

ارزیابی اثربخشی روش آرام‌سازی بنسون در زنان بر عوارض یائسگی

دینا آبادی باویل^۱، صدیقه شریعت مغانی^{۲*}، محمد حسن رشیدپور^۳، جمشید جمالی^۴

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پزشکی واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی ژنتیک، دانشکده علوم پایه، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۷

خلاصه

مقدمه: یکی از بحرانی‌ترین مراحل زندگی زنان، دوران یائسگی می‌باشد. با این وجود دوره گذار از یائسگی و دوره یائسگی با بحران‌های احساسی و اجتماعی توأم می‌باشد. آرام‌سازی بنسون بر علائم و نشانه‌های جسمی و روانی تأثیر می‌گذارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی روش آرام‌سازی بنسون در زنان بر عوارض یائسگی انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده بر روی ۸۰ زن یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ انجام شد. افراد به دو گروه ۴۰ نفره مداخله و کنترل تخصیص شد. برای گروه مداخله علاوه بر مراقبت معمول، تمرین روش آرام‌سازی بنسون در ۸ جلسه (هفته‌ای یک‌بار) و گروه کنترل، مراقبت روتین انجام گردید. پرسشنامه‌ها برای هر دو گروه در ابتدای مداخله و یک هفته بعد از پایان آخرین جلسه تکمیل شد. ابزارها پرسشنامه شدت علائم یائسگی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون تی مستقل، من‌ویتنی، کای دو یا فیشر، ویلکاکسون انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی، بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله نمره شدت علائم یائسگی ($p=0/164$) و عملکرد جنسی ($p=0/172$) تفاوت آماری معناداری وجود نداشت و دو گروه همگن بودند. در مقابل، گروه آزمون و کنترل در کیفیت زندگی ($p=0/002$) تفاوت آماری معناداری داشتند. بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی، بین دو گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله نمره شدت علائم یائسگی ($p<0/001$)، عملکرد جنسی ($p=0/021$) و کیفیت زندگی ($p=0/001$) تفاوت آماری معناداری وجود داشت و در گروه مداخله بهتر بود.

نتیجه‌گیری: مداخله آرام‌سازی بنسون نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی و کاهش علائم یائسگی و عملکرد جنسی دارد و روشی بی‌خطر، مفید و بدون هزینه در کنترل علائم زنان یائسه می‌باشد.

کلمات کلیدی: آرام‌سازی بنسون، زنان، کیفیت زندگی، عملکرد جنسی، یائسگی

* نویسنده مسئول مکاتبات: صدیقه شریعت مغانی؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۵۱-۳۷۶۷۹۶۳۵، پست الکترونیک: shariatmoghanis@mums.ac.ir

مقدمه

یکی از بحرانی‌ترین مراحل زندگی زنان، دوران یائسگی می‌باشد (۱). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، یائسگی به معنی قطع دائمی قاعدگی به مدت حداقل ۱۲ ماه به علت از دست رفتن فعالیت فولیکول‌های تخمدانی است. از نظر آزمایشگاهی، قطع قاعدگی همراه با کاهش استروژن و افزایش میزان هورمون محرک رشد فولیکول به بیش از ۴۰ میلی‌واحد در لیتر، بیانگر یائسگی است (۲). یائسگی می‌تواند در هر زن، تغییرات منحصر به فردی را بر جای گذارد. در مقایسه با تغییرات عمده و گاهاً شدید در دوران نزدیک به یائسگی که موجب تغییرات ظاهری نیز می‌شود، پس از استقرار یائسگی، وضعیت جسمی به خصوص از نظر تصویر بدنی^۱ تا حدود زیادی به حالت قبل از یائسگی باز می‌گردد، لذا میزان رضایت از وضعیت جسمی، فرم بدن و در نتیجه آن اعتماد به نفس در دوران یائسگی به نسبت دوران نزدیک یائسگی بهبود می‌یابد (۳). با این وجود دوره گذار از یائسگی و همچنین دوره یائسگی با بحران‌های احساسی و اجتماعی توأم بوده و زنان را به طور جدی با مشکلات بهداشتی مختلفی مواجه می‌نماید (۴). سنجش کیفیت زندگی در به تصویر کشیدن واقعی تر احساسات بیماران و توزیع مراقبت‌های سلامت تأثیرگذار است (۵). همچنین تأثیر این دیدگاه به عنوان یک هدف و مقصود نهایی در تمام مداخلات پیشگیرانه و ارتقاء سلامت در نظر گرفته می‌شود (۶). کاهش مداوم استروژن با تغییرات سیستم عروقی، عضلانی، ادراری تناسلی، خلق و خواب و عملکرد شناختی به طور مستقیم یا غیرمستقیم عوارض یائسگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بیش از ۳۰٪ زنان ایرانی در مرحله یائسگی به سر می‌برند و با توجه به انتقال جمعیتی در ایران و افزایش امید به زندگی در زنان، در آینده‌ای نه چندان دور بسیاری از زنان درگیر مشکلات این مرحله از زندگی خواهند شد (۸). بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان رحم، سرطان پستان و پوکی استخوان، از مسائل بهداشتی و اجتماعی این دوره محسوب می‌شود (۲). اختلالات وازوموتور، گرگرفتگی،

تعریق شبانه، تغییرات روان‌شناختی (اختلال در خلق، افسردگی، اضطراب، کاهش تمرکز حواس، ضعف حافظه و تحریک‌پذیری، گروهی از اختلالات جنسی و غیره) از عوارض دوران یائسگی می‌باشد (۴، ۶، ۹). ۳۵٪ زنان یائسه دچار کاهش میل جنسی و ۶۲٪ دیگر از زنان یائسه، کاهش میل جنسی را در دوره‌های مختلف زندگی اظهار داشته‌اند. کاهش میل جنسی در زنان یائسه انگلیسی ۴۷٪، ایتالیایی ۵۴٪، فرانسوی ۴۲٪ و آلمانی ۲۴٪ بر میزان کیفیت زندگی و خلاقیت آنان اثر می‌گذارد (۹). آگاهی از علائم و عوارض یائسگی می‌تواند در کاهش مشکلات و بالا بردن کیفیت زندگی زنان یائسه مؤثر باشد (۱۰). با کاهش عوارض یائسگی و بهبود عملکرد جنسی و کیفیت زندگی در زنان یائسه می‌توان زندگی سالم‌تری رقم زد و امید به زندگی را در آنان افزایش داد. همچنین استقلال، مشارکت، مراقبت، خوداتکایی و عزت نفس زنان یائسه را ارتقاء داد (۱۱).

امروزه از روش‌های دارویی برای درمان اختلالات یائسگی استفاده می‌شود، ولی به دلیل عوارض داروها از جمله سرطان پستان و آندومتر، روش‌های آرام‌سازی بدون مداخله دارو هم شاید بتواند به صورت دستورالعمل روش درمانی مناسب به زنان یائسه توصیه شود (۱۲). روش‌های غیردارویی برخورد با علائم یائسگی در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته‌اند (۱۳). در مطالعه شریعت مغانی و همکاران (۲۰۲۱) دوره آموزشی آگاهی همسران از عوارض یائسگی بر تجارب جسمانی روان‌شناختی زنان یائسه به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ در طول ۳ هفته (هفته‌ای یک جلسه) موجب بهبود علائم در ابعاد جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی زنان یائسه گردید (۱۴). مطالعه عابدی و همکاران (۲۰۱۷) تحت عنوان "آموزش به منظور افزایش رضایت جنسی زنان یائسه" نشان داد که تمرینات تن‌آرامی با تغییر قابل ملاحظه در محور هیپوفیز، هیپوتالاموس و آدرنال به عنوان یکی از درمان‌های استاندارد رفتاری در موارد اضطراب خفیف نقش مؤثری ایفا می‌کند (۷). در مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۰۸) یک ماه جلسات آموزشی تن‌آرامی، کیفیت زندگی زنان یائسه را بهبود بخشید (۱۲).

¹ body image

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی با طراحی قبل و بعد در سال ۱۳۹۸ بر روی ۸۰ نفر از زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. پس از کسب مجوز کمیته اخلاق با کد IR.MUMS.NURSE.REC.1398.004 از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و ثبت با کد IRCT20190417043305N1 در پایگاه کارآزمایی بالینی ایران و اخذ مجوزهای لازم، از نمونه‌گیری به‌روش تصادفی ساده برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز در این مطالعه استفاده شد. حداقل حجم نمونه محاسبه شده با توجه به نبود مطالعه کاملاً مشابه، بر اساس فرمول اندازه اثر و در نظر گرفتن خطای ۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و اندازه اثر متوسط (۰/۵)، ۳۵ نفر در هر گروه و در مجموع ۷۰ نفر تعیین شد که با احتساب تقریبی ۱۰٪ ریزش در نمونه‌ها، ۸۳ زن وارد مطالعه شدند (۴۲ نفر در گروه مداخله و ۴۱ نفر در گروه کنترل). پس از اخذ رضایت آگاهانه از زنان، با استفاده از روش بلوک‌های جایگشتی، افراد به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند و از روش پاکت‌های سر بسته برای پنهان‌سازی تخصیص در این مطالعه استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و متأهل بودن، زنان یائسه، گذشتن حداقل ۱۲ ماه از آخرین قاعدگی آنها و یا FSH¹ بالای ۴۰ میلی‌واحد در میلی‌لیتر، سن بالای ۵۰ سال، زندگی با همسر، نداشتن مشکلات روحی روانی و بیماری طبی مزمن، عدم انجام هیستروکتومی، داشتن رضایت آگاهانه، سواد خواندن و نوشتن و عدم دریافت درمان خاصی جهت رفع علائم یائسگی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: داشتن یائسگی غیرطبیعی ناشی از هیستروکتومی، پرتودرمانی، دارودرمانی و غیره، داشتن بیماری سیستمیک و مزمن، مشکلات روحی و روانی و اعتیاد به مواد مخدر بود. در صورتی که افراد حداقل کمتر از ۳ روز در هفته تکنیک‌های آرام‌سازی را انجام می‌دادند، از مطالعه خارج می‌شدند. فرم رضایت آگاهانه توسط هر دو گروه تکمیل شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات

اثرات مهم روش آرام‌سازی، افزایش آرامش و مقابله بهتر زنان در برابر فشارهای روانی است که با انجام این روش، اختلالات خلقی و افسردگی کاهش می‌یابد. آرام‌سازی از شیوه‌های جدید و هسته مرکزی درمان اضطراب و فشارهای روانی است که بر برقراری یک وضعیت آرامش عمومی، متضاد با وضعیت تحریک‌کننده مانند اضطراب دلالت دارد (۱۵، ۱۶). تمرینات تن‌آرامی با تأثیر بر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال موجب بهبود اختلال اضطراب خفیف می‌شود (۱۵). همچنین موجب افزایش ترشح هورمون آندورفین و هورمون ضد درد و کاهش ترشح هورمون آدرنالین، کاهش سطح هورمون کورتیزول و کاهش ضربان قلب و فشارخون می‌گردد (۱۹-۱۷). آرام‌سازی از طریق کاهش متابولیسم بدن، تعداد و قدرت انقباضات قلبی، تعداد تنفس، ترشح اپی‌نفرین و فشارخون بر فیزیولوژی بدن افراد تأثیر می‌گذارد و به افراد در دستیابی به سلامت روانی کمک می‌نماید (۱۷). تکنیک تن‌آرامی پیش‌رونده عضلانی برای اولین بار در سال ۱۹۳۸ میلادی توسط جاکوبسن معرفی و به‌کار گرفته شد. این تکنیک، سفت و شل کردن موفقیت‌آمیز گروه‌های عضلانی را در برمی‌گیرد (۲۰). در روش جاکوبسن افراد ۳ گروه عضلانی مختلف را منقبض و ریلکس می‌کنند. این تکنیک بعداً توسط برنستین و بورکاوژ تدوین و اعتبارسنجی شد (۲۱). روشی که توسط بنسون در سال ۱۹۷۰ معرفی شد، به‌دلیل یادگیری و آموزش آسان نسبت به سایر روش‌های آرام‌سازی ارجحیت دارد (۱۸). این روش از جمله روش‌های تمرکز حواس است که بر طیف وسیعی از علائم و نشانه‌های جسمی و روانی از قبیل درد، اضطراب، افسردگی، تغییر خلق، اعتماد به نفس و عملکرد جنسی تأثیر گذاشته و موجب کاهش استرس می‌شود (۱۹، ۲۲).

پرداختن به مسئله یائسگی از جنبه‌های مختلف از جمله شدت علائم یائسگی و اختلال عملکرد جنسی بسیار حائز اهمیت است و بر کیفیت زندگی زنان یائسه تأثیر دارد، لذا با توجه به نبود مطالعه مشابه در سال‌های اخیر و اهمیت موضوع، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی آرام‌سازی بنسون بر عوارض یائسگی در زنان یائسه انجام شد.

¹ Fullicul stimulation hormun

پرسشنامه شامل ۱۹ گویه است که عملکرد جنسی را در ۶ حوزه تمایل (۲ گویه)، برانگیختگی (۴ گویه)، مرطوب سازی (۴ گویه)، ارگاسم (۳ گویه)، رضایت (۳ گویه) و درد (۳ گویه) در طی ۴ هفته اخیر می‌سنجد. این زیرشاخه‌ها دارای طیف پاسخ ۰-۱ هستند که نمرات بالاتر اشاره به عملکرد جنسی مطلوب‌تر دارد. نحوه نمره‌دهی در هر حوزه از طریق جمع نمرات گویه‌های هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور به دست می‌آید. چون تعداد سؤالات حوزه‌ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم‌وزن کردن حوزه‌ها، نمرات حاصل از سؤال‌های هر حوزه با هم جمع شده و سپس در عدد فاکتور ضبط می‌شود. سپس با جمع کردن نمرات ۶ حوزه با هم، نمره کل مقیاس به دست می‌آید. نمره بیشتر نشانگر کارکرد جنسی بهتر است. بر اساس هم‌وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود (۲۶). روایی و پایایی این پرسشنامه توسط محمدی و همکاران (۲۰۰۸) تعیین شده است (سطح زیر منحنی برای کل مقیاس ۰/۹۱۷ گزارش شد). روایی و پایایی در این مطالعه به روش تعیین محتوا انجام شد (۱۲). پرسشنامه شدت علائم یائسگی گرین (رایج‌ترین ابزار جهت ارزیابی علائم یائسگی) در این مطالعه به منظور سنجش شدت علائم یائسگی استفاده شد و شامل ۲۱ علامت مربوط به زنان یائسه می‌باشد (۲۷). این علائم به ۴ گروه کلی: روان‌شناختی، جسمانی، واژوموتور و جنسی تقسیم می‌شوند. این علائم شامل ضربان قلب تند یا محکم قلب، احساس گرفتگی، عصبی بودن، دشواری در خوابیدن، تحریک‌پذیری، هراس و وحشت، دشواری در تمرکز، احساس خستگی و بی‌انرژی بودن، از بین رفتن علاقه به بیشتر چیزها، احساس غمگینی و افسردگی، به آسانی به گریه افتادن، زودرنجی، احساس سرگیجه یا ضعف، فشار یا سبکی در سر یا بدن، بی‌حسی یا خارش قسمت‌هایی از بدن، سردرد، درد عضلانی و مفصلی، بی‌حس شدن دست‌ها و پاها، مشکل تنفسی، احساس گرگرفتگی، عرق شبانه و از بین رفتن علاقه به رابطه جنسی می‌باشد. اگر نشانه اصلاً وجود نداشت؛ نمره صفر، وجود نشانه به میزان کم، نمره ۱، به میزان

دموگرافیک حاوی اطلاعات مربوط به سن، تحصیلات، شغل، درآمد خانوار و پرسشنامه کیفیت زندگی، عملکرد جنسی و شدت علائم یائسگی بود. زنان یائسه با استفاده از قانون تخصیص تصادفی^۱ انتخاب شدند. بعد از شروع مطالعه ۲ نفر از هر گروه به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری، از مطالعه خارج و مطالعه با ۴۰ نفر در هر گروه ادامه پیدا کرد. افراد به‌طور تصادفی در یکی از دو گروه آرام‌سازی و کنترل قرار گرفتند. در ۱-۳ شماره‌گذاری شد. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، به تصادف ۲ روز از هفته به گروه مداخله و ۱ روز به گروه کنترل تخصیص داده شد. این مطالعه به‌صورت یک‌سوکور انجام گرفت و زنان از وجود گروه‌های دیگر و نوع مداخله به‌کار رفته در آن گروه‌ها اطلاع نداشتند. درحالی‌که با توجه به ماهیت آرام‌سازی، کورسازی به شکل کامل (سه‌سوکور) امکان‌پذیر نبود، اما تحلیل‌گر آمار هم از گروه‌های مداخله و کنترل بی‌اطلاع بود. کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه کیفیت زندگی دوران یائسگی که توسط خلیلی و همکاران (۲۰۱۷) در ایران طراحی و استاندارد شده است، سنجیده شد (۲۳). سؤالات پرسشنامه کیفیت زندگی در چهار بُعد واژوموتور، روانی اجتماعی، جسمانی و اختلال در روابط جنسی تنظیم شده است. سؤالات ۱ و ۲ در بُعد واژوموتور، سؤالات ۳-۹ در بُعد روانی اجتماعی، سؤالات ۱۰-۲۴ در بُعد جسمانی و سؤالات ۲۵ و ۲۶ در بُعد جنسی تنظیم شده‌اند. پاسخ هر یک از سؤالات به‌صورت یک معیار درجه‌بندی از ۳-۰ (هیچ‌وقت=۰، نسبتاً کم=۱، نسبتاً زیاد=۲ و همیشه=۳) تنظیم گردید و بر اساس مجموع امتیازات (۲۶-۰ مناسب، ۲۶-۵۲ متوسط و ۵۲-۷۸ نامناسب) کیفیت زندگی افراد مشخص شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران ارزیابی و تأیید شده است (۲۴). بررسی عملکرد جنسی با پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی روزن و همکاران^۲ (۲۰۰۰) برای ارزیابی عملکرد جنسی زنان طراحی شده است؛ انجام شد (۲۵). این

¹ Random allocation rule

² Female Sexual Function Index

متوسط، نمره ۲ و به میزان زیاد، نمره ۳ تعلق می‌گرفت. سؤالات شماره ۱۱-۱ مربوط به نشانه‌های روانی است که خود به دو قسمت اضطراب و افسردگی تقسیم می‌گردند. سؤالات ۶-۱ مربوط به اضطراب، سؤالات ۱۱-۷ مربوط به افسردگی، سؤالات ۱۸-۱۲ نشانه‌های جسمی یائسگی، سؤال ۱۹ و ۲۰ نشانه‌های واروموتور و سؤال ۲۱ اختلال عملکرد جنسی را اندازه‌گیری می‌کند. پایایی این پرسشنامه در مطالعه مقسمی و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان "تأثیر مقایسه‌ای درمان جایگزینی هورمونی معمول و تیبولون بر عملکرد جنسی زنان بعد از یائسگی" تأیید شده است ($r=0/8$) (۲۸). در گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌های معمول، آموزش اولیه آرام‌سازی بنسون توسط پژوهشگر دوره دیده در ۸ جلسه آموزشی (هفته‌ای یک‌بار) انجام شد. مدت زمان جلسات ۲۰ دقیقه بود. در تمرین تن‌آرامی از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا تمام اجزای بدن را از سمت پایین (انگشتان پا) به سمت سر، یکی پس از دیگری شل و ریلکس کنند. ابتدا انگشتان پای خود را احساس کرده، وزن آنها را حس کنند و هرگونه تنش و انقباض را از روی انگشتان پای خود بردارند و آگاهانه آنها را شل و ریلکس کرده و آرام سازند. همین مراحل را به ترتیب برای زانوها، ران‌ها، شکم، قفسه سینه، باسن، دست‌ها، بازوها، کتف‌ها، گردن، سر، دهان و فک، چشم‌ها، صورت و گونه‌ها تکرار کنند تا هنگامی که تمام بدن یک‌پارچه ریلکس و آرام شود. در طول این آرام‌سازی، تنفس به صورت عمیق و آرام صورت می‌گرفت (۱۸). این تمرینات می‌بایست به صورت روزانه یک مرتبه انجام می‌شد. جهت انجام روش صحیح مداخله به افراد وسایل کمک آموزشی (فیلم آموزشی-پمفلت) داده شد و سپس پیگیری تداوم انجام آرام‌سازی بنسون به صورت تلفنی هر هفته توسط پژوهشگر انجام شد. در گروه کنترل مراقبت معمول (ارزیابی وزن و کنترل فشار خون، بررسی شیوه زندگی اعم از تغذیه، فعالیت جسمانی، استعمال دخانیات، مکمل‌یاری، ایمن‌سازی و توصیه به انجام غربالگری پاپ اسمیر و ماموگرافی) انجام شد. تمامی پرسشنامه‌ها برای

هر دو گروه مداخله و کنترل در ابتدای مداخله و یک هفته بعد از پایان آخرین جلسه (هفته هشتم) تکمیل شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای ارزیابی ارتباط بین دو متغیر کیفی از آزمون کای اسکوتر یا آزمون دقیق فیشر، برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای مقایسه نمرات متغیرهای کمی نرمال (سن، شاخص توده بدنی و ...) از آزمون تی دانشجویی مستقل و برای متغیرهای کمی غیرنرمال (شدت علائم یائسگی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی) از آزمون من‌ویتنی استفاده شد. مقایسه توزیع متغیرهای کیفی بین گروه‌های مداخله و کنترل با استفاده از آزمون کای دو و یا فیشر انجام شد. با توجه به غیرنرمال بودن اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون ویلکاکسون برای مقایسه نمرات شدت علائم یائسگی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه بر اساس جدول کانسورت، ۸۳ زن یائسه وارد مطالعه شدند که ۲ نفر در گروه مداخله (۱ نفر بیماری، ۱ نفر انصراف از شرکت) و ۱ نفر (عدم تکمیل پرسشنامه) از گروه کنترل خارج شدند و در نهایت ۴۰ نفر در گروه مداخله و ۴۰ نفر در گروه کنترل مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. اکثر افراد شرکت‌کننده در مطالعه دارای تحصیلات دیپلم (۶۸/۴٪) و خانه‌دار (۷۷/۱٪) بوده و درآمد در حد کفاف (۹۱/۴٪) داشتند. تمام شرکت‌کنندگان ساکن مشهد و با همسر خود زندگی می‌کردند. اکثر زنان سابقه بیماری یا جراحی و مصرف دارو نداشتند. جدول ۱ اطلاعات تفصیلی در مورد وضعیت جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل را ارائه می‌کند.

جدول ۱- وضعیت دموگرافیک متغیرهای کیفی افراد شرکت کننده در مطالعه

سطح معنی داری	آزمون		متغیر
	کنترل	فراوانی (درصد)	
۰/۳۲۱	۴ (۱۱/۴)	۳ (۸/۶)	ابتدایی
	۶ (۱۷/۱)	۶ (۱۷/۱)	سیکل
	۱۸ (۵۱/۵)	۲۴ (۶۸/۶)	متوسطه
	۷ (۲۰)	۲ (۵/۷)	عالی
۰/۰۴۲*	۱ (۲/۹)	۵ (۱۴/۳)	آزاد
	۰ (۰/۰)	۳ (۸/۶)	بازنشسته
۰/۹۹۹	۳۴ (۹۷/۱)	۲۷ (۷۷/۱)	خانه دار
	۱۸ (۵۶/۳)	۱۹ (۵۴/۳)	شخصی
۰/۰۶۲	۱۴ (۴۳/۸)	۱۶ (۴۵/۷)	استیجاری
	۱۰ (۲۸/۶)	۳ (۸/۶)	کمتر از کفاف
۰/۰۴۵	۲۵ (۷۱/۴)	۳۲ (۹۱/۴)	در حد کفاف
	۹ (۲۵/۷)	۲ (۵/۷)	پایین
	۲۶ (۷۴/۳)	۳۲ (۹۱/۴)	متوسط
۰/۳۷۱	۰ (۰)	۱ (۲/۹)	بالا
	۳۰ (۸۵/۷)	۲۶ (۷۴/۳)	خیر
۰/۷۳۴	۵ (۱۴/۳)	۹ (۲۵/۷)	بله
	۳۱ (۸۸/۶)	۲۹ (۸۲/۹)	خیر
۰/۳۷۱	۴ (۱۱/۴)	۶ (۱۷/۱)	بله
	۳۰ (۸۵/۷)	۲۶ (۷۴/۳)	خیر
۰/۴۹۸	۵ (۱۴/۳)	۹ (۲۵/۷)	بله
			مصرف دارو

* اختلاف معنادار با استفاده از آزمون کای دو/ فیشر

به طور کلی تفاوت معنی داری در دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی و مامایی و زنان مشاهده نشد، فقط دو گروه از نظر شغل اختلاف معناداری داشتند ($p=0/042$) (جدول ۱).
 دو گروه از نظر میانگین شاخص توده بدنی تفاوت معناداری نداشتند ($p=0/909$)، اما از نظر سن ($p=0/004$) و سن یائسگی ($p=0/006$) تفاوت آماری معناداری داشتند.

جدول ۲- اطلاعات توصیفی برخی مشخصات مامایی و جمعیت شناختی کمی افراد شرکت کننده در مطالعه

سطح معنی داری	کنترل	آزمون	متغیر
۰/۰۰۴*	۵۴/۳۰±۲/۴۰	۵۶/۰۰±۲/۲۶	سن (سال)
۰/۹۰۹	۲۷/۴۶±۲/۴۲	۲۷/۳۹±۲/۲۴	شاخص توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع)
۰/۰۰۶*	۵۰/۴۸±۲/۳۳	۵۱/۹۴±۲/۳۵	سن یائسگی (سال)
۰/۳۳۲	۳/۱۱±۱/۴۹	۲/۸±۱/۴۹	تعداد بارداری (عدد)
۰/۶۱۱	۲/۸۲±۱/۳۴	۲/۶±۱/۳۹	تعداد زایمان (عدد)
۰/۴۹۸	۲/۵۴±۱/۴۲	۲/۳۱±۱/۴۳	تعداد سقط (عدد)

* اختلاف معنادار بر اساس آزمون تی مستقل و تعمیم یافته فیشر

میانگین شدت علائم یائسگی در گروه آزمون، در پیش آزمون ۳۱/۳۳±۱۰/۶۴ و در پس آزمون ۲۴/۶۸±۱۱/۳۳ بود که تفاوت آماری معنی داری داشت ($p=0/009$).
 بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله، از نظر نمره شدت علائم یائسگی ($p=0/164$) و عملکرد جنسی ($p=0/172$) تفاوت آماری معناداری وجود نداشت و دو گروه همگن بودند.

میانگین نمره شدت علائم یائسگی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی در آزمودنی‌های گروه آزمون، پیش و پس از مداخله از نظر آماری معنی‌دار نبود. جدول ۳ اطلاعات تکمیلی در مورد مقایسه درون‌گروهی و بین‌گروهی را برای متغیرهای شدت علائم یائسگی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی ارائه می‌کند.

در مقابل دو گروه آزمون و کنترل از لحاظ متغیر کیفیت زندگی ($p=0/002$) تفاوت آماری معناداری داشتند. بر اساس نتایج آزمون آماری من‌ویتنی، بین دو گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله، از نظر نمره شدت علائم یائسگی ($p<0/001$)، عملکرد جنسی ($p=0/021$) و کیفیت زندگی ($p=0/001$) تفاوت آماری معناداری وجود داشت.

جدول ۳- مقایسه درون‌گروهی و بین‌گروهی برای متغیرهای شدت علائم یائسگی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی

متغیر	پیش از مداخله	پس از پایان مداخله	مقدار معنی‌داری درون‌گروهی	
شدت علائم یائسگی	مداخله	۳۱/۳۳±۱۰/۶۴	۲۴/۶۸±۱۱/۳۳	۰/۰۰۹*
	کنترل	۳۴/۶۳±۸/۸۰	۳۴/۰۵±۷/۸۹	۰/۱۰۵
	مقدار معنی‌داری بین‌گروهی	۰/۱۶۴	<۰/۰۰۱*	-
عملکرد جنسی	مداخله	۴۸/۸۶±۱۳/۵۲	۵۱/۴±۱۱/۸۸	۰/۹۶۱
	کنترل	۴۷/۳۱±۱۰/۱۳	۴۷/۳۷±۸/۸۲	۰/۸۳۲
	مقدار معنی‌داری بین‌گروهی	۰/۱۷۲	۰/۰۲۱*	-
کیفیت زندگی	مداخله	۷۶/۹۰±۱۲/۸۵	۷۸/۹۶±۱۳/۰۱	۰/۲۰۶
	کنترل	۶۶/۵۹±۹/۸۷	۶۶/۷۶±۱۰/۷۶	۰/۰۷۳
	مقدار معنی‌داری بین‌گروهی	۰/۰۰۲*	۰/۰۰۱*	-

* اختلاف معناداری با آزمون ویلکاکسون

بحث

پژوهش حاضر برای اولین بار با هدف تعیین تأثیر تن‌آرامی بر عوارض یائسگی در زنان یائسه شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ انجام شد. در این مطالعه میانگین نمره شدت علائم یائسگی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی در زنان یائسه سنجیده شد. شدت علائم یائسگی در دو گروه قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت، اما بعد از تمرین آرام‌سازی بنسون در گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد.

آرام‌سازی بنسون با ایجاد تعادل بین هیپوتالاموس خلفی و قدامی، کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و ترشح کاتکولامین‌ها موجب کاهش تنش عضلانی و آثار نامطلوب فیزیولوژیک، کاهش میزان فشار خون، منظم شدن تنفس، کاهش تعداد ضربان نبض و اسپاسم عضلانی می‌شود (۲۹). در مطالعه حاضر مداخله موجب کاهش شدت علائم یائسگی در گروه مداخله شد. همچنین تفاوت معناداری بین نمره پس‌آزمون بین گروه مداخله و کنترل وجود داشت که نشان‌دهنده بهبود بیشتر علائم در گروه مداخله بود. در مطالعه کمالی و

همکار (۲۰۰۷) با عنوان تأثیر هورمون درمانی جایگزینی و فنون آرام‌سازی بر پیامد اختلالات واژوموتور در یائسگی که بر روی ۹۰ نفر از زنان یائسه شهر زنجان انجام شد، آموزش فنون آرام‌سازی و هورمون درمانی سبب کاهش شدت علائم واژوموتور (سردرد، اختلال خواب، افسردگی، تحریک‌پذیری و اضطراب) نسبت به قبل از درمان شد، اما فنون آرام‌سازی در کاهش شدت افسردگی مؤثرتر بود (۳۰). این یافته‌ها در راستای یافته‌های مطالعه حاضر بود که نشان‌دهنده تأثیر مداخله تن‌آرامی بر شدت علائم یائسگی به‌خصوص افسردگی بود. همچنین در مطالعه ربیعی و همکاران (۲۰۱۹) با عنوان "تأثیر شیوه زندگی در خوب بودن روانی و شدت علائم یائسگی در دوره پره‌منوپوز" شدت علائم یائسگی در زنان مطلقه بیشتر از زنان متأهل بود و ارتباط معنی‌داری با شیوه زندگی آنان داشت ($p<0/001$) (۳۱).

کیفیت زندگی در قالب یک مفهوم علمی در واقع احساس رفاه می‌باشد که از رضایت یا عدم رضایت در زندگی ناشی می‌شود و این اعتقاد در بین کارکنان خدمات بهداشتی وجود دارد که بهبود کیفیت زندگی

یائسه به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ در طول ۳ هفته (هفته‌ای یک جلسه) موجب بهبود علائم در ابعاد جنسی، جسمی، روانی-اجتماعی زنان یائسه گردید (۱۴). در مطالعه اکبرزاده و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان "تأثیر آموزش تن‌آرامی به مادران باردار بر کیفیت زندگی و شدت اندوه بعد از زایمان" آموزش‌های تن‌آرامی طی ۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول ۴ هفته در زمان‌های مشخص ارائه گردید. روش‌هایی مانند تن‌آرامی در روزهای اول و دهم بعد از زایمان انجام شد و سپس شدت اندوه با استفاده از ابزار خودسنجی افسردگی زونگ و کیفیت زندگی توسط مقیاس اختصاصی کیفیت زندگی سنجیده شد. نتایج اختلاف آماری معنی‌داری را در شدت اندوه و احساس مادر نسبت به خود و فرزندش نشان داد و همچنین اختلاف معناداری در مقیاس کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل وجود داشت و نشان داد که انجام تن‌آرامی باعث بهبود کیفیت زندگی و کاهش اندوه پس از زایمان می‌شود که با مطالعه حاضر هم‌خوانی نداشت (۱۶).

همچنین در مطالعه حاضر استفاده از شیوه گروه حمایتی و تن‌آرامی موجب کاهش علائم و نشانه‌های آزاردهنده یائسگی در هر چهار بُعد وازوموتور، روانی-اجتماعی، جسمی و جنسی شده و در مجموع موجب کاهش نمره و به عبارتی بهبود کیفیت زندگی در زنان یائسه گردید. در سایر پژوهش‌های انجام شده نیز روش‌های آرام‌سازی چه به صورت انجام روش‌های تنفسی یا آرام‌سازی توأم (آرام‌سازی عضلانی به علاوه روش‌های تنفسی) در کاهش پیامدهای علائم وازوموتور یعنی افسردگی-اضطراب، تحریک‌پذیری و خستگی و مشکلات خواب مؤثر بوده است (۱، ۲، ۳).

مداخله مورد بررسی در مطالعه حاضر علی‌رغم عدم ایجاد تغییر معنادار در عملکرد جنسی در گروه‌های مداخله و کنترل، موجب شد تا عملکرد جنسی در گروه مداخله در پس‌آزمون به میزان معناداری بالاتر از گروه کنترل باشد. در مطالعه اسمیت و همکاران (۲۰۰۸) با عنوان "تأثیر روان‌شناختی گروهی بر زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی" نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله به طور معناداری افزایش یافته بود (۳۶). در مطالعه عابدی و

بایستی مهم‌ترین هدف مداخلات پزشکی باشد (۳۲). یکی از راهکارهای مقابله با استرس و افزایش تعامل و دلبستگی، تن‌آرامی است که این روش مراقبتی، تسهیل‌کننده آرامش و افزایش‌دهنده اعتمادبه‌نفس می‌باشد (۳۳).

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 می‌گذارد. به عبارت دیگر یائسگی اگرچه فرآیندی فیزیولوژیک و رویدادی همگانی است که در فواصل ۵۰-۴۰ سالگی روی می‌دهد، اما دارای آثار و عوارضی است که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۴). در مطالعه حاضر نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در ابتدا و انتهای مطالعه بالاتر بود، ولی اختلاف معناداری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه مداخله و کنترل وجود نداشت، لذا تأثیر مداخله تن‌آرامی بر کیفیت زندگی در مطالعه حاضر قابل نتیجه‌گیری نمی‌باشد. در مطالعه میرغفوروند و همکاران (۲۰۱۴) تحت عنوان "بررسی تأثیر تمرینات ورزشی هوازی بر کیفیت زندگی و نشانه‌های زودرس یائسگی"، ۱۰۸ نفر از زنان متأهل سالم ۶۰-۴۵ ساله پری‌منوپوز شهرستان کلیبر در کارآزمایی بالینی تصادفی با روش بلوک‌بندی تصادفی سهمیه‌ای به چهار گروه ۲۷ نفره تخصیص داده شدند. گروه اول آموزش تغذیه، گروه دوم ورزش هوازی به تنهایی و گروه سوم آموزش تغذیه توأم با برنامه ورزشی هوازی را دریافت نمودند. برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نگرفت. پرسشنامه‌ها در هر چهار گروه قبل از مداخله، ۸ و ۱۲ هفته بعد از مداخله تکمیل گردید. میانگین نمرات کیفیت زندگی در هفته ۸ بعد از مداخله در دو گروه ورزش به تنهایی و ورزش و تغذیه باهم به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود. نتایج نشان داد آموزش تغذیه و انجام ورزش هوازی با شدت متوسط، باعث کاهش نشانه‌های زودرس یائسگی و بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه می‌شود که در نهایت منجر به ارتقاء سلامت زنان یائسه می‌گردد (۳۵). در مطالعه شریعت معانی و همکاران (۲۰۲۱) دوره آموزشی آگاهی همسران از عوارض یائسگی بر تجارب جسمانی روان‌شناختی زنان

همکاران (۲۰۱۷) با عنوان "آموزش به‌منظور افزایش رضایت جنسی زنان یائسه: آموزش فردی یا گروهی؟" که برنامه آموزشی فردی و گروهی بر روی ۶۰ زن یائسه طی ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در طول ۴ هفته در زمان‌های معین (هفته‌ای یک‌بار) در شهرستان اندیمشک انجام شد، میانگین رضایت جنسی با گذشت زمان در گروه آموزش گروهی بالاتر از آموزش فردی بود. همچنین نشان داد که تمرینات تن‌آرامی با تغییر قابل ملاحظه در محور هیپوفیز، هیپوتالاموس و آدرنال به‌عنوان یکی از درمان‌های استاندارد رفتاری در موارد اضطراب خفیف نقش مؤثری ایفا می‌کند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۷).

در مطالعه باوزین و همکاران (۲۰۱۸) با عنوان "اثر بخشی تکنیک‌های تن‌آرامی بر کاهش استرس و کاهش نگرانی‌های جنسی، نگرانی‌های ارتباطی و نگرانی‌های اجتماعی در زنان" که بر روی زنان مراجعه‌کننده به کلینیک شهید رحیمی شهر خرم آباد انجام شد، ۱۷ نفر در گروه آزمون و ۱۷ نفر در گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. روش آرام‌سازی بنسون به گروه آزمون آموزش داده شد و این افراد به مدت ۱۵ دقیقه، ۲ بار در روز به مدت ۸ هفته این روش را اجرا کردند. پس از پایان مداخله پرسشنامه استرس ناباروری بر روی دو گروه گواه و آزمایش اجرا شد. نتایج نشان داد که آرام‌سازی نقش مهمی در کاهش استرس و کاهش نگرانی‌های جنسی، ارتباطی و اجتماعی زنان نابارور دارد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت و عوارض یائسگی مانند علائم روان‌شناختی با آرام‌سازی بهبود یافته بود (۳۷).

از نقاط قوت مطالعه حاضر، اشتیاق افراد در یادگیری و دریافت آرام‌سازی و حجم مناسب نمونه‌ها بود. محدوده سنی و میزان دقت واحدهای پژوهش در تکمیل پرسشنامه‌ها، یائسه بودن زنان، خصوصیات جسمانی افراد، عدم تحمل تغییر در روش زندگی، محدود بودن

محیط انجام پژوهش و عدم توانایی در کورسازی کامل مطالعه از نقاط ضعف مطالعه محسوب می‌شود که کنترل کامل آنها میسر نبود و پژوهشگر صحت اظهارات واحدهای پژوهش را ملاک قرار داد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، به‌نظر می‌رسد مداخله آرام‌سازی به روش بنسون نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی و کاهش علائم یائسگی و عملکرد جنسی دارد و روشی بی‌خطر، مفید و بدون هزینه در کنترل علائم زنان یائسه می‌باشد. با توجه به این که جمعیت زنان یائسه‌های کشورمان به‌عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های جامعه رو به افزایش است، لذا استفاده از روش آرام‌سازی به‌عنوان یک اقدام مؤثر در آموزش و بهبود سلامت این قشر عظیم از جامعه توصیه می‌گردد. بنابراین؛ برای دستیابی به نتایج بهتر در انجام مطالعات بعدی، گروه‌های سنی و حیطه‌های مختلف زنان و با حجم بیشتری پیشنهاد می‌شود. همچنین تأثیر مداخله آرام‌سازی بنسون بر روی عوارض یائسگی به‌صورت جداگانه مثلاً علائم وازوموتور توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح دانشجویی با کد طرح ۹۷۱۲۰۴ از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد است که در کمیته اخلاق با کد IR.MUMS.NURSE.REK.1398.004 و در پایگاه کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20190417043305N1 ثبت شده است. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، کارکنان مراکز بهداشتی و مسئولین مربوطه و زنانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Eisanezhad Boshehri S, Dasht Bozorgi Z. Effectiveness of behavioral activation treatment in reduction of anxiety and depression of premenopausal women. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2018; 6(1):19-26.
2. Garcia MC, Kozasa EH, Tufik S, Mello LE, Hachul H. The effects of mindfulness and relaxation training for insomnia (MRTI) on postmenopausal women: a pilot study. *Menopause*. 2018; 25(9):992-1003.
3. Séjourné N, Got F, Solans C, Raynal P. Body image, satisfaction with sexual life, self-esteem, and anxiodepressive symptoms: a comparative study between premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women. *Journal of women & aging*. 2019; 31(1):18-29.
4. World Health Organization. *Research on the menopause in the 1990s: report of a WHO scientific group*. World Health Organization; 1996.
5. Xue W, Sun AJ, Zheng TP, Jiang JF, Wang YP, Zhang Y, et al. Analysis of the effects on menopausal symptoms, quality of life, and cardiovascular risk factors of five different therapy in women at early stage of menopause. *Zhonghua yi xue za zhi*. 2016; 96(29):2327-11.
6. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*. 2009; 62(2):153-9.
7. Abedi P, Jafarzadeh M, Abbaspoor Z, Bastami P, Haghighizadeh MH, Hassani M. Education for sexual satisfaction promotion in postmenopausal women: individual or group education?. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2017; 20(9):16-23.
8. Cramer H, Peng W, Lauche R. Yoga for menopausal symptoms—A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. 2018; 109:13-25.
9. Chen Y, Lin SQ, Wei Y, Gao HL, Wu ZL. Menopause-specific quality of life satisfaction in community-dwelling menopausal women in China. *Gynecological endocrinology*. 2007; 23(3):166-72.
10. Rathnayake N, Lenora J, Alwis G, Lekamwasam S. Prevalence and severity of menopausal symptoms and the quality of life in middle-aged women: a study from Sri Lanka. *Nursing Research and Practice*. 2019; 2019.
11. Masoudi R, Soleimani M, Hasheminia A, Qorbani M, HasanPour-Dehkordi A, Bahrami N. The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people. *The journal of Qazvin University of medical sciences*. 2010; 14.
12. Mohammadi K, Heidari M, Faqihzadeh S. The validation of female sexual function index (FSFI) in the women: Persian Version. *Payesh journal*. 2008; 7(2):270-8.
13. Jourabchi Z, Roshan Z, Alipour M, Ranjkesh F. Effect of group counseling on the type of delivery in nulliparous women: a randomized controlled trial. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2018; 26(2):120-8.
14. Shariat Moghani S, Ebrahimzadeh M, Safari A, Jamali J. The Effectiveness of Husbands' Awareness of Menopausal Complications on Physical Psychological Experiences of Postmenopausal Women. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery* 2021; 31(3):155-64.
15. Alder J, Urech C, Fink N, Bitzer J, Hoesli I. Response to induced relaxation during pregnancy: comparison of women with high versus low levels of anxiety. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2011; 18(1):13-21.
16. Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F. Effect of relaxation training to pregnant mothers on quality of life and postpartum blues. *Knowledge & Health*. 2012; 7(2):83-8.
17. Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *Journal of midwifery & women's health*. 2005; 50(4):e36-40.
18. DiPietro JA, Costigan KA, Nelson P, Gurewitsch ED, Laudenslager ML. Fetal responses to induced maternal relaxation during pregnancy. *Biological psychology*. 2008; 77(1):11-9.
19. Bastard J, Tiran D. Aromatherapy and massage for antenatal anxiety: Its effect on the fetus. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2009; 15(4):230-3.
20. Chegeni PS, Gholami M, Azarگون A, Pour AH, Birjandi M, Norollahi H. The effect of progressive muscle relaxation on the management of fatigue and quality of sleep in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled clinical trial. *Complementary therapies in clinical practice*. 2018; 31:64-70.
21. Lolak S, Connors GL, Sheridan MJ, Wise TN. Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and depression in patients enrolled in an outpatient pulmonary rehabilitation program. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2008; 77(2):119-25.
22. Nappi RE, Nijland EA. Women's perception of sexuality around the menopause: outcomes of a European telephone survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2008; 137(1):10-6.
23. Khalili R, Ebadi A, Tavallai A, Habibi M. Validity and reliability of the Cohen 10-item Perceived Stress Scale in patients with chronic headache: Persian version. *Asian journal of psychiatry*. 2017; 26:136-40.

24. Arabi S, Rezaee M, Sahaf R, Rassafiani M, Hosseini H, Mirzakhany N, et al. Validity and reliability of the Persian version of measurement of the quality of life of people with disabilities. *Pajoohandeh Journal*. 2014; 19(2):91-8.
25. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy* 2000; 26(2):191-208.
26. Aliei MM, Ghelichkhani F, Pakghohar M, Abadi MM. Effectiveness of a sex education program on sexual function in postmenopausal women with sexual dysfunction: A randomized trial. *Payesh (Health Monitor)*. 2016; 15(2):181-92.
27. Dumont F. Portrait. Renée Green. Critique d'art. *Actualité internationale de la littérature critique sur l'art contemporain* 2010; 1(35).
28. Moghasemi S, Ziaei S, Heydari Z. Comparative Effects of the Conventional Hormone Replacement Therapy and Tibolone on Sexual Performance in Postmenopausal Women. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*. 2011; 14(54):104-113.
29. Hamidizadeh S, Ahmadi F, Asghari M. Study effect of relaxation technique on anxiety and stress in elders with hypertension. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences*. 2006; 8(2):45-51.
30. Kamali S, MosaviNasab N. Differential effectiveness of hormone replacement therapy and relaxation techniques on consequences of menopause vasomotor symptoms. *J. Qazvin Univ. Med. Sci. Health Serv*. 2007; 11(1):34-40.
31. Rabiee N, Karimi F, Motaghi Z. Effect of Lifestyle on Psychological Well-Being and Severity of Menopausal Symptoms in Women during Premenopausal Period. *International Journal of Health Studies*. 2019; 5(3):33-37.
32. Hess R, Thurston RC, Hays RD, Chang CC, Dillon SN, Ness RB, et al. The impact of menopause on health-related quality of life: results from the STRIDE longitudinal study. *Quality of Life Research*. 2012; 21(3):535-44.
33. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2006; 85(11):1315-9.
34. Shariat Moghani S, Simbar M, Rashidi Fakari F, Ghasemi V, Dolatian M, Golmakani N, et al. The Relationship Between Stress, Anxiety and Depression With Menopausal Women Experiences. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2018; 26(5):333-40.
35. Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Nedjat S, Asghari M. Effects of aerobic exercise on quality of life in premenopausal and postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2014; 17(114):19-26.
36. Smith WJ, Beadle K, Shuster EJ. The impact of a group psychoeducational appointment on women with sexual dysfunction. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008; 198(6):697-e1.
37. Bavazin F, Vieskarami H. The Effect of Relaxation Techniques on the Reduction of Stress, Sexual Anxiety, Communication Concerns, and Social Concerns in Females with Infertility. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018; 13(2):10-16.