

## تأثیر آموزش مهارت زندگی بر روی کیفیت زندگی زنان یائسه

فریبا فرخی<sup>۱\*</sup>، فرشته نارنجی<sup>۲</sup>، بهمن صالحی<sup>۳</sup>، فاطمه مهربانی رزوه<sup>۴</sup>، محمد رفیعی<sup>۵</sup>

- ۱- کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
- ۲- عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
- ۳- دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
- ۴- دکترای روان شناسی دانشگاه موسکو واحد تاجیکستان (دوشنبه)، اراک، ایران
- ۵- دانشیار گروه آمار و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۵

دریافت: ۱۳۹۴/۷/۲۳

### چکیده:

**مقدمه:** یائسگی یک رویداد فیزیولوژیک در زندگی تمام زنان است. از جمله راهکارهای جایگزین، جهت ارتقای سلامتی و رویارویی بهتر با نشانه های دوران یائسگی، مداخلات آموزشی است. مطالعه ای با هدف بررسی اثر آموزش مهارت های زندگی بر روی کیفیت زندگی زنان یائسه در شهر اراک انجام دادیم.

**روش کار:** این مطالعه از نوع نیمه تجربی بوده که بر روی ۴۰ زن یائسه در پنج درمانگاه و کانون بازنشستگان شهر اراک در سال ۱۳۹۳ با نمونه گیری آسان و تصادفی ساده انجام گرفت. جهت تعیین میزان کیفیت زندگی از پرسشنامه مخصوص کیفیت زندگی دوران یائسگی (MENQOL) استفاده شد. زنان در دو آموزش مهارت زندگی و گروه شاهد تقسیم شدند. قبل و پس از یک ماه از پایان آموزش، پرسشنامه کیفیت زندگی تکمیل گردید. در نهایت داده ها با SPSS/16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** طی مقایسه ای که بر روی دو گروه بعد از برگزاری جلسات انجام شد میانگین کیفیت زندگی ( $p=0/01$ )، علائم وازوموتور ( $p=0/01$ ) و جنسی ( $P=0/008$ ) اختلاف آماری معنی داری داشتند. در علائم روحی و روانی ( $P=0/14$ ) و فیزیولوژیک ( $P=0/06$ ) اختلاف معنی داری مشاهده نشد.

**نتیجه نهایی:** آموزش مهارت های زندگی سبب بهبود کیفیت زندگی، علائم وازوموتور و مسائل جنسی می گردد. پیشنهاد می شود در مراکز بهداشتی درمانی جلسات آموزش مهارت زندگی برای بهبود علائم وازوموتور، جنسی و ارتقا کیفیت زندگی زنان یائسه در نظر گرفته شود.

**کلیدواژه ها:** آموزش مهارت زندگی؛ کیفیت زندگی؛ یائسگی

\*نویسنده مسئول: فریبا فرخی؛ کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

Email: f.farokhi@arakmu.ac.ir

**مقدمه:**

نشانه های یائسگی ارتباط تنگاتنگی با کیفیت زندگی زنان در دوره یائسگی داشته (۱) و چه از لحاظ فیزیولوژیک و چه از لحاظ سایکولوژیک و اجتماعی می توانند کیفیت زندگی زنان را تحت الشعاع خود قرار دهند (۲). در این مرحله از زندگی، زنان با بسیاری از مشکلات و عوارض ناشی از کمبود هورمون های جنسی مواجه خواهند شد و در نتیجه کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر این مشکلات قرار خواهد گرفت (۳، ۴).

از جمله راه کارهای جایگزین، جهت ارتقای سلامتی و رویارویی بهتر با نشان ههای دوران یائسگی، مداخلات آموزشی است (۵). یکی از چالش های پیش رو در زمینه یائسگی عدم آگاهی و دسترسی به اطلاعات مربوطه و مسائل مرتبط با آن بوده که با دادن اطلاعات ضد و نقیض تشدید می شود. کلید حل این مشکل در آگاه سازی زنان در این زمینه با شیوه های یادگیری متناسب با بستر و هنجارهای اجتماعی می باشد. ماهیت آموزش بهداشت، اکتسابی است و توسط یادگیری تقویت می شود. 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 می کند (۶).

زنان از مهم ترین ارکان جامعه و خانواده بوده و سلامت اجتماع در گرو تامین نیاز های مختلف آنان است، در حالی که یکی از بحرانی ترین مراحل زندگی زنان یائسگی می باشد. آمار نشان می دهد که ۴۰ درصد زنان یائسه در مناطق صنعتی و ۶۰ درصد آن ها در کشور های در حال توسعه زندگی می کنند (۷). در کشور ایران زنان نیمی از جمعیت را تشکیل می دهند (۸). از نظر ساختار جمعیتی، بیشتر از ۵۰٪ جمعیت کشور ایران زیر ۲۳ سال و حدود ۶۶٪ 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 (۹). مهمترین واقعه میانسالی ۴۰-۶۵ سالگی در زنان یائسگی است. متوسط سن یائسگی ۵۱ سال در نظر گرفته می شود (۱۰). در زنان ایرانی تقریباً ۲۵ درصد از زنان یائسگی را قبل از ۴۵ سالگی تجربه می کنند و حدود نیمی از آنها بین سن ۴۵-

۵۰ سالگی و ۲۵ درصد آنها نیز بعد از ۵۰ سالگی یائسگی را تجربه می کنند (۱۱). به نظر می رسد تعداد علائم یائسگی بیشمار است اما خوشبختانه هیچ کس همه آن ها را تجربه نکرده، بعضی از زنان اصلاً علائم آشکاری ندارند. مطالعات اپیدمیولوژیک حاکی از آن است که ۶۵ تا ۸۵٪ زنان علائم ناخوشایند یائسگی را تجربه می کنند. زنان یائسه از نظر اختلالات وازوموتور ۱۰/۶ بار، از نظر اختلالات جنسی ۳/۲ بار و از نظر اختلالات جسمی ۵/۷ بار از زنان سنین قبل از یائسگی مستعدتر هستند (۱۲). این مشکلات نه تنها باعث ایجاد استرس و ناتوانی فراوانی برای فرد می شود بلکه فشاری را بر منابع اندک سیستم های مراقبت های بهداشتی کشورها اعمال می کند (۱۳). یکی از اهداف بهداشتی برای همه در قرن ۲۱ بهبود کیفیت زندگی است (۱۴). در مورد زنان یائسه، کیفیت زندگی توجه به مجموعه ای از علائم و بدون در نظر گرفتن عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی اشاره دارد. بحران یائسگی به واسطه علائم و مجموعه عوارض خود سلامت روانی، جسمانی، عاطفی و عملکرد اجتماعی و روابط خانوادگی را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۵). در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانی های عمده متخصصین بهداشتی می باشد (۱۶). در مورد ارتباط بین کیفیت زندگی در دوران یائسگی مطالعات زیادی وجود دارد، بلومل و همکاران در سال ۲۰۰۰ (۱۲)، گلیان و همکاران در سال ۲۰۰۳ و عابدزاده و همکاران در سال ۲۰۰۹ (۱۷)، و ویلیامز و همکاران در سال ۲۰۰۹ (۱۹) بیان کردند که یائسگی تأثیر منفی بر روی کیفیت زندگی زنان دارد و زنان در دوران یائسگی کیفیت زندگی پایین تری نسبت به زنان غیر یائسه برخوردار بودند. در چندین مطالعه نیز هیچ تفاوتی بین کیفیت زندگی در دو گروه قبل و بعد از یائسگی مشاهده نشد (۲۰-۲۲). عواملی نظیر ارتقا اطلاعات و آگاهی پیرامون جنبه های جسمی و روانی، افزایش انگیزش، حمایت و مشاوره باعث بهبود وضعیت جسمانی، کاهش اضطراب، تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی، کاهش اختلالات خلق و خو، بهبود سازگاری و رفتارهای تطابقی بیماران می شود که می تواند سبب ارتقا کیفیت زندگی گردد (۵).

از آنجا که بسیاری از مشکلات و دشواریهای زندگی امروزه اجتناب ناپذیر بوده و افراد جامعه همواره با آنها دست به گریبان هستند، لذا ایجاد و تقویت تواناییها و

می‌کند. بهره‌گیری از نتایج چنین مطالعاتی در سطح جامعه در ارتقا سلامت زنان موثر واقع می‌شود و به آنها کمک می‌کند تا میانسالی را با حفظ سلامت جسمی و روانی طی کرده و در سالهای بعد نیز سالمندان مولدی، برای جامعه خود باشند. برای افزایش کیفیت زندگی در زنان یائسه می‌توان از آموزش مهارت زندگی استفاده کرد؛ با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای مشابه صورت نگرفته است و اولین کار در این زمینه می‌باشد؛ برآن شدیم تا مطالعه‌ای با هدف بررسی اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر روی کیفیت زندگی زنان یائسه در شهر اراک انجام دهیم.

### روش کار:

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی با طرح قبل و بعد بر گرفته از بخشی از پایان نامه می‌باشد. این مطالعه بر روی ۴۰ زن یائسه که نمونه‌گیری آن‌ها به صورت تخصیص تصادفی ساده (اعداد تصادفی) در دو گروه مداخله و شاهد بود، انجام گرفت. تعداد نمونه براساس مطالعات و منابع موجود در زمینه روان شناسی و با توجه به این مطلب که در این نوع مطالعات، داشتن نمونه‌های زیاد سبب تداخل در امر آموزش می‌گردد و استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه مطالعات مداخله‌ای و سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۶/۱، ۲۰ نفر در هر گروه تعیین گردید (۴۴).

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)}$$

$$0.05 = \alpha$$

$$0.2 = \beta$$

روش نمونه‌گیری به این صورت بود که زنان مراجعه کننده به پنج درمانگاه و کانون باننشستگان شهر اراک با توجه به داشتن معیارهای ورود، وارد مطالعه گردیدند. معیارهای ورود عبارتند از: در محدوده سنی ۴۸-۶۰ سال، ۱۲ ماه از آخرین قاعدگی آنان گذشته باشد و ایرانی الاصل باشد، میزان تحصیلات حداقل ابتدایی را داشته باشد، قبلاً دوره‌ای جهت آموزش شرایط دوران یائسگی نگذرانده و اعتیاد به مواد مخدر نداشته باشد، نداشتن بیماری مزمن از قبل تشخیص داده شده، تحت

مهارتهایی که در شرایط دشوار ضامن سلامت روانی افراد باشد، ضروری است (۲۳). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، مهارتهای زندگی توانایی رفتار مثبت و سازگاری هستند که افراد را برای مقابله موثر با خواسته‌ها و چالشهای روزمره آماده می‌کند. در حالت خاص، مهارتهای زندگی گروهی از مهارتهای روانی و مهارتهای بین فردی هستند که افراد را در کنار آمدن با زندگی خود با یک شیوه سالم و مولد کمک می‌کند (۲۴). توانایی انجام رفتارهای سازگارانه و مثبت به گونه‌ای که فرد بتواند با چالشها و ضرورتهای زندگی روزمره کنار بیاید یکی از اصولی‌ترین اقداماتی است که افراد باید بیاموزند. آموزش مهارتهای زندگی می‌تواند کمکی برای رسیدن به این هدف باشد (۲۵). آموزش مهارت زندگی در فراگیران منجر به افزایش توانایی‌های تصمیم‌گیری، ارتباطات، و افزایش اعتماد به نفس آنان می‌شود (۲۶). یکی از عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی نحوه رویارویی با فشار روانی و مشکلات زندگی شخصی و اجتماعی است، ولی توانایی سازگاری افراد در این دو مورد با یکدیگر برابر نیست. در آموزش مهارتهای زندگی، محورها و موضوعاتی تدریس میگردد که به ارتقاء کیفیت زندگی کمک می‌کنند (۲۷).

آموزش مهارتهای زندگی، ابتدا بیشتر در حوزه تغییر رفتار و درمان بیماریهای مزمن نظیر روان گسیختگی انجام می‌شد اما طی دو دهه گذشته، پیشرفتهای قابل توجهی در آن صورت گرفته است؛ به گونه‌ای که تأثیر آن در افزایش کارکردهای اجتماعی، کیفیت زندگی، سلامت روان شناختی و کاهش علائم بیماریهای روان شناختی مختلف، کارآمدتر از درمانهای دارویی گزارش شده است (۲۸). از ویژگی‌های مهارت ارتباطی خانواده قابل یادگیری بودن آنهاست (۲۹). در نتیجه می‌توان این مهارتها را در جهت مثبت، تغییر داد و در صورت داشتن یک رابطه، بهکامی و کیفیت زندگی بالاتری را به دست آورد (۳۰).

در پایان می‌توان گفت که مطالعه در زمینه کیفیت زندگی، مشکلات و عواقب ناشی از یائسگی، شدت تاثیر آنها و ابعاد متاثر شده زندگی فرد را مشخص می‌کند، نیازهای آموزشی، درمانی، مشاوره‌ای و مراقبتی را تعیین و در تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های مراقبتی و سیاست‌های بهداشتی و سرمایه گذاری بهینه کمک

بهبتر بودن کیفیت زندگی می‌باشد. روایی و پایایی پرسشنامه توسط فلاح زاده و همکاران از طریق آلفای کرونباخ مقدار ۰/۸۵ به دست آمده است (۳۱). افراد از نظر کیفیت زندگی به سه دسته تقسیم می‌شوند. افرادی که مجموع امتیازات آن‌ها در فاصله ۱۱۶-۱۷۴ بود در گروه کیفیت زندگی نامناسب، افرادی که مجموع امتیازات آن‌ها در فاصله ۵۸-۱۱۶ در گروه متوسط و کسانی که امتیازات آن‌ها در فاصله ۰-۵۸ بود، در گروه کیفیت زندگی مناسب قرار گرفتند (۳۱). سپس ۸ جلسه برای آموزش مهارت زندگی اختصاص داده شد (جدول ۱). به طوری که در گروه مداخله ۲۰ نفر شرکت داشتند و جلسات هفته‌ای دو بار به مدت ۴۵-۶۰ دقیقه به شیوه بحث گروهی اجرا گردید. بعد از گذشت یک ماه (۳۲) از پایان جلسات دوباره پرسشنامه (MENQOL) برای همه زنان تکمیل گردید. در گروه کنترل پرسشنامه، با توجه به شماره تماس‌هایی که از زنان در اختیار بود به صورت تلفنی تکمیل گردید. تعیین وقت و هماهنگی با نظر مددجویان صورت گرفت.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS/16 و آزمون‌های تی مستقل، کای اسکوئر و تی زوجی در سطح معنی داری  $P \leq 0/05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

درمان خاصی جهت درمان علائم یائسگی نباشد (مانند هورمون درمانی)، متاهل و علاقمند به شرکت در مطالعه بوده و مشکل روحی و روانی نداشته باشد. معیارهای خروج مطالعه شامل عدم تمایل فرد برای ادامه حضور در مطالعه، غیبت بیش از یک جلسه و بروز اتفاقات و پیشامدهای ناگوار یا عدم تمایل به ادامه حضور در مطالعه تا قبل از جمع آوری اطلاعات مربوط به پرسشنامه دوم.

در این مطالعه، ابتدا پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل سن، قومیت، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، سن اولین قاعدگی و سن آخرین قاعدگی و هم چنین پرسشنامه ویژه کیفیت زندگی زنان یائسه (Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL) که شامل ۲۹ سوال از علائم و عوارض یائسگی (در ۴ حیطه وازوموتور (۳ سوال)، روانی- اجتماعی (۷ سوال)، فیزیکی (۱۶ سوال) و جنسی (۳ سوال) می باشد و براساس مقیاس لیکرت (امتیاز ۱ برای حداقل شدت و امتیاز ۶ برای حداکثر شدت)) می‌باشد، بین نمونه‌ها پخش و برای تمام زنان تکمیل گردید. بالاتر بودن نمره در هر حیطه نشان‌دهنده بدتر بودن کیفیت زندگی و پایین‌تر بودن نمره نشان دهنده

#### جدول ۱: اهداف جلسات مشاوره واقعیت درمانی و آموزش مهارت‌های زندگی در زنان یائسه

جلسات	اهداف
	آموزش مهارت زندگی
۱	آشنایی با گروه و مفاهیم مهارت زندگی و کاربرد آن در زندگی زنان یائسه و آموزش خودآگاهی
۲	آموزش مهارت ارتباطی موثر، آموزش تکنیک گوش دادن فعال، آموزش مهارت همدلی (مهارت خودآگاهی و همدلی-مهارت برقراری ارتباط موثر و مهارت روابط بین فردی)
۳	آموزش مهارت مقابله با افسردگی (مهارت مقابله با خلق منفی)
۴	آموزش مهارت مقابله با استرس (مهارت مدیریت استرس)
۵	آموزش مهارت‌های خاص در زمینه اختلافات زناشویی (مهارت مدیریت خشم و مهارت مدیریت زمان - مهارت رفتار جرات مندانه)
۶	آموزش مهارت تطابق با افزایش سن و بیماری‌های جسمی و حفظ سلامت خود
۷	آموزش مهارت تطابق با بیماری روحی و حفظ سلامت خود
۸	نتیجه‌گیری از جلسات و پاسخ به سوالات

#### یافته‌ها:

میانگین کیفیت زندگی در تمامی نمونه به طور  $18/49 \pm 56/20$  بود. میانگین کیفیت زندگی، علائم وازوموتور، علائم روانی، علائم فیزیولوژیک و جنسی به طور کلی قبل از برگزاری جلسات آموزش مهارت زندگی در گروه مداخله به ترتیب  $18/29 \pm 55/95$  (کیفیت زندگی

در این مطالعه ۴۰ زن شرکت کردند که در دو گروه مداخله و گروه شاهد تقسیم شدند. توزیع میانگین متغیرهای کمی و کیفی در دو گروه در جدول ۲ و ۳ بیان شده است.

قبل از برگزاری جلسات آموزشی دو گروه مداخله و شاهد از نظر کیفیت زندگی، علائم وازوموتور، علائم روانی، فیزیولوژیک و مسائل جنسی تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ( $p > 0.05$ ). بعد از برگزاری ۸ جلسه آموزش مهارت زندگی میانگین کیفیت زندگی، علائم وازوموتور، علائم روانی، فیزیولوژیک و مسائل جنسی در گروه مداخله کاهش یافت (جدول ۴).

طی مقایسه ای که بر روی دو گروه بعد از برگزاری جلسات انجام شد نشان داد که میانگین کیفیت زندگی ( $p = 0.01$ )، علائم وازوموتور ( $p = 0.01$ ) و جنسی ( $P = 0.008$ ) اختلاف آماری معنی‌داری داشتند. در حالی که در علائم روحی و روانی ( $P = 0.14$ ) و فیزیولوژیک ( $P = 0.06$ ) اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۴).

مناسب)،  $31/15 \pm 9/55$ ،  $14/00 \pm 7/30$ ،  $7/25 \pm 3/61$  و  $5/35 \pm 2/87$  می باشد و در گروه شاهد به ترتیب  $56/45 \pm 19/17$  (کیفیت زندگی مناسب)،  $5/85 \pm 4/49$ ،  $13/25 \pm 6/72$  و  $31/00 \pm 12/30$  و  $6/30 \pm 4/16$  می باشد. قبل از برگزاری جلسات بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری دیده نشد ( $p > 0.05$ ).

قبل از برگزاری جلسات  $57/5$  درصد کیفیت زندگی مناسب و  $42/5$  درصد کیفیت زندگی متوسط داشتند. اکثریت افراد در هر چهار حیطه وازوموتور ( $72/5$ )، روانی ( $57/5$ )، فیزیولوژیک ( $57/5$ ) و جنسی ( $60$ ) کیفیت زندگی مناسب داشتند. بعد از برگزاری جلسات در گروه مداخله بعد وازوموتور ( $90$ )، روانی ( $75$ )، فیزیولوژیک ( $90$ ) و جنسی ( $100$ ) کیفیت زندگی مناسبی داشتند.

جدول ۲: درصد فراوانی متغیرهای کیفی نمونه‌های مطالعه در دو گروه

متغیر	گروه	آموزش مهارت زندگی تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	pvalue
قومیت	لر	۱(۲/۵)	۰(۰)	۱
	کرد	۰(۰)	۰(۰)	
	فارس	۱۹(۴۷/۵)	۲۰(۵۰)	
تحصیلات زنان	ابتدایی	۹(۲۲/۵)	۱۱(۲۷/۵)	۰/۸۹
	راهنمایی	۶(۱۵)	۴(۱۰)	
	متوسطه و دیپلم	۴(۱۰)	۴(۱۰)	
	دانشگاهی	۱(۲/۵)	۱(۲/۵)	
شغل زنان	شاغل	۱۶(۴۰)	۱۳(۳۲/۵)	۰/۲۸
	خانه دار	۴(۱۰)	۷(۱۷/۵)	
تحصیلات همسر	ابتدایی	۶(۱۵)	۹(۲۲/۵)	۰/۷۹
	راهنمایی	۷(۱۷/۵)	۵(۱۲/۵)	
	متوسطه و دیپلم	۶(۱۵)	۵(۱۲/۵)	
	دانشگاهی	۱(۲/۵)	۱(۲/۵)	
شغل همسر	بیکار	۱(۲/۵)	۲(۵)	۰/۷۱
	کارمند	۴(۱۰)	۷(۱۷/۵)	
	آزاد	۵(۱۲/۵)	۴(۱۰)	
	کارمند عالی رتبه	۷(۱۷/۵)	۴(۱۰)	
	سایر موارد	۳(۷/۵)	۳(۷/۵)	

جدول ۳: توزیع میانگین متغیرهای کمی نمونه‌های مطالعه در دو گروه

متغیر کمی	گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	pvalue
سن (سال)						
تعداد فرزندان (نفر)	آموزش مهارت زندگی	۵۲/۱۵	۲/۲۵	۴۹	۵۵	۰/۳۹
	شاهد	۵۲/۴۰	۲/۰۶	۴۸	۵۵	
	کل	۵۲/۲۷	۲/۱۳	۴۸	۵۵	
سن در زمان اولین پرپود (سال)						
سن یائسگی (سال)	آموزش مهارت زندگی	۴/۴۰	۲/۶۶	۰	۱۰	۰/۲۱
	شاهد	۳/۹۵	۲/۰۱	۰	۷	
	کل	۴/۱۷	۲/۳۴	۰	۱۰	
سن در زمان اولین پرپود (سال)						
سن یائسگی (سال)	آموزش مهارت زندگی	۱۳/۸۵	۱/۱۸	۱۲	۱۶	۰/۷۰
	شاهد	۱۳/۶۰	۱/۱۴	۱۲	۱۶	
	کل	۱۳/۷۲	۱/۱۵	۱۲	۱۶	
سن یائسگی (سال)	آموزش مهارت زندگی	۴۸/۲۵	۳/۵۹	۴۰	۵۴	۰/۳۹
	شاهد	۴۹/۶۰	۱/۹۰	۴۶	۵۳	
	کل	۴۸/۹۲	۲/۹۲	۴۰	۵۴	

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی، علائم وازوموتور، روانی، فیزیولوژیک و جنسی بعد از برگزاری جلسات در گروه شاهد و مداخله

Pvalue*	آماره آزمون	آموزش مهارت زندگی		شاهد		گروه	متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۰۱	۲/۷۰۹	۱۳/۰۴	۴۲/۵۵ (کیفیت زندگی مناسب)	۱۷/۶۶	۵۵/۸۵ (کیفیت زندگی مناسب)	کیفیت زندگی	
۰/۰۱	۲/۶۷۱	۲/۴۲	۲/۷۵	۴/۱۰	۵/۶۰	علائم وازوموتور	
۰/۱۴	۱/۴۷۹	۵/۱۷	۱۰/۹۰	۶/۵۰	۱۳/۶۵	علائم روحی و روانی	
۰/۰۶	۱/۹۳۲	۷/۵۴	۲۴/۲۵	۱۱/۵۱	۳۰/۲۰	علائم فیزیولوژیک	
۰/۰۰۸	۲/۸۸۰	۱/۹۳	۳/۵	۳/۸۹	۶/۳۰	علائم جنسی	

\* T مستقل

وازموتور ( $p < 0/001$ )، میانگین بعد روانی-اجتماعی ( $p < 0/001$ )، میانگین بعد فیزیولوژیک ( $p < 0/001$ ) و میانگین بعد جنسی ( $p < 0/001$ ) کاهش یافتند و اختلاف معنی داری در گروه آموزش مهارت زندگی قبل و بعد از برگزاری جلسات مشاهده شد (جدول ۵).

در گروه مداخله قبل و بعد از برگزاری جلسات تغییراتی مشاهده شد و نشان داد که قبل از برگزاری نسبت به بعد از برگزاری جلسات میانگین‌ها در کیفیت زندگی، ابعاد وازوموتور و روانی و فیزیولوژیک و جنسی تغییراتی داشتند به طوری که میانگین کیفیت زندگی ( $p < 0/001$ )، میانگین بعد

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی، علائم وازوموتور، روانی-اجتماعی، فیزیولوژیک و جنسی قبل و بعد از برگزاری جلسات گروه مداخله

Pvalue*	آماره آزمون	آموزش مهارت زندگی				گروه متغیر
		بعد از برگزاری از جلسات		قبل از برگزاری از جلسات		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
< ۰/۰۰۱	۵/۸۱۱	۱۳/۰۴	۴۲/۵۵	۱۸/۲۹	۵۵/۹۵	کیفیت زندگی (کیفیت زندگی مناسب)
< ۰/۰۰۱	۴/۸۰۷	۲/۴۲	۲/۷۵	۳/۶۱	۴/۲۵	بعد وازوموتور
< ۰/۰۰۱	۴/۵۸۵	۵/۱۷	۱۰/۹۰	۷/۳۰	۱۴/۰۰	بعد روانی-اجتماعی
< ۰/۰۰۱	۲/۲۸۱	۷/۵۴	۲۴/۲۵	۹/۵۵	۳۱/۱۵	بعد فیزیولوژیک
< ۰/۰۰۱	۲۸۶/۵	۱/۹۳	۳/۵۰	۲/۸۷	۵/۳۵	بعد جنسی

\*آزمون T زوجی

### بحث:

مطالعه حاضر، به منظور بررسی تاثیر آموزش مهارت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه در چهار بعد وازوموتور، روانی و فیزیولوژیک و جنسی بود. نتایج مطالعه بیانگر تاثیر مثبت برگزاری ۸ جلسه متوالی آموزش مهارت زندگی بر روی کیفیت زندگی، علائم وازوموتور و مسائل جنسی می باشد. قبل از برگزاری جلسات کیفیت زندگی در حد مناسب بود و با برگزاری جلسات بهبود در کیفیت زندگی با توجه به مقایسه میانگین‌ها مشهود می‌باشد.

در مطالعه ما شایعترین علامت احساس کمبود انرژی بود اما در مطالعه فلاح زاده و همکاران شایعترین علامت گرگرفتگی (۹۵ درصد) (۳۱) و در مطالعه چن و همکاران کاهش حافظه شایعترین علامت بود (۳۳). در مطالعه تیموری و همکاران در تهران نشان داد که عوارض گرگرفتگی ۷۹/۱ درصد، تغییر در تمایلات جنسی ۵۵/۵ درصد، احساس افسردگی ۸۹/۹ درصد و اختلال خواب ۸۵/۶ درصد بود (۳۴) که میزان آن‌ها به جز در مورد اختلال خواب در مطالعه ما کمتر بوده است.

در مطالعه یزدخواستی و همکاران در سال ۲۰۱۲ در گروه مداخله بعد از یک ماه از پایان جلسات آموزشی، کیفیت زندگی از مجموع نمرات وازوموتور، روانی و فیزیولوژیک و جنسی تفاوت آماری معنی داری داشتند ( $P < ۰/۰۰۱$ ) (۳۲). که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. در بعد روانی و فیزیولوژیک در مطالعه ما تفاوت

آماري مشاهده نشد این امر می تواند ناشی از آن باشد که سن یائسگی در مطالعه یزدخواستی و همکاران در گروه مداخله  $۵/۱۶ \pm ۴۹/۳۳$  سال و در گروه شاهد  $۴۹/۳۲ \pm ۵/۳۲$  سال بودند در حالی که در مطالعه ما در گروه مداخله  $۵۲/۱۵ \pm ۲/۵۴$  سال و در گروه شاهد  $۵۲/۴۰ \pm ۲/۰۶$  سال بود، که نشانه آن است که میانگین سنی در مطالعه ما بالاتر بوده است و همین بالا بودن میانگین سنی می‌تواند بر روی میزان یادگیری افراد موثر بوده و از طرفی مانع از انجام تمرینات ارائه شده در مراحل جسمی و روانی گردد. از طرفی در مطالعه ما کیفیت زندگی قبل از برگزاری جلسات دراکثریت (۵/۵۷) در محدوده مناسب با میانگین  $۱۸/۲۹ \pm ۵۵/۹۵$  بود و این موضوع می‌تواند خود باعث کاهش تغییر در میانگین در بعد فیزیولوژیک و روانی گردد. اما در سایر ابعاد با مطالعه یزدخواستی و همکاران همخوانی وجود دارد.

در مطالعه شریف نیا و همکاران در سال ۲۰۱۲ کیفیت زندگی کلی زنان را در حد متوسط اعلام کردند (۳۵) و در مطالعه عابدزاده و همکاران در سال ۲۰۰۹ کیفیت زندگی کلی زنان در ۶۸/۹ درصد موارد متوسط بوده است (۱۷). در مطالعه بلومل و همکاران در سال ۲۰۰۰ نیز کیفیت زندگی در زنان یائسه در حد متوسط بوده است (۱۲). که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد و افراد اکثریت (۵۷/۵ درصد) با توجه به امتیازات پرسشنامه وضعیت کیفیت زندگی مناسبی داشتند. تفاوت می‌تواند به دلیل آن باشد که عابد زاده و همکاران (۱۷) از پرسشنامه کیفیت

محتوای آموزشی متفاوت دو پژوهش باشد. مطالعه اونیسو در نیجریه در سال ۲۰۰۳ نشان می‌دهد که آموزش موجب بهبود فعالیت های جنسی در زنان در دوران یائسگی می‌شود و سبب افزایش رضایتمندی زناشویی در آن‌ها می‌گردد (۴۱) که با مطالعه حاضر مطابقت دارد. بنایی و همکاران در سال ۲۰۱۳ مطالعه ای با هدف تعیین آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر روی کیفیت زندگی زنان خانه‌درا انجام دادند که نشان می‌داد آموزش بر خرده مقیاس های کیفیت زندگی به جز درد جسمانی تاثیر معناداری دارد. البته آن‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی - فرم کوتاه (SF-36) استفاده نموده بودند (۴۲). نتایج آن‌ها مانند مطالعه ما نشان می‌دهد که آموزش بر کیفیت زندگی موثر است اما بر بعد فیزیولوژیک موثر نیست.

جوادی و همکاران در سال ۲۰۱۳ با مطالعه‌ای با هدف تاثیر آموزش مهارت زندگی بر کیفیت زندگی پرستاران نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی سبب بهبود کیفیت زندگی می‌گردد ( $p < 0/001$ ) (۴۳) که با نتایج مطالعه ما در مورد کیفیت زندگی ( $p = 0/01$ ) وجود آن که میانگین سنی آن‌ها ۳۰/۲۸ سال بوده و از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 استفاده کرده بودند، همخوانی دارد.

### نتیجه نهایی:

نتایج حاصل از مطالعات حاکی از آن است که آموزش می‌تواند سبب بهبود وضعیت کیفیت زندگی و همچنین تاثیر به سزایی بر بعد وازوموتور و جنسی دارد لذا پیشنهاد می‌گردد که در مراکز بهداشتی درمانی برای زنان یائسه مراقبت‌ها و جلسات آموزشی گنجانده شود.

### سپاسگزاری:

این پژوهش برگرفته از بخشی از پایان نامه می‌باشد که کد اخلاق این پایان نامه ۹۳-۲۴-۱۷۱ در تاریخ ۹۳/۹/۱۰ مصوب گردید. در انتها از معاونت پژوهش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اراک، ریاست دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز خیریه سالمندان جهان دیده و کانون بازنشستگان اراک و مسئولین درمانگاه‌های شهر اراک و تمامی خانم‌هایی که در این مطالعه من را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌کنم.

زندگی ۲۶ سوالی با طیف لیکرت سه‌تایی استفاده نمودند.

خالدیان در شهر تهران ۶۹/۴ درصد از زنان یائسه کیفیت زندگی مناسب و ۳۰/۶ درصد کیفیت زندگی متوسط داشتند در چهار حیطه کیفیت زندگی مناسبی داشتند (۳۶). در تحقیق لی و همکاران ۸۲ درصد از زنان یائسه کیفیت زندگی بالاتر از حد متوسط داشتند در مطالعه آن‌ها حیطه روانی اجتماعی ۴۱/۰۱ درصد و حیطه جنسی ۶۷/۲ درصد موارد مناسب بوده است (۳۷). آومینس و همکاران در سال ۲۰۱۱ (۳۸) و السیک و همکاران در سال ۲۰۰۰ (۳۹) بیان کردند که زنان مورد مطالعه آن‌ها کیفیت زندگی بالایی داشتند و اعلام کردند هرچه تحصیلات بالاتر باشد کیفیت زندگی بهتر خواهد بود. به دلیل بالا بودن امکانات زندگی و سطح آگاهی و تحصیلات کیفیت زندگی مناسبی در زنان دیده شده است که با مطالعه ما تفاوت دارد. این در حالی است که در مطالعه ما زنان با حداقل تحصیلات ابتدایی بودند که بر روی کیفیت زندگی موثر می‌باشد. همچنین تفاوت این مطالعه با سایر مطالعات به دلیل تفاوت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در جوامع مختلف باشد که می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت الشعاع قرار دهد.

مطالعه کنونی تاثیر آشکار بهبود کیفیت زندگی زنان بعد از برگزاری جلسات آموزش مهارت زندگی را نشان می‌دهد و همان‌طور که در گروه شاهد بعد از گذشت یک ماه تاثیری در کیفیت زندگی آن‌ها قبل از برگزاری جلسات مشاهده نشده است نشان می‌دهد که آموزش موثر بوده است و با توجه به نتایج آموزش مهارت زندگی تاثیر مثبت گویایی بر روی بعد وازوموتور و جنسی دارد. همان‌طور که در مطالعه فروهری و همکاران در سال ۲۰۰۴ میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از آموزش  $81/7 \pm 6/4$  بود که پس از مداخله به  $75/3 \pm 6/7$  کاهش یافت ( $P = 0/001$ ) (۴۰). در مطالعه ما در گروه مداخله در بعد وازوموتور و جنسی نسبت به قبل از برگزاری جلسات بهبود حاصل شد که این نتیجه با مطالعه فروهری و همکاران در سال ۲۰۰۴ (۴۰) همخوانی دارد اما فروهری و همکاران در بعد روانی ( $p = 0/001$ ) و فیزیولوژیک ( $p = 0/001$ ) نیز تاثیر مثبتی را نشان دادند که با مطالعه ما متفاوت است و در مطالعه ما بعد روحی روانی ( $p = 0/14$ ) و در بعد فیزیولوژیک ( $p = 0/06$ ) بود که شاید به دلیل



## References

- Hilditch J, Lewis J, Peter A, 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.
- Chen Y LS, Wei Y, GAO HL, Wu ZL. Menopause specific quality of life satisfaction in communitydwelling menopausal women in china. *Gynecological Endocrinology*. 2007; 23(3):166-172.
- Bachmann G, Bobula J, Mirkin S. Effects of bazedoxifene/conjugated estrogens on quality of life in postmenopausal women with symptoms of vulvar/vaginal atrophy. *Climacteric: The Journal of The International Menopause Society*. 2010; 13(2):132-140.
- Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur I. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas*. 2007; 57:306-314.
- Rotern M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A psych- educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005; 34:233-240.
- Ehsanpour S, Eivazi M, Davazdah Emami S. Quality of life after the menopause and its relation with marital status. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*. 2007; 12(4):130-135.
- Rossouw J, Anderson G, Prentice R. 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.
- Yasari F, Afshari p, Tadayon M, Komeilisani H, Haghhighizade M. Frequency of Depression and Related Factors in Postmenopause Women Referring to the Health Center in Dezful. *Sci Med J*. 2012; 10(6):665-7. (Persian).
- Mehryar A, 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"; 2004. 2004. p. 23-26.
- Berek J, Novak Berek & Novak gynecology. 20, editor. Tehran: Artin tanha; 2012.
- Tvasoli F, Sharifian A, Vahedian M. Study of average age of menopause and prevalence complication before and after treatment. *Asrar J of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2005-10(1)8; 2. (Persian)
- Blumel J, CasteloBranco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after menopause; a population study. *Maturitas*. 2000; 34:17-23.
- Vemor G, Haker N, Niromanesh S. Principle disease and delivery of women. Tehran: Simia; 1999.
- 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.
- Testa M, Simonson D. Assessment of quality of life outcome. *New England Journal of Medicine*. 1996; 334:835-840.
- GuggenmoosHolzmann I, Bloomfield K, Brenner H, Flick U. *Quality of Life and Health*. 1st ed. Berlin: Wiley-Blackwell; 1995.
- Abedzadeh M, Taebi M, Saberi F, Sadat Z. "Quality of life and related factors in menopausal women in kashan". *Iranian South Medical Journal* 2009; 12:81-88. (Persian)
- GolianTehrani S, Mirmohammad A, Mahmoodi M, Khaledian Z. "Quality of life during different stage of menopause in tehranian women". *Hayat Journal* 2003; 8:33-41. (Persian)
- Williams R, Levine K, Kalilani L, Lewis J, Clark R. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*. 2009; 62:153-159.
- Özkan S, Alata E, Zencir M. Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Quality of Life Research*. 2005; 14:1795-1801.
- Satoh T, Ohashi K. Quality of life assessment in community - dwelling, middle- age, healthy women in Japan. *Climacteric*. 2005; 8:146-153.
- Yeo J. Influencing factor on quality of life in pre and post Menopausal women. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004; 34:1334-1342.
- KordNoghabi R, Pasha S. Preparation of a Life-Skills Curriculum Plan for High school Student. *J Educ Innovations* 2005; 12:11-34.
- Organazation WH. Skills for health: skills-based health education including life skills: an important

component of a child-friendly/health-promoting school. Geneva; 2003.

25. Rashidi Nezhad M, Bahram Nezhad A. "The effect of life skills education on emotional, think, behavior in situational and different times of Bam nursing school students". *J Qual ResHealth Sci* 2010; 0(2):47-53.

26. Tuttle J, Campbell-Heider N, David T. Positive adolescent life skills training for high-risk teens: results of a group intervention study. *J Pediatr Health Care*. 2006; 20(3):181-91.

27. Traver T, Dvckmanton R, Chiv E. The assessment of clinically significant and using life skills profile. *Aust Z J Psychiatry* 1997; 31(2):257-263.

28. Poorsayyed R, Habib S, Faramarzi S. Effectiveness of the life skills training program on adaptation blind and low vision students. *J Strateg Educ*. 2010; 3(1):7-11.

29. Owen H, Cristin S, Divid D, Johnz T. Social skills in correlation in public. Tehran: Roushd publisher; 2007.

30. Filips R. "Psychology in growth of human". Tehran: Arjmand publisher; 2008.

31. Falah zade H, Dehghani tafti A, Dehghani tafti M, Hosseini F, Hosseini H. Related factors on quality of life in menopausal women in Yazd 1999. *Journal of Shahid Sadoghi midical Science University*. 2011; 18(6):552-558. (Persian)

32. Yazd khasti M, Keshavarz M, Marghati khoe E, Hosseini A. "Effect of structural curriculum by method of ad vocation's group for quality of life in menopausal woman". *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 11(8):986-994. (Persian)

33. Chen Y, Lin S, Wei Y, al e. Impact of menopause on quality of life in communitybased women in China. *Menopause*. 2008; 15: 144-149.

34. Teimoori Kordi L. Frequency of factors in 40-60 years women referring to clinical hospital Ali ibn Abi Taleb. Zahedan: Zahedan University of Medical Sciences; 1998.

35. Sharifnia H, Bahrami N, Saatsaz S, Soleimani M, Nazari R, Mohamadtabar R. "Assessment of life quality of menopausal women and its relative factors". *IJOGI*. 2012; 15(31):7-12.

36. Khaedian Z. Barrasi quality life bar hasbmarahel mokhtalef menopause dar zanan shahr Tehran. Tehran: Tehran medical science university; 2002. (Persian)

37. Li S, Holm K, Gulanick M, al e. Perimenopause and quality of life. *Clin Nurs Res*. 2000; 9:6-23.

38. Aloumanis K, Karras D, Drossinos V, Korelis E, Polydorakis A. Fracture Incidence, Quality of Life, and Back Pain during 18-Months Treatment with Teriparatide in Greek Postmenopausal Women with Osteoporosis: Results from the European Forsteo Observational Study. *Journal of Osteoporosis*. 2011. 5(2):1-9.

39. Oleksik A, Lips P, Dawson A, Minshall M, Shen W, Cooper C, et al. Health-related quality of life in postmenopausal women with low BMD with or without prevalent vertebral fractures. *Journal of Bone and Mineral Research. The Official Journal of the American Society for Bone and Mineral Research*. 2000; 15(7):1384-1392.

40. Forouhari S, Safarirad M, Moatari M, Mohit Ghaem H. "Effect of education on quality of life in menopausal women on Motahari's clinics in Shiraz". *Birjand medical science university Journal*. 2004; 16(1):39-45. (Persian)

41. Osinowo H. 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.

42. Banaei N, Asgari M. The Effect of Coping with Stress Training Skills on the Quality of Life of Housewives. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2013; 14(1):43-52. (Persian)

43. Javadi M, Sepahvand H, Mahmudi M, Sori A. The Effect of Life Skills Training on Quality of Life in Nurses of Khorramabad Hospitals. *Scientific Journal of Hamadan nursing & midwifery faculty*. 2013; 21(1):32-40. (Persian)

44. Ludivine Ch, Papouin G, Saint-val Ph, Lopez A. Effect of adapted karate training on quality of life and body balance in 50-year-old men. *Open Access J Sports Med*. 2010; 1:143.

*Original Article***Effect of skill life training in quality of life in menopausal women**F. Farokhi<sup>1\*</sup>; F. Narenji<sup>2</sup>; F. Mehrabi rezveh<sup>3</sup>; B. Salehi<sup>4</sup>; M. Rafiee<sup>5</sup>

1-M.sc. Student Counseling in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

2-Lecture, M.Sc. in Midwifery, Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

3-Assistant of professor ,Psychiatrics, Dept. of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences ,Arak, Iran

4-Ph.D. of Psychology, Moscow University of Tajikistan (Dushanbe), Arak ,Iran

5-Assistant of professor, Ph.D. of Biostatistics, Dept. of Statistics and Social Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Received: 15.10.2015

Accepted: 5.3.2016

**Abstract**

**Background:** Educational interventions are alternative strategies for promoting health and come across better in menopause symptom. Menopause is a physiological change for a woman which occurs in life of all women. The purpose of this study was evaluated of skill life training on the quality of life in menopausal women in Arak city.

**Methods:** This was an semi experimental study.40 women inclusion criteria referring to retirement center and five clinics in Arak in 2015 were selected through normal sampling and were randomly divided into equal case (skill life training) and control groups (20 in each). Data was collected by means of a Menopause Quality of Life (MENQOL).The scores for quality of life level achieved before the counseling and a month after that were compared using menopause specific quality of life questionnaire(MENQOL).No intervention was done in control group. The data was analyzed SPSS/16.

**Results:** Comparison of the quality of life ( $p=0.01$ ), vasomotor symptoms ( $p=0.01$ ) and sexual health ( $p=0.008$ ) between two groups before and one months after skill life training revealed a significant difference between them. But psychosocial aspect ( $p=0.14$ ), physical wellbeing ( $p=0.06$ ) were not significant difference.

**Conclusion:** Thus according to the results of the study recommitted applied some session of skill life training in menopausal women for improve of quality of life and vasomotor symptoms and sexual health in health intervention and health care in clinics.

**Keywords:** Menopause, Quality of Life, Skill Life Training

\*Corresponding Author: F. Farokhi; M.sc. Student Counseling in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. Email: f.farokhi@arakmu.ac.ir