندگی افراد خانواده یا گروهها و اقشار اجتماعی می باشد (۱۲،۱۳).

در توانمند سازی فردی افراد کنترل بیشتری بر تصمیم گیری ها، شیوه زندگی و فعالیت هایی که بر سلامتی آنان مؤثر است خواهند داشت و به عنوان یک ابزار کاربردی باعث رشد و ارتقاء دانش و مهارت افراد می گردد. اجرای یک برنامه توانمندسازی با افزایش عزت نفس و خودکارآمدی به خودکنترلی و رفتارهای پیشگیرانه منجر می شود که برای ارتقاء بهداشت و کیفیت زندگی لازم است (۱۴). لذا با توجه به ویژگی های یائسگی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان تأثیر آموزش براساس الگوی توانمندسازی فردی بر کیفیت زندگی زنان یائسه زرندیه انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد می باشد که با مداخله پژوهشگر از طریق اجرای برنامه آموزش بهداشت در سال ۱۳۸۹ انجام پذیرفت. در این

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

پژوهش تعداد ۹۰ زن یائسه شهرستان زرندیه به عنوان واحدهای پژوهش وارد مطالعه شده و بطور تصادفی نیمی از آنها (۴۵ نفر) به عنوان گروه آزمون تحت تأثیر مداخله آموزشی (الگوی توانمندسازی) قرار گرفته و بقیه به عنوان گروه کنترل مداخله آموزشی را دریافت نکردند. برای برآورد حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعه مشابه قبلی (۱۳) (میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی قبل از مداخله ۸۱/۷ و۶/۴ و بعد از مداخله ۷۵/۳۶ و ۶/۷ بوده است)، توان آزمون معادل ۸۰٪، حدود اطمینان ۹۵٪ و با بکار گیری فرمول مقایسه میانگین ها (پوکاک) حداقل نمونه مورد نیاز ۱۸ نمونه محاسبه شد که با تأثیر ضریب طرح ۲/۵ تعداد نمونه ها به ۴۵ نفر افزایش یافت. متغیر مستقل این پژوهش، آموزش بهداشت بر اساس الگوی توانمندسازی بوده و کیفیت زندگی زنان یائسه بعنوان متغیر وابسته بود. روش نمونه گیری چند مرحله ای و بدین ترتیب بود که از بین مراکز بهداشتی موجود در شهرستان زرندیه، به صورت تصادفی دو مرکز انتخاب شدند، و در مرحله بعد بصورت تصادفی یکی از مراکز (مأمونیه) به عنوان گروه آزمون و مرکز دیگر (آسیابک) به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. در مرحله پایانی با مراجعه به دفاتر و پرونده های فعال مراکز مذکور، به هر یک از اعضای جامعه شماره مشخصی داده شد و تعداد نمونه مورد نیاز از هر مرکز با روش قرعه کشی انتخاب و در صورتی که دارای معیارهای ورود بودند وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات یک پرسشنامه چند قسمتی بود، شامل اطلاعات دموگرافیک (حاوی ۱۰ سئوال)، سئوالات سنجش کیفیت زندگی ویژه دوران یائسگی طراحی شده توسط جان هیلدیچ در تورنتوی کانادا که در ۴ بعد وازوموتور، روانی، اجتماعی، جسمی و جنسی (حاوی ۲۶ سئوال) که توسط رستمی و همکاران (۱۵) روان سنجی شده و اجزاء الگوی توانمند سازی شامل پرسشنامه عزت نفس رزنبرگ (حاوی ۱۰سئوال)، و سئوالات خودکارآمدی (حاوی۱۰سئوال) بود.

روایی پرسشنامه از طریق روش روایی محتوی، صوری و روایی سازه سنجیده شد. بدین صورت که پرسشنامه بر اساس منابع معتبر علمی تهیه و پس از آن، در اختیار ده نفر از اساتید که دارای تخصص و تجربه کافی در زمینه مورد نظر بودند قرار گرفت، و از آنها خواسته شد تا پس از بررسی کیفی ابزار بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری آیتم ها در جای مناسب خود و امتیاز دهی مناسب بازخورد لازم را ارائه دهند، تا اشکالات و ابهامات موجود در پرسشنامه اصلاح گردد. برای سنجش روایی محتوا به روش کمی از دو ضریب نسبت روایی محتوی (CVR)[1] و شاخص روایی محتوی (CVI)[2] با کمک پانل خبرگان استفاده شد. با توجه به تعداد پانل خبرگان که ۱۰ نفر بودند و در نظر گرفتن معیار بالاتر از ۰/۶۲ در جدول لاوشه، نسبت روایی محتوا با میانگین ۰/۷۸ برای پرسشنامه کیفیت زندگی، ۹۱٪ برای پرسشنامه عزت نفس و ۸۲٪ برای پرسشنامه خودکارآمدی تأیید شد. برای تأیید شاخص روایی محتوا نیز از معیار بالاتر از ۰/۷۹ استفاده شد که میانگین شاخص

1. Content Validity Ratio
2. Content Validity Index

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

روایی محتوا پرسشنامه کیفیت زندگی ۰/۸۴، پرسشنامه عزت نفس ۸۹٪ و پرسشنامه خودکارآمدی ۸۱٪ بدست آمد. به منظور تعیین اعتبار سازه، از تحلیل عاملی تأییدی و نرم افزار لیزرل ۸/۸ استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد که داده ها با سازه های پیشنهاد شده برازش کافی دارند چرا که شاخص های آماره برازش به آستانه مورد قبول ۹۰ درصد رسید و کلیه بارهای عاملی در سطح $P<۰/۰۵$ معنی دار بودند. پایایی پرسشنامه نیز با روش آزمون آلفای کرونباخ مورد سنجش و ارزیابی قرار گرفت که پایایی آن برای متغیر کیفیت زندگی ۰/۹۲، عزت نفس ۰/۸۵ و خود کارآمدی ۰/۷۲ به دست آمد. نحوه امتیاز دهی به پرسشنامه در بخش کیفیت زندگی به شیوه نمره گذاری بود، نحوه عمل بدین صورت بود که پاسخگو از بین نمره های تعیین شده که بین ۱ تا ۵ بود، (نمره ۱: هیچ مشکلی ندارد، نمره ۲: مشکل دارد و برای بیمار کمی ناراحتی ایجاد می کند، نمره۳: مشکل دارد و برای بیمار ناراحتی نسبتاً کمی ایجاد می کند، نمره۴: مشکل دارد و برای بیمار ناراحتی نسبتاً زیادی ایجاد می کند، نمره۵: مشکل دارد و برای بیمار ناراحتی زیادی ایجاد می کند) یک نمره را انتخاب می‌کرد، کل امتیاز کیفیت زندگی ۱۳۰ بود که امتیاز ۶۰-۲۶ نشان دهنده کیفیت زندگی خوب، ۹۵-۶۱ نشان دهنده کیفیت زندگی متوسط و ۹۶ به بالا نشان دهنده کیفیت زندگی نامناسب بود. پاسخ به سؤالات عزت نفس بر اساس مقیاس چهار گزینه ای (کاملاً موافق، موافق، مخالف، کاملاً مخالف) تنظیم شده بود که به ترتیب از صفر تا ۳ نمره داده شد، در بخش خودکارآمدی نیز پاسخ هر سئوال از چهار گزینه (اصلا صحیح نیست، کمی صحیح است، تا حدی صحیح است و کاملاً صحیح است) تشکیل شده بود که از صفر تا سه نمره داده شد، دامنه امتیاز در بخش عزت نفس و خودکارآمدی بین ۰ تا ۳۰ بود که امتیاز ۹-۰ نشان دهنده خودکارآمدی یا عزت نفس پایین، امتیاز ۱۹-۱۰ نشان دهنده خودکارآمدی یا عزت نفس متوسط و امتیاز بالاتر از ۲۰ نشان دهنده خودکارآمدی یا عزت نفس مطلوب بود. معیار ورود در این مطالعه عبارت بود از زنان یائسه‌ای که حداقل یکسال و حداکثر ۵ سال از قاعدگی نهایی آنها گذشته باشد و دارای پرونده فعال در مرکز بهداشتی و درمانی مأمونیه باشند. در ضمن افرادی که هورمون تراپی، مصرف داروهای خاص همچون ضد اضطراب، افسردگی و بیماریهای مزمن همچون دیابت داشتند از پژوهش خارج شدند.

پس از برگزاری آزمون اولیه و تجزیه و تحلیل نتایج آن، نیازهای آموزشی واحدهای پژوهش (ورزش و تحرک فیزیکی منظم، تغذیه صحیح و مصرف روزانه میوه و سبزی، محدودیت مصرف نمک، تعدیل وزن، ضرورت حذف عادات مضر مثل استرس های روزمره، مصرف منظم و مرتب داروهای تجویزی پزشک، شرکت در برنامه های اجتماعی، افزایش مراوده با گروه همسالان، رفتارهای مراقبتی حفاظت از خود، آشنایی با فرایند یائسگی، نحوه برخورد با عوارض یائسگی و ...) تعیین و محتوای آموزشی بر اساس الگوی توانمندسازی (بالا بردن عزت نفس و خودکارآمدی) طراحی و تدوین گردید. برنامه آموزشی تدوین شده با محوریت به عهده گرفتن مسئولیت شخصی برای حفظ و ارتقاء سلامت، توسعه خودکارآمدی در ۵ جلسه ۲ ساعته و با هدف توانمندسازی افراد در طی یک

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

هفته توسط تیمی متشکل از کارشناسان مامایی، بهداشت خانواده و کارشناس آموزش و ارتقاء سلامت با استفاده از روشهای سخنرانی، آموزش چهره به چهره، بحث گروهی، آموزش تن آرامی، ایجاد گروههای همیار برای پیاده روی، ارائه پمفلت آموزشی و پیگیری با مشاوره تلفنی در مورد پائسگی و کیفیت زندگی اجرا گردید، ۳ ماه بعد از اجرای برنامه آموزشی مجدداً اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی واحدهای پژوهش توسط همان پرسشنامه جمع آوری گردید. پس از استخراج اطلاعات، داده ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با آزمونهای تی و کای دو در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سنی زنان شرکت کننده در این مطالعه ۴/۷±۵۱/۶ سال بود و ۹/۵٪ آنها بیوه و میانگین زمان سپری شده از آخرین قاعدگی آنها ۳/۶ سال بود. در رابطه با متغیر سطح سواد بیشتر نمونه ها دارای تحصیلات بیسواد، نهضت سواد آموزی و ابتدایی (۷۱/۲٪)بودند. از نظر وضعیت اشتغال ۹۱/۳درصد خانه دار بودند. میانگین مدت ازدواج در گروه آزمون ۳۲/۵ و در گروه شاهد ۳۳/۱ بود. میانگین تعداد بارداری ها در گروه آزمون ۵/۴۷ و در گروه کنترل ۵/۱۶ بود. نتایج آزمون آماری کای دو نشان داد که بین میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و وضعیت مسکن در دو گروه (آزمون و کنترل) تفاوت معنی داری وجود ندارد و هر دو گروه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک یاد شده همگن بودند.

همچنین آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معنی داری بین میانگین سن، میانگین مدت ازدواج و میانگین تعداد بارداری ها در دو گروه وجود نداشت.

یافته های پژوهش نشان می دهد که قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنی داری بین دو گروه از لحاظ کیفیت زندگی ملاحضه نمی شود و ۲۵٪ از گروه آزمون و ۱۷٪ از گروه کنترل کیفیت زندگی نامطلوب و در مجموع ۶۱٪ از نمونه ها کیفیت زندگی متوسط داشتند. همچنین در این پژوهش قبل از مداخله آموزشی ۱۳٪ از گروه آزمون و ۱۶٪ از گروه ۱۵ عزت نفس بالایی داشتند و در رابطه با خودکارآمدی نیز ۱۸٪ از گروه آزمون و ۱۴٪ از گروه کنترل خودکارآمدی درک شده بالایی داشتند. آزمون آماری کای دو نشان داد هر دو گروه قبل از مداخله آموزشی از لحاظ عزت نفس و خودکارآمدی و کیفیت زندگی همگن بودند (جدول۱).

جدول۱. توزیع فراوانی نسبی کیفیت زندگی، عزت نفس و خودکارآمدی افراد مورد بررسی قبل از مداخله آموزشی

متغیر	گروه	آزمون (درصد) تعداد	کنترل (درصد) تعداد	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	خوب(۶۰-۲۶)	۷ (۱۵)	۵ (۱۱)	۰/۸۲۱
	متوسط(۹۵-۶۱)	۲۷ (۶۰)	۲۸ (۶۲)	
	نامطلوب(۱۳۰-۹۶)	۱۱(۲۵)	۱۲ (۱۷)	
عزت نفس	خوب(۳۰-۲۰)	۶ (۱۳)	۷ (۱۶)	۰/۸۱۷
	متوسط(۱۹-۱۰)	۲۶ (۵۸)	۲۳ (۵۱)	
	ضعیف(۹-۰)	۱۳ (۲۹)	۱۵ (۳۳)	
خودکارآمدی	خوب(۳۰-۲۰)	۸ (۱۸)	۶ (۱۴)	۰/۸۰۳
	متوسط(۱۹-۱۰)	۲۵ (۵۵)	۲۵ (۵۵)	
	ضعیف(۹-۰)	۱۲ (۲۷)	۱۴ (۳۱)	

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

همانطور که جدول ۲ نشان می دهد آزمون تی زوجی تفاوت معنی داری در میانگین نمره کیفیت زندگی و اجزاء الگوی توانمند سازی فردی (عزت نفس و خودکارآمدی) در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان می‌دهد (P<۰/۰۰۱)، در حالی که در گروه شاهد تفاوت معنی داری در قبل و بعد از مداخله آموزشی ملاحضه نمی شود. همچنین بررسی داده ها با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد که دو گروه (آزمون و کنترل) از لحاظ میانگین نمره کیفیت زندگی تفاوت معنی داری قبل و بعد از آموزش نداشتند، اما آزمون تی مستقل در میانگین نمره ابعاد الگوی توانمند سازی (خود کارآمدی و توانمند سازی)در دو گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی داری نشان داد(P<۰/۰۱).

جدول۲. مقایسه میانگین نمره های کیفیت زندگی و ابعاد الگوی توانمند سازی در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از آموزش

متغیر	گروه	گروه آزمون انحراف معیار ±میانگین	گروه کنترل انحراف معیار ±میانگین	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	قبل ازمداخله	۷۶/۴۰±۱۹/۷۹	۷۲/۳۸±۱۷/۴۵	۰/۳۰۹
	بعد از مداخله	۶۸/۴۸±۱۸/۹۲	۷۱/۷۶±۱۴/۹۷	۰/۳۵۱
	PV	۰/۰۰۱	۰/۰۶۷	
عزت نفس	قبل ازمداخله	۱۳/۷۶±۵/۴۳	۱۳/۳۴±۵/۷۷	۰/۸۴۷
	بعد از مداخله	۱۶/۱۴±۵/۲۰	۱۳/۴۲±۵/۶۱	۰/۰۱۱
	PV	۰/۰۰۱	۰/۶۷۱	
خودکارآمدی	قبل ازمداخله	۱۳/۳۸±۵/۴۰	۱۴/۶۴±۵/۰۷	۰/۲۳۳
	بعد از مداخله	۱۹/۲۰±۵/۳۲	۱۵/۰۲±۵/۱۰	۰/۰۰۱
	PV	۰/۰۰۱	۰/۱۶۵	

بحث و نتیجه گیری

کیفیت زندگی در قالب یک مفهوم علمی در واقع احساس رفاه می باشد که از رضایت یا عدم رضایت در زندگی ناشی می‌شود و این اعتقاد در بین کارکنان خدمات بهداشتی وجود دارد که بهبود کیفیت زندگی بایستی مهمترین هدف مداخلات پزشکی باشد (۴). نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی طراحی شده بر اساس الگوی توانمند سازی در بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه مؤثر بوده است به طوری که میانگین کیفیت زندگی گروه آزمون از ۷۶ (قبل از آموزش) به ۶۸ (بعد از آموزش) رسیده است، که یافته حاضر همسو با مطالعات مشابه بود که با استفاده از این الگو انجام شده بود. به عنوان مثال مطالعه مسعودی و همکاران نشان داد که آموزش با استفاده از الگوی توانمند سازی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است (۱۱). مطالعه حیدری و همکاران نیز نشان داد الگوی توانمندسازی در بهبود کیفیت زندگی نوجوانان دیابتی مؤثر می‌باشد (۱۲). ناکائو و همکاران نشان دادند سالمندانی که برنامه های الگوی توانمند سازی را دنبال می کردند در مقایسه با سالمندان گروه کنترل تعادل، توده بدنی و کیفیت زندگی بهتری داشتند (۱۳).

در بررسی دیگر که توسط اله یاری و همکاران با عنوان تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور برکیفیت زندگی کودکان مبتلا به تالاسمی انجام گرفت نتایج پژوهش نشان داد که الگوی توانمند سازی در افزایش کیفیت زندگی کودکان مبتلا به تالاسمی در گروه آزمون مؤثر می باشد (۱۴). پور محسنی و همکاران نیز نشان

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

دادند که برنامه آموزشی بر مبنای توانمند سازی در پیشگیری از بروز ناسازگاری های زناشویی مؤثر است (۱۶). همچنین یافته پژوهش حاضر در رابطه با ارتقاء کیفیت زندگی زنان یائسه بعد از مداخله آموزشی همسو با پژوهش مریدی و همکاران در سنندج (۱۷)، فروهری و همکاران در شیراز (۱۸)، یزدخواستی و همکاران در تهران (۳)، هانتر و اودا در لندن (۱۹) می باشد که نشان دادند آموزش بهداشت در ارتقاء کیفیت زندگی زنان یائسه مؤثر می باشد.

بر اساس یافته های این پژوهش قبل از مداخله آموزشی تنها ۱۳٪ از زنان مورد بررسی کیفیت زندگی خود را مطلوب ارزیابی کرده بودند و میانگین نمره ۷۴ از ۱۳۰ نیز مؤید این مطلب است. نگاه تحلیلی به یافته های این بخش نشان داد که ۳۵٪ از افراد گروه آزمون قبل از آموزش احساس کمبود انرژی و توان، ۳۱٪ کاهش توان عمومی، ۳۰٪ احساس خستگی و کوفتگی، ۴۰٪ درد عضلات و مفاصل را گزارش کردند که این میزان بعد از مداخله به ترتیب به ۲۲، ۱۵، ۱۹و ۸ درصد کاهش یافت.

در بعد مشکلات روانی اجتماعی نیز قبل از آموزش ۳۹٪ احساس افسردگی، ۴۲٪ احساس کم طاقتی و بی‌حوصلگی، ۳۶٪ نارضایتی از زندگی شخصی و ۴۳٪ احساس اضطراب یا عصبی بودن داشتند که بعد از مداخله آموزشی به ترتیب به ۱۹، ۱۴، ۱۵ و ۱۲ درصد کاهش یافت. همچنین قبل از آموزش ۱۹٪ گرگرفتگی، ۲۱٪ تعریق و ۲۹٪ درد و ناراحتی هنگام نزدیکی داشتند که بعد از آموزش به ترتیب به ۱۰، ۱۵ و ۱۴ درصد کاهش یافت. در مطالعه انجام شده در آمریکا ۲۵٪ زنان مورد بررسی مشکلات وازوموتور و ۳۵٪ نیز مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی را گزارش کردند (۲۰).

شواهد موجود حاکی از آن است که یائسگی نه تنها پایان دوره باروری زن است، بلکه آغاز دوره‌ای از تغییرات جسمانی و متابولیکی است که بر کیفیت زندگی وی تأثیر می‌گذارند. به عبارت دیگر یائسگی اگر چه فرایندی فیزیولوژیک و رویدادی همگانی است که در فواصل ۵۰- ۴۰ سالگی روی می دهد اما دارای آثار و عوارضی است که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۱). بررسی شمس علیزاده و همکاران نشان داد که بین کیفیت زندگی و مراحل یائسگی ارتباط وجود داشته و کیفیت زندگی زنان یائسه نسبت به قبل از یائسگی پائین‌تر است (۲۲). مطالعه تسای و همکاران در چین نیز نشان دهنده کیفیت زندگی پائین تر زنان یائسه در مقایسه با زنان همسن خود که دارای سیکل ماهیانه بودند می باشد (۲۳). مطالعه زولنر و همکاران در آلمان نشان داد که یائسگی موجب کاهش سلامت و کیفیت زندگی زنان می‌شود (۲۴). دلپرادو و همکاران نیز، با ارزیابی کیفیت زندگی با استفاده از معیار میزان یائسگی در زنان ۵۹- ۴۰ ساله شیلی به این نتیجه رسیدند که یائسگی بطور معنی داری بر روی کیفیت زندگی اثر داشته و فاکتورهای اجتماعی فرهنگی نیز بطور نسبی بر آن مؤثرند (۲۵).

یافته های این پژوهش نشان داد که بین میانگین نمره عزت نفس و خودکارآمدی گروه آزمون قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی داری وجود دارد و کسب نمره ۱۳/۵۰ از ۳۰ نمره عزت نفس و کسب نمره ۱۴ از ۳۰ نمره

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

خودکارآمدی در واحدهای پژوهش قبل از مداخله بیانگر آن است که زنان تحت بررسی عزت نفس و خودکارآمدی، پایینی دارند. جدول یک نیز نشان می دهد که فقط ۶/۵ درصد نمونه ها عزت نفس مطلوب و ۷ درصد خودکارآمدی بالا داشتند. در این مطالعه پس از مداخله آموزشی با بالا رفتن عزت نفس و خودکارآمدی نمونه ها، کیفیت زندگی آنها بهبود معنی داری یافت. نتایج بررسی‌های نشان می دهند که این دو سازه (عزت نفس و خود کارآمدی) مفاهیمی به غایت مهم و حیاتی در روانشناسی هستند. عزت نفس بیانگر نظر فرد در مورد با ارزش بودن و توانایی خود است و خود کارآمدی براین انگاره استوار است که شخص تصور کند قادر است تا پدیده‌ها و رویدادها را به منظور رسیدن به وضعیت مطلوب خود با رفتار و کردار مناسب سازمان دهد (۲۶،۲۷).

همسو با یافته این مطالعه، در مطالعه جعفری و همکاران (۸) و نیز مطالعه گربر و همکاران کیفیت زندگی زنان یائسه با خودکارآمدی رابطه مثبت و معنی داری داشت (۲۸). مطالعه مظلومی و همکاران نیز نشان داد بین عزت نفس و خود کارآمدی با رفتارهای بهداشتی دانشجویان رابطه معنی داری وجود دارد (۲۹). مطالعه الواسکی و مک‌آئولی که تحت عنوان نقش ورزش و عزت نفس در کیفیت زندگی زنان یائسه انجام شد مشخص گردید که عزت نفس و خود کارآمدی، در بهبود کیفیت زندگی زنان مؤثر است (۳۰). در مطالعه هافمن و همکاران نیز عزت نفس بالا با نگرشهای مثبت تر نسبت به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی، زنان آفریقایی-آمریکایی همراه بوده است (۳۱). مک آندرو و همکاران معتقدند که باور و اطمینان فرد به توانایی هایش (خودکارآمدی درک شده) در درمان علایم یائسگی از عوامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشد (۳۲).

نتایج این مطالعه نشان می دهد با به کارگیری مداخله آموزشی بر اساس الگوی توانمند سازی با بهبود عزت نفس و خودکارآمدی می توان کیفیت زندگی زنان یائسه را بهبود بخشید و به فرایند پیری موفق در آنها کمک کرد. لذا با توجه به نتایج حاصل، به پرسنل مراکز بهداشتی درمانی توصیه می شود که ضمن اجرای برنامه‌های آموزشی برای افزایش آگاهی زنان در مورد تغییرات فیزیولوژیک دوران یائسگی با بهره گیری از الگوی توانمند سازی، به ارتقاء کیفیت زندگی زنان یائسه کمک نمایند.

تشکر و قدردانی

از کلیه عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند به ویژه واحدهای پژوهش و خانواده های آنها، کارشناسان مامایی مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان و سرکار خانم بیاتی کارشناس مرکز بهداشت زرندیه تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

References

1. Mohamadi S, Baiat A, Taheri H. Knowledge, attitude and practice toward a aging healthy life style among in elderly. Journal of Gazvin university of Medical science. 2007; 11(1):35-39. (In Persian)
2. Elavsky S. Physical Activity, Menopause, and Quality of Life: The Role of affect and Self-Worth across Time. Menopause. 2009; 16(2): 265-271.
3. Yazdkhasti M, Keshavarz M, Merghati KE, Hosseini F. The Effect of Structured Educational Program by Support Group on Menopause Women's Quality of Life. Iranian Journal of Medical Education. 2012, 11(8):986-994. (In Persian)
4. Hess R, Thurston RC, Hays RD, Chang CC, Dillon SN, Ness RB, Bryce CL, Kapoor WN, Matthews KA. The impact of menopause on health-related quality of life: results from the STRIDE longitudinal study. Qual Life Res. 2012; 21(3):535-544.
5. Som N, Ray S. Menopause-specific quality of life of urban women in West Bengal, India. Menopause Int. 2012; 18(3):99-105.
6. Lee MS, Kim JH, Park MS, Yang J, Ko YH, Ko SD, Joe SH. Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. J Korean Med Sci. 2010; 25(5):758-765.
7. Fallahzadeh H. Quality of life after the menopause in Iran: a population study. Qual Life Res. 2010; 19(6):813-819.
8. Jafary F, Farahbakhsh K, Shafiabadi A, Delavar A. Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. Aging Ment Health. 2011; 15(5):630-637.
9. Ayers B, Forshaw M, Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. Maturitas. 2010; 65(1):28-36.
10. Krajewska-Ferishah K, Krajewska-Kułak E, Terlikowski S, Wiktor H, Van Damme-Ostapowicz K, Chadzopulu A, et al. Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece, Belarus and Belgium using MRS Scale. A multicenter study. Adv Med Sci. 2010; 55(2):191-195.
11. Masoudi R, Soleimani MA, Hasheminia AM, Qorbani M, Dehkordi AH, Bahrami N. The The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life in elderly people. Journal of gazvin university of medical science. 2010; 14(1):57-65. (In Persian)
12. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. Iranian Journal of Pediatrics. 2007; 17(1):88-96. (In Persian)
13. Nakao H, Yoshikawa T, Hara T. Thresholds of physical activities necessary for living a self supporting life in elderly women. Osaka city medical Journal. 2007; 53(2):53-61.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

14. Allahyari A, Alhani F, Kazemnejad A, Izadyar M. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life of school-age B-thalassemic children. Iranian Journal of Pediatrics. 2006; 6(4):25-52. (In Persian)
15. Rostami A, Ghofranipour F, Ramezanzadeh F, Kazemnejad A. The effect of educational program on Knowledge, attitude and quality of Life menopausal women's. Journal of Shahed university (Daneshvare pezeshki) 2003; 11(49):19-23. (In Persian)
16. Pourmohseni F, Allahyari AA, Fathi A, Azadfallah P, Ahmadi F. The effect of marital empowerment program on the marital satisfaction in couple. Clinical psychology Journal. 2012; (3)1: 27-37. (In Persian)
17. Moridi G, Seidoshohadai F, Abbasi H. The effect of health education on quality of life in menopausal women's. Iranian Journal of Nursing. 2005; 44(3):31-38. (In Persian)
18. Forouhari S, Safari Rad M, Moattari M, Mohit M, Ghaem H. The effect of education and awareness on the Quality-of-Life in postmenopausal women. Indian Journal of community medicine. 2010; 35(1): 109-114.
19. Hunter M, O'Dea I. An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. Patient Educ Couns. 1999; 38(3):249-255.
20. Norozi E, Mostafavi F, Hassanzadeh A, Moodi M, Sharifirad Gh. Factors Related with Quality of Life among Postmenopausal Women in Isfahan, Iran, based on Behavioral Analysis Phase of PRECEDE Model. 2012; 7(3):267-277.
21. Nisar N, Sohoo NA. Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: a hospital based survey. J Pak Med Assoc. 2009; 59(11):752-756.
22. Shams Alizadeh N, Mohsenpour B, Ghaderi GhaderiE, Razaei F, Delavari A. Quality of life in 15-64 years old people in Kurdistan province, western part of Iran. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010; 12(1): 448-456.
23. Tsai SY, Chi LY, Lee CH, Chou P. Health-related quality of life as a predictor of mortality among community-dwelling older persons. Eur J Epidemiol. 2007; 22(1): 19-26.
24. Zöllner YF, Acquadro C , Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. Qual life Res. 2005; 14(2):309-27.
25. Del prado M, Fuenzalida A, Jara D. Assessment of quality of life using the Menopause Rating Scale in women aged 40 to 59 years, Rev Med Chil. 2008;136(12):1511-1517.
26. Alhani F. Planning and evaluation of family center empowerment model in iron deficiency anemia. A thesis for degree of PhD, Tehran: Tarbiat

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]

Modares University; 2003. (In Persian)
27. Karimy M, Niknami SH, Amin Shokravi F, Shamsi M, Hatami A. The Relationship of Breast self-examination with Self-esteem and Perceived Benefits/Barriers of Self-efficacy in Health Volunteers of Zarandieh city. Iranian Journal of Breast Disease. 2009; 2(8):24-32. (In Persian)
28. Gerber JR, Johnson JV, Bunn JY, O'Brien SL. A longitudinal study of the effects of free testosterone and other psychosocial variables on sexual function during the natural traverse of menopause. Fertil Steril. 2005; 83(3): 643-648.
29. Mazloomy MS, Mehri A, Morowatisharifabad MA. The Relationship of Health Behavior with Self-esteem and Self-efficacy in Students of Yazd Shahid Sadooghi University of Medical Sciences. Kerman journal of university of medical sciences health services (Strides in Development of Medical Education). 2006; 3(2): 111-117. (In Persian)
30. Elavsky S, McAuley E. Exercise and self-esteem in menopausal women: a randomized controlled trial involving walking and yoga. Am J Health promot. 2007; 22(2):83-92.
31. Huffman SB, Myers JE, Tingle LR, Bond LA. Menopause symptoms and attitudes of African American women: closing the knowledge gap and expanding opportunities for counseling. J Counsel Dev. 2005; 83(1): 48-56.
32. McAndrew LM, Napolitano MA, Albrecht A, Farrell NC, Marcus BH, Whiteley JA. When, why and for whom there is a relationship between physical activity and menopause symptoms. Maturitas. 2009; 64(2): 119-125.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-11-24]