



The Effect of Educational Intervention Based on The Health Belief Model on Improvement of Preventive Behaviors Towards Premenstrual Syndrome (PMS) Among Girls of Pre-University in Tehran

Mania KhaliliPour Darestani¹, Ali Komaili², Zahra Jalili¹

1. Dept. of Health Education and Health promotion, Science and Resarch Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Dept. of Nutrition, Science and Resarch Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Article Information

Article History:

Received: 2016/09/11

Accepted: 2017/10/03

Available online: 2017/11/01

IJHEHP 2017; 5(3):251-259

DOI:

Corresponding Author:

Dr. Ali Komaili

Dept. of Nutrition, Science and Resarch Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Tel: 09121305044

Email:

Ali_komaili43@yahoo.com



Abstract

Background and Objective: A premenstrual syndrome is a series of physical, psychological, Emotional and behavioral symptoms that occur periodically and affects both the individual and the family. The purpose of this study was to determine 'the effect of education based on Health Belief Model on promoting preventive behavior in a premenstrual syndrome that has been done in pre-university in Tehran.

Methods: This study is a quasi-experimental study with a control group that was conducted on 120 pre-college students enrolled in two high schools, selected randomly from 19 areas of Tehran. Data collection included demographic characteristics questionnaire and a Self-made questionnaire including knowledge, behavior and the health belief model structures about PMS. The educational intervention was performed based on the results of the pretest and the constructs of the health belief model in the intervention group and four sessions of 45-60 minutes. Obtained data is analyzed by using SPSS software version 23.

Results: Before the intervention, in terms of demographic characteristics and model structures, the control and the intervention group were homogeneous. After the educational intervention, there was a significant difference between the two groups of intervention and control in all the constructs of the health belief model, especially awareness and perceived sensitivity ($p > 0.05$).

Conclusion: According to the present study, education based on the constructs of health belief model is effective on the preventive behaviors of premenstrual syndrome and can be used to prevent and reduce the symptoms of premenstrual syndrome

KeyWords: Health Belief Model, premenstrual syndrome, pre-university students

Copyright © 2017 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to cite this article:

Khalilipoor darestani M, Komeili A, Jalili Z. The Effect of Educational Intervention Based on The Health Belief Model on Improvement of Preventive Behaviors Towards Premenstrual Syndrome (PMS) Among Girls of Pre-University in Tehran . Iran J Health Educ Health Promot. 2017; 5 (3) :251-259

Khalilipoor darestani, M., Komeili, A., & Jalili, Z. (2017). The Effect of Educational Intervention Based on The Health Belief Model on Improvement of Preventive Behaviors Towards Premenstrual Syndrome (PMS) Among Girls of Pre-University in Tehran . *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*; 5 (3) :251-259



تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از سندرم پیش‌ازقاعدگی در دختران پیش‌دانشگاهی شهر تهران

مانیا خلیلی پور دارستانی^۱، علی کمیلی^۲، زهرا جلیلی^۱

۱. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. گروه تغذیه، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

زمینه و هدف: سندرم پیش‌ازقاعدگی مجموعه‌ای از علائم جسمانی، روانشناختی، عاطفی و رفتاری است که به طور دوره‌ای اتفاق می‌افتد و اثرات بدی بر فرد و خانواده می‌گذارد. هدف از مطالعه حاضر تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از سندرم پیش‌ازقاعدگی در دختران پیش‌دانشگاهی شهر تهران است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه نیمه‌تجربی با گروه شاهد است که روی ۱۲۰ دانش‌آموز دختر پیش‌دانشگاهی مشغول به تحصیل در دو دبیرستان انجام شده است که به صورت تصادفی از مناطق ۱۹ گانه شهر تهران انتخاب شده بودند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر آگاهی، رفتار و تمامی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بود. مداخله آموزشی براساس نتایج حاصل از پیش‌آزمون و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در گروه مداخله و در چهار جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای انجام شد. اطلاعات به دست آمده با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ آنالیز شد.

یافته‌ها: پیش از مداخله، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و سازه‌های مدل تمامی گروه مداخله و شاهد یکسان بودند. پس از مداخله آموزشی، در تمام سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی به‌ویژه آگاهی و حساسیت درک‌شده بین پاسخ‌های دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: براساس مطالعه حاضر، آموزش مبتنی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از سندرم پیش‌ازقاعدگی مؤثر بوده و می‌توان از این مدل برای پیش‌گیری و کاهش علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی استفاده کرد.

کلمات کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، سندرم پیش‌ازقاعدگی، دختران پیش‌دانشگاهی

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۱

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۱۱

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۸/۱۰

IJHEHP 2017; 5(3):251-259

نویسنده مسئول:

دکتر علی کمیلی

گروه تغذیه، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

تلفن: ۰۹۱۲۱۳۰۵۰۴۴

پست الکترونیک:

Ali_komeili43@yahoo.com



مقدمه

بی‌دلیل، عصبانیت و کج‌خلقی، نگرانی و اضطراب، احساس افسردگی و ناامیدی، ازدست‌دادن علاقه به انجام کار و فعالیت معمول، تغییر در اشتها و پرخوری، اختلال در خواب مثل بی‌خوابی و پرخوابی، علائم جسمی همچون سردرد، دل‌درد، نفخ شکم، حساسیت سینه‌ها، ورم و افزایش وزن (۲).

این علائم معمولاً در فاصله کوتاهی پس از تخمک‌گذاری شروع می‌شود و کم‌کم زیادتر می‌شود و در حدود ۵ روز، پیش از شروع قاعدگی به حداکثر می‌رسد؛ همچنین عوامل روانی، اجتماعی و زیستی در بیماری‌زایی این سندرم مؤثر است (۳). شیوع دقیق سندرم پیش‌ازقاعدگی نامشخص است (۴) ولی در سرتاسر جهان حدود ۹۰-۷۰ درصد از زنان در سنین باروری تا

سندرم پیش‌ازقاعدگی یا PMS به دسته‌ای از نشانه‌های جسمی، رفتاری و خلقی اطلاق می‌شود که حدود یک یا دو هفته پیش از شروع قاعدگی دیده می‌شود. این عارضه می‌تواند در محیط زندگی و کار زنان و دختران تنش ایجاد کند و از آن‌جا که یک اختلال نسبتاً شایع میان زنان در سنین باروری است، می‌تواند به‌طور جدی در سبک زندگی، روابط خانوادگی و ارتباطات اجتماعی آن‌ها اختلال ایجاد کرده و باعث کاهش کیفیت زندگی‌شان شود (۱). براساس معیارهای تشخیصی اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکان آمریکا وجود ۵ مورد از موارد ده‌گانه زیر یا فقط یک از ۴ مورد اول، نشان‌گر سندرم پیش‌ازقاعدگی در افراد است: بی‌ثباتی خلقی و عاطفی مثل گریه

ارزیابی منافع و موانع رفتار پیش‌گیری‌کننده سبب بروز چنین رفتاری می‌شود. براساس این مدل برای این‌که افراد رفتارهای صحیحی داشته باشند باید نخست در برابر مسئله احساس خطر کنند (حساسیت درک‌شده)، سپس عمق خطر و جدی بودن آن را درک کنند (شدت درک‌شده) و در صورت ارزیابی مثبت منافع در جهت رفتار پیش‌گیری‌کننده اقدام کنند (۱۶). مدل اعتقاد بهداشتی یک مدل فردگراست و سعی در تغییر آگاهی و نگرش اشخاص دارد و با هدف مطالعه حاضر همسو است. به همین سبب به عنوان چارچوب نظری این مطالعه انتخاب شده است. مطالعات اندکی درباره تأثیر مشاوره و درمان غیردارویی در کاهش علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی صورت گرفته است. بر مبنای تحقیقی که تقی‌زاده و همکاران، انجام دادند، پس از مداخله مشاوره گروهی، میانگین شدت کلی PMS و علائم جسمانی، اضطراب، حساسیت در روابط بین‌فردی و پرخاشگری در گروه آزمون کاهش معناداری داشته است (۱۷). بنابراین با توجه به آثار زیان‌آور این سندرم بر عملکرد زنان و محدود ساختن فعالیت‌های آنان و اولویت روش‌های غیردارویی در کاهش علائم و یا درمان PMS، از آن جایی که آموزش گروهی یک راه درمانی بدون عارضه و از نظر هزینه مقرون‌به‌صرفه است، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از ابتلا به سندرم پیش‌ازقاعدگی در دختران پیش‌دانشگاهی شهر تهران (۱۳۹۴-۱۳۹۵) انجام شده است.

روش بررسی

مطالعه حاضر مطالعه نیمه‌تجربی به صورت پیش و پس از آموزش با گروه مداخله و شاهد بود. جامعه مطالعه شده آن‌را دانش‌آموزان دختر پیش‌دانشگاهی شهر تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. حجم نمونه با توان ۸۵ درصد، شامل ۵۵ نفر برای هر گروه آزمایشی بود. به سبب در نظر گرفتن ریزش نمونه‌ها در هر گروه ۶۰ نفر و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد (در کل تعداد ۱۲۰ نفر) بررسی شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: دختران سالم بدون سابقه یا وجود بیماری شناخته‌شده؛ داشتن تجربه شروع قاعدگی؛ منظم بودن دوره‌های قاعدگی به مدت حداقل یک سال؛ استفاده نکردن از ترکیبات هورمونی (براساس خوداظهاری)؛ تمایل شرکت به مطالعه (از طریق تکمیل فرم رضایت آگاهانه شرکت در مطالعه)

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: وجود هرگونه مشکل و بیماری خاص در دوره مداخله آموزشی که ادامه

حدودی تحت تأثیر این اختلال هستند. در ۲۰-۴۰ درصد آنان این علائم سبب تداخل در عملکرد روزانه می‌شود؛ اما شیوع علائم شدید این سندرم در حدود ۸ درصد است (۵). طبق مطالعه‌ای در ایران ۷۸/۴ درصد دانشجویان و براساس مطالعه‌ای در تهران ۶۴/۴ درصد زنان از این سندرم رنج می‌برند (۶). شناخت دقیق علت سندرم پیش‌ازقاعدگی مشخص نیست؛ اما نظریه‌های گوناگونی درباره چندعاملی بودن آن وجود دارد. اختلالات هورمونی سطح پایین پروژسترون در فاز لوتئال، اختلال عملکرد آلدوسترون و اختلال ترشح نوروترانسمیترها به‌ویژه سروتونین و نیز عوامل محیطی از قبیل استرس، مصرف نمک، قهوه و شکلات از علل مطرح شده در این سندرم هستند (۷، ۸). علائم پیش از قاعدگی ممکن است با نزدیک شدن افراد به سن یائسگی تغییر کند؛ اما به نظر می‌رسد خطر بیشتری از بروز علائم مرتبط با نوسانات هورمونی در یائسگی متوجه زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی باشد (۹). به علت مشخص نبودن دقیق پاتوفیزیولوژی سندرم پیش‌ازقاعدگی، پروتکل‌های درمانی متفاوتی درباره آن توصیه شده است. مصرف ویتامین‌ها و مواد معدنی، مسهل‌ها، پروژسترون، بروموکریپتین، مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSR) مثل فلوکسیتین و داروهای ضدبارداری، از جمله این روش‌های درمانی هستند. بنابراین در رابطه با PMS هیچ درمان واحدی وجود ندارد که در همه جا پذیرفته شده باشد و مداخلاتی مثل تغییر سبک زندگی، آموزش، مدیریت استرس (ماساژ، بازتاب درمانی و یوگا)، فعالیت بدنی، ویتامین‌ها و... کاربرد دارد (۱۰). افراد مبتلا به این سندرم باید با درمان‌های غیردارویی درمان شوند و درمان‌های دارویی باید در باره بیماری به‌کار رود که در برابر درمان‌های غیردارویی مقاوم و پایدارترند (۱۱).

مطالعاتی که تأثیر مداخلات غیردارویی همچون مهارت‌های کنترل استرس، مهارت تن‌آرامی، تغییر در شیوه زندگی، تغییر در رژیم غذایی، ورزش و فعالیت بدنی و مهارت کنترل خشم را در کاهش علائم سندرم پیش‌ازقاعدگی بررسی کرده‌اند، نتایج موفقیت‌آمیزی در کنترل شدت این سندرم داشته‌اند (۱۴، ۱۲). آموزش بهداشت، تلفیق انواع تجربه‌های یادگیری است که بر اعتقادات، گرایش‌ها و رفتارهای بهداشتی مؤثر است و باعث رفتار داوطلبانه‌ای می‌شود که سلامتی را تسهیل می‌کند. آموزش، برای کسب نتایج مفید، باید اصولی و بر مبنای تئوری‌ها و الگوهای تعریف‌شده باشد. مدل اعتقاد بهداشتی یکی از مدل‌های تحلیل رفتار است که در مطالعات زیادی در زمینه رفتارهای بهداشتی استفاده شده است (۱۵). این مدل تأکید می‌کند که چگونه ادراکات و باورهای فردی در زمینه ترس از مشکل بهداشتی و

برای پردازش آماری از نرم افزار آماری Spss ویرایش ۲۳ استفاده شد. در این مطالعه مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۹۶ درصد به دست آمد که نشان می‌دهد پرسش‌نامه، سازگاری درونی محکمی دارد. در مرحله اول، پرسش‌نامه‌ها در دو گروه مداخله و شاهد تکمیل شده؛ سپس به افراد گروه مداخله آموزش داده شدند. مداخله به صورت ۴ جلسه آموزش گروهی و هر جلسه به مدت (۶۰-۴۵) دقیقه با محتوای مفاهیم مربوط به قاعدگی و سندرم پیش از قاعدگی، تأثیر ابعاد مختلف شیوه زندگی، رژیم غذایی و فعالیت بدنی بر PMS، و براساس نیازهای آموزشی حاصل از نتایج پیش‌آزمون در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد. پس‌آزمون نیز در هر دو گروه مداخله و شاهد پس از چهار هفته انجام شده و با هم مقایسه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار Spss ویرایش ۲۳ و آزمون‌های پارامتری و آزمون ناپارامتری من‌ویتنی و یلکاکسون و آزمون کای دو انجام شد.

شاخص	CVR	CVI
سؤالات آگاهی	۰/۹۶	۰/۸۴
سؤالات نگرش	۰/۹۶	۰/۸۵
سؤالات حساسیت درک شده	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰
سؤالات شدت درک شده	۰/۹۷	۰/۹۰
سؤالات منافع درک شده	۰/۹۴	۰/۸۷
سؤالات موانع درک شده	۰/۹۷	۰/۸۹
سؤالات موانع درک شده	۰/۹۵	۰/۹۰
سؤالات خودکارآمدی	۰/۹۷	۰/۹۱
سؤالات رفتار	۰/۹۸	۰/۸۹

یافته‌ها

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار مشخصات جمعیتی در دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معناداری نداشته است و از نظر متغیرهای بررسی شده، این دو گروه را همسان انتخاب کردیم. در این مطالعه ۱۲۰ دانش‌آموز دختر بررسی شدند که از این تعداد ۵۵ نفر (۴۵/۵۶ درصد) آذری، ۴۰ نفر (۳۳/۰۸ درصد) ترکمن و بقیه افراد از سایر اقوام ایرانی بودند. رشته تحصیلی ۴۲ نفر (۳۵ درصد) از این دانش‌آموزان از هنرستان بود.

از بیشترین نمونه‌های بررسی شده تعداد ۱۱۷ نفر (۹۷/۵ درصد) مجرد بودند؛ ۵۵/۶۷ درصد پدران‌شان تحصیلات دیپلم و کمتر داشتند و ۵۷/۳۹ درصد مادران‌شان تحصیلاتی در سطح دیپلم و کمتر داشتند. بیشتر پدران ۵۹ نفر (۴۸/۹۶ درصد) شغل آزاد داشتند و مادران ۷۳ نفر (۶۱/۰۸ درصد) خانه‌دار بودند. سطح

مشارکت را ناممکن کند؛ نداشتن تجربه شروع قاعدگی؛ نامنظم بودن دوره قاعدگی؛ مصرف ترکیبات هورمونی در حین پژوهش؛ تمایل نداشتن به شرکت در کلاس‌ها و غیبت از جلسات آموزشی. دانش‌آموزانی که در جلسات مشاوره شرکت نکردند و پرسش‌نامه‌های خود را به‌طور کامل تکمیل نکردند از مطالعه خارج شدند. دانش‌آموزان دارای شرایط، به صورت متوالی پس از کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شده و به صورت تصادفی به گروه‌های شاهد و مداخله تقسیم شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها براساس پرسش‌نامه محقق ساخته در دو بخش: اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، رشته تحصیلی، وضعیت تأهل، شغل مادر، شغل پدر، میانگین درآمد ماهانه خانواده و تعداد اعضای خانواده) و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل ۶۰ سؤال بود.

آگاهی: ۱۰ سؤال با مقیاس بلی و خیر با نمره ۱-۰. نگرش: ۵ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ درجه از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم.

حساسیت درک شده: ۷ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ درجه از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم.

شدت درک شده: ۵ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ درجه از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم.

منافع درک شده: ۶ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ درجه از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم.

موانع درک شده: ۷ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ درجه از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم.

راه‌نما برای عمل: ۴ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ درجه از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم.

خودکارآمدی: ۶ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ درجه از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم.

رفتار: ۱۰ سؤال با مقیاس (همیشه، اغلب، گاهی، به ندرت، هرگز)

پرسش‌نامه برای تعیین روایی، به ۱۰ نفر از استادان متخصص ایمیل شد و پس از اعلام نظر اساتید اصلاحات لازم صورت گرفت و مجدداً برای دریافت تأییدیه روایی برای استادان ارسال شد.

در نهایت، پرسش‌نامه از نظر CVI و CVR در محدوده مورد قبول نمره کافی را گرفت. برای تعیین پایایی این پرسش‌نامه، ۳۰ نفر از دانش‌آموزان نمونه سؤالات را در پایه تحصیلی مشابه تکمیل کردند.

درآمد خانوارها در نمونه‌های بررسی شده، ۹۱ نمونه (۷۵/۸۳ درصد) کمتر از ۳ میلیون تومان بود. ۵۸ نفر (۴۸/۷۵ درصد) به ندرت ورزش می‌کردند و از میان افراد بررسی شده در این پژوهش، ۸۴ نفر (۷۰/۱۲ درصد) از خانواده‌هایی با جمعیت ۴ نفر و کمتر بودند. بیشتر نمونه‌های بررسی شده (۷۵ درصد) فرزند اول و دوم بودند.

یافته‌ها نشان دادند که طبق آزمون کای‌دو، دو گروه مداخله و شاهد از نظر قومیت ($p=0/102$)، رشته تحصیلی ($p=0/465$)، وضعیت تأهل ($p=0/551$)، وضعیت تحصیلات مادر ($p=0/551$)، وضعیت تحصیلات پدر ($p=0/059$)، وضعیت شغلی پدر ($p=0/733$)، وضعیت شغلی مادر ($p=0/075$)، سطح درآمد ($p=0/202$)، میزان فعالیت ورزشی هفتگی ($p=0/354$)، تعداد اعضای خانواده ($p=0/061$) و چندمین فرزند خانواده بودن ($p=0/213$) در مقایسه با هم تفاوت معناداری نداشتند. می‌توان گفت گروه مداخله و شاهد را از نظر متغیرهای بررسی شده، همسان انتخاب کردیم. پیش از مداخله آموزشی در میانگین نمره‌های متغیر آگاهی در دو گروه مداخله و شاهد هیچ‌گونه تفاوت معناداری مشاهده نشد. اما پس از مداخله آموزشی اختلاف معناداری بین میانگین نمره‌های متغیر آگاهی در دو گروه وجود داشت. آزمون t برای مقایسه میانگین دو جامعه مستقل با p مقداری برابر $0/001$ وجود این اختلاف معنادار را نشان می‌دهد.

پس از مداخله آموزشی میانگین نمره‌های متغیر آگاهی در گروه مداخله از $32/38$ به $86/78$ افزایش یافت؛ اما میانگین نمره‌های متغیر آگاهی در گروه شاهد در زمان‌های معادل پیش و پس از مداخله به ترتیب $30/83$ و $31/77$ بود، که نشان‌دهنده هیچ‌گونه تغییر معناداری نیست. پیش از مداخله آموزشی در میانگین نمره‌های متغیر نگرش در دو گروه مداخله و شاهد نیز هیچ‌گونه تفاوت معناداری مشاهده نشد. اما پس از مداخله آموزشی نمره‌های متغیر نگرش در گروه مداخله از $2/51$ به $3/51$ افزایش یافت و که افزایش کاملاً معناداری است. در صورتی که میانگین نمره‌های متغیر نگرش در گروه شاهد در زمان‌های معادل پیش و پس از مداخله به ترتیب $2/42$ و $2/38$ بود که هیچ‌گونه تغییر معناداری را نشان نمی‌دهد. پیش از مداخله آموزشی در میانگین نمره‌های متغیر حساسیت درک‌شده در دو گروه مداخله و شاهد هیچ‌گونه تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ اما پس از مداخله آموزشی میانگین نمره‌های متغیر حساسیت درک‌شده کاملاً معنادار بود. اما میانگین نمره‌های متغیر حساسیت درک‌شده در گروه مداخله از $2/24$ به $3/37$ افزایش یافت و این افزایش کاملاً معنادار بود. اما میانگین نمره‌های متغیر حساسیت درک‌شده در گروه شاهد در زمان‌های معادل پیش و پس از مداخله به ترتیب $2/01$ و $2/06$ بود که نشان‌دهنده هیچ‌گونه تغییر معناداری

نمود. پیش از مداخله آموزشی در میانگین نمره‌های متغیر شدت درک‌شده در دو گروه مداخله و شاهد هیچ‌گونه تفاوت معناداری مشاهده نشد. اما پس از مداخله آموزشی میانگین نمره‌های متغیر شدت درک‌شده در گروه مداخله از $2/46$ به $3/38$ افزایش یافت و این افزایش کاملاً معنادار است. اما میانگین نمره‌های متغیر شدت درک‌شده در گروه شاهد در زمان‌های معادل پیش و پس از مداخله به ترتیب $2/35$ و $2/35$ بوده است که نشان‌دهنده هیچ‌گونه تغییر معناداری نیست. پیش از مداخله آموزشی در میانگین نمره‌های متغیر منافع درک‌شده در دو گروه مداخله و شاهد هیچ‌گونه تفاوت معناداری مشاهده نشد. اما پس از مداخله آموزشی میانگین نمره‌های متغیر منافع درک‌شده در گروه مداخله از $2/64$ به $3/51$ افزایش یافت و این افزایش کاملاً معنادار است. اما میانگین نمره‌های متغیر منافع درک‌شده در گروه شاهد در زمان‌های معادل پیش و پس از مداخله به ترتیب $2/54$ و $2/57$ بود که نشان‌دهنده هیچ‌گونه تغییر معناداری نیست.

پیش از مداخله آموزشی در میانگین نمره‌های متغیر موانع درک‌شده در دو گروه مداخله و شاهد هیچ‌گونه تفاوت معناداری مشاهده نشد. اما پس از مداخله آموزشی میانگین نمره‌های متغیر موانع درک‌شده در گروه مداخله از $3/95$ به $2/94$ کاهش یافت و این کاهش کاملاً معنادار است. اما میانگین نمره‌های متغیر موانع درک‌شده در گروه شاهد در زمان‌های معادل پیش و پس از مداخله به ترتیب $3/03$ و $3/06$ بود که نشان‌دهنده هیچ‌گونه تغییر معناداری نیست.

پیش از مداخله آموزشی در میانگین نمره‌های متغیر خودکارآمدی در دو گروه مداخله و شاهد هیچ‌گونه تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ اما پس از مداخله آموزشی اختلاف معناداری بین میانگین نمره‌های متغیر خودکارآمدی در دو گروه وجود نداشت. پس از مداخله آموزشی میانگین نمره‌های متغیر خودکارآمدی در گروه مداخله از $2/51$ به $3/43$ افزایش یافت که افزایش کاملاً معناداری بود. پیش از مداخله آموزشی در میانگین نمره‌های متغیر راهنما برای عمل در دو گروه مداخله و شاهد هیچ‌گونه تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ اما پس از مداخله آموزشی اختلاف معناداری بین میانگین نمره‌های متغیر راهنما برای عمل در دو گروه وجود داشت. پس از مداخله آموزشی میانگین نمره‌های متغیر راهنما برای عمل در گروه مداخله از $2/67$ به $3/3$ افزایش یافت و این افزایش کاملاً معنادار بود. اما میانگین نمره‌های متغیر راهنما برای عمل در گروه شاهد در زمان‌های معادل پیش و پس از مداخله به ترتیب $2/5$ و $2/54$ بود که نشان‌دهنده هیچ‌گونه تغییر معناداری نبود. پیش از مداخله

پس از مداخله آموزشی میانگین نمره‌های متغیر انجام رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از سندرم پیش‌ازقاعدگی در گروه مداخله از ۱/۸۷ به ۲/۸۶ افزایش یافت که افزایش کاملاً معناداری بود اما میانگین نمره‌های متغیر انجام رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از سندرم پیش‌ازقاعدگی در گروه شاهد در زمان‌های معادل پیش و پس از مداخله به ترتیب ۱/۹۸ و ۱/۹۸ بود که نشان‌دهنده هیچ‌گونه تغییر معناداری نبود.

آموزشی در میانگین نمره‌های متغیر انجام رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از سندرم پیش‌ازقاعدگی در دو گروه مداخله و شاهد هیچ‌گونه تفاوت معناداری مشاهده نشد اما پس از مداخله آموزشی اختلاف معناداری بین میانگین نمره‌های متغیر انجام رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از سندرم پیش‌ازقاعدگی در دو گروه وجود داشت.

مقایسه میانگین، انحراف معیار و سطوح معنی داری در گروه‌های مداخله و شاهد

p-value	کنترل		مداخله			
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
P=۰/۶۲۱	۱۴/۱۸	۳۰/۸۳	۱۳/۹۵	۳۲/۳۸	پیش	آگاهی
P<۰/۰۰۱	۱۳/۸۱	۳۱/۷۷	۹/۲۲	۸۶/۷۸	پس	
	P=۰/۵۰۲		P<۰/۰۰۱		مقایسه	
P=۰/۳۹۵	۰/۴۵	۲/۴۲	۰/۵۱	۲/۵۱	پیش	نگرش
P<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۲/۳۸	۰/۳۵	۳/۵۱	پس	
	P=۰/۸۲۱		P<۰/۰۰۱		مقایسه	
P=۰/۰۶۷	۰/۶	۰/۰۱	۰/۵۱	۲/۲۴	پیش	حساسیت درک‌شده
P<۰/۰۰۱	۰/۵۹	۲/۰۶	۰/۳۰	۳/۳۷	پس	
	P=۰/۳۷۱		P<۰/۰۰۱		مقایسه	
P=۰/۴۹۴	۰/۷۲	۲/۳۵	۰/۶۵	۲/۴۶	پیش	شدت درک‌شده
P<۰/۰۰۱	۰/۷۱	۲/۳۵	۰/۳۶	۳/۳۸	پس	
	P=۰/۵۶۲		P<۰/۰۰۱		مقایسه	
P=۰/۴۴۴	۰/۵۶	۲/۵۴	۰/۶۳	۲/۶۴	پیش	منافع درک‌شده
P<۰/۰۰۱	۰/۵۲	۲/۵۷	۰/۳۴	۳/۵۱	پس	
	P=۰/۴۲۱		P<۰/۰۰۱		مقایسه	
P=۰/۵۷۰	۰/۶۸	۳/۰۲	۰/۵۵	۳/۹۵	پیش	موانع درک‌شده
P<۰/۰۰۱	۰/۶۷	۳/۰۶	۰/۵۱	۲/۹۴	پس	
	P=۰/۵۲۷		P<۰/۰۰۱		مقایسه	
P=۰/۳۲۳	۰/۷۳	۲/۵	۰/۷	۲/۶۷	پیش	راهنما برای عمل
P<۰/۰۰۱	۰/۶۳	۲/۵۴	۰/۳۹	۳/۳	پس	
	P=۰/۴۹۵		P<۰/۰۰۱		مقایسه	
P=۰/۶۸۰	۰/۶۰	۲/۴۶	۰/۵۶	۲/۵۱	پیش	خودکارآمدی
P<۰/۰۰۱	۰/۶۰	۲/۴۹	۰/۳۲	۳/۴۳	پس	
	P=۰/۴۰۱		P<۰/۰۰۱		مقایسه	

بحث

سندرم اهمیت ویژه‌ای دارد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از سندرم پیش‌ازقاعدگی در دختران پیش‌دانشگاهی شهر تهران انجام شد.

در این مطالعه تمام علائم جسمانی سندرم پیش‌ازقاعدگی به صورت مجزا آموزش داده شد و جلسات آموزشی که گذاشته می‌شد، فرصت خوبی برای ارتباط چهره‌به‌چهره و آموزش و پاسخ

سندرم پیش‌ازقاعدگی به عنوان یکی از مشکل‌سازترین مسائل زنان و یکی از شایع‌ترین علل مراجعه زنان به پزشک است. به همین دلیل استفاده از روش‌هایی که بتواند در عین مؤثر بودن، عارضه جانبی کمی داشته باشد، از صرف هزینه‌های درمانی به میزان زیادی می‌کاهد. از آنجایی که هنوز درمان قطعی برای این سندرم وجود ندارد، انجام رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از این

علایم سندرم پیش‌ازقاعدگی»، مشخص شد که راهبردهای درمان شناختی - رفتاری بر سلامتی تأثیر می‌گذارد و خلق شاداب و سرزنده سیستم ایمنی بدن را فعال می‌کند. همچنین تأثیر این راهبردها بر سلامت ذهنی به فرآیندهای شناختی از قبیل نوع نگاه کردن به زندگی و شفاف نگریستن خویش نیز مربوط است و افزایش آگاهی زنان نسبت به علایم سندرم پیش‌ازقاعدگی و روند فیزیولوژیک قاعدگی باعث شده است که سازگاری بیشتری نسبت به علایم سندرم پیش‌ازقاعدگی و روند فیزیولوژیک آن پیدا کنند (۲۲).

Dadvandi و همکاران در سال ۱۳۹۰ در پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر کاهش علایم جسمانی سندرم پیش‌ازقاعدگی به مؤثر بودن آموزش بر کاهش علایم این سندرم پی بردند (۲۳). همسو با مطالعه حاضر در مطالعه Vi Ho (۲۰۰۶) پس از آموزش بر پایه مدل اعتقاد بهداشتی آگاهی گروه مداخله در رابطه با خودآزمایی پستان افزایش معناداری نشان داد (۲۴).

در مطالعه Rahmati (۱۳۸۱) نیز مقایسه نمره آگاهی پیش و پس از آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با روش‌های غربالگری سرطان پستان در دانشجویان تفاوت معناداری را نشان داد (۲۵). در مطالعه حاضر حساسیت درک‌شده گروه مداخله پیش و پس از آموزش اختلاف معناداری داشت که با یافته‌های مطالعات پیشین چون Vi Ho (۲۰۰۶) در افزایش نمره حساسیت درک‌شده در گروه مداخله پس از آموزش در رابطه با خودآزمایی پستان تطابق دارد (۲۶).

در مطالعه حاضر نمره شدت و منافع درک‌شده پس از آزمون افزایش معناداری داشته است ($P < 0/001$). و همسو با آن در مطالعه Rahmati افزایش معناداری در نمره شدت و منافع درک‌شده به دنبال آموزش مشاهده شد (۲۶).

در مطالعه حاضر نمره موانع درک‌شده در گروه مداخله پیش و پس از آموزش، کاهش معناداری داشت که همسو با مطالعه Vi Ho (۲۰۰۶) بود که در آن نمره موانع درک‌شده انجام خودآزمایی پستان در گروه مداخله در پس‌آزمون کاهش معناداری نشان داد (۲۷).

همچنین در مطالعه حاضر نمره خودکارآمدی، راهنما برای عمل و رفتار در گروه مداخله پیش و پس از آموزش افزایش معناداری داشت ($P < 0/001$) که همسو با مطالعات پیشین همچون مطالعه Vi Ho (۲۰۰۶) و مطالعه Banaian و همکاران درباره تأثیر آموزش برانجام غربالگری با ماموگرافی بوده است.

به سؤالات مرتبط با دانش‌آموزان فراهم کرد. با توجه به مقرون‌به‌صرفه بودن و عارضه نداشتن و دسترسی راحت‌تر به نمونه‌ها و نتایج مثبت مطالعات انجام شده در این زمینه، از مداخله مشاوره گروهی با محتوای تغییر سبک زندگی، ورزش، رعایت رژیم غذایی و ... استفاده شد تا در صورت تأیید، نتایج بررسی‌های پیشین صورت گرفته به عنوان روش مطمئن و بی‌عارضه به افراد مبتلا به این سندرم پیشنهاد شود. تاکنون در کشور ما مطالعه‌ای مبنی بر استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی بر سندرم پیش‌ازقاعدگی انجام نشده است. اما مطالعه Taghizade و همکاران (۱۳۸۸) همسو با مطالعه حاضر است که آن‌ها نیز به این نتیجه رسیدند که به دنبال انجام مشاوره گروهی شدت کلی PMS، علایم جسمانی، اضطراب، حساسیت در روابط بین فردی، و پرخاشگری مرتبط با سندرم پیش‌ازقاعدگی به طور معناداری کاهش یافته و فقط پس از افسردگی کاهش معناداری دیده نشد (۱۸).

در مطالعه‌ای که Hossein nazari و همکاران در سال ۱۳۹۱ باهدف تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری بر کاهش علایم روانی سندرم پیش‌ازقاعدگی انجام دادند، این یافته به‌دست آمد که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند علایم فیزیکی و روانی سندرم پیش‌ازقاعدگی را کاهش دهد که از نظر درمانی می‌تواند نتیجه بسیار مفیدی باشد (۱۹).

Murse و همکاران (۱۹۹۱) طی مطالعه‌ای، زنان مبتلا به سندرم پیش‌ازقاعدگی را در سه گروه: درمان شناختی - رفتاری، درمان با پروژسترون و آرام‌سازی بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که بهبود از طریق درمان شناختی - رفتاری با تأخیر صورت می‌گیرد. به‌نظر می‌رسد تفاوت در درمان تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر کاهش علایم PMS که در این مطالعات آمده است، ناشی از تفاوت در روش، تفاوت فرهنگی یا مهارت‌های درمانگران و نیز کم‌بودن اعتبار بیرونی این مطالعات به‌دلیل محدود بودن تعداد نمونه و سطح سواد افراد مبتلا و فهم و پذیرش آن‌ها از درمان شناختی - رفتاری است که یکی از شرایط تأثیر این نوع درمان است (۲۰).

در مطالعه Armand و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان « اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی‌رفتاری بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و علایم سندرم پیش‌ازقاعدگی»، افراد گروه آزمون در نمره کل سندرم پیش‌ازقاعدگی و نمرات افسردگی و استرس، کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون نشان دادند (۲۱).

در مطالعه Hashemian, Hossein nazari و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان «اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش

نتیجه گیری

برنامه آموزشی تدوین شده مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از سندرم پیش از قاعدگی مؤثر بوده و از آنجا که در این مطالعه اثر کوتاه مدت مداخله سنجیده شده است، پیشنهاد می شود مطالعه دیگری با دوره پیگیری ۹ تا ۱۲ ماه انجام شود.

سیاسگزاری

نویسندگان، از مسئولین دانشکده علوم پزشکی برای همکاری و پشتیبانی مناسب و دلسوزانه شان و همینطور از دانش آموزان عزیز و اولیای محترمشان تشکر و قدردانی می نمایند.

References

1. Article O. Frequency , Intensity and Impact of Premenstrual Syndrome in Medical Students. 2008;18(20):481-4.
2. Nourmohammad Bakhshani, Zahra Hasanzadeh MR. Prevalence of premenstrual symptoms and premenstrual dysphoric disorder among adolescents students of Zahedan. ZJRMS. 2011;13(7).(Persian)
3. Indusekhar R, Usman SB, O'Brien S. Psychological aspects of premenstrual syndrome. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Elsevier; 2007;21(2):207-20.
4. Nevatte T, O'Brien PMS, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, et al. ISPMDS consensus on the management of premenstrual disorders. Arch Womens Ment Health. Springer; 2013;16(4):279-91.
5. Izadi-mazidi M, Mehrabizadeh M. Effect of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Health-Related Quality of Life in Females With Premenstrual Syndrome. 2016;10(1):1-5.
6. Lobbestael J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). Clin Psychol Psychother. Wiley Online Library; 2011;18(1):75-9.
7. Hantsoo L, Epperson CN. Premenstrual dysphoric disorder: epidemiology and treatment. Curr Psychiatry Rep. Springer; 2015;17(11):87.
8. Yonkers KA, O'Brien PMS, Eriksson E. Premenstrual syndrome. Lancet. Elsevier; 2008;371(9619):1200-10.
9. Chin LN. Management of premenstrual syndrome. Obstet Gynaecol Reprod Med [Internet]. Elsevier Ltd; 2016;27(1):1-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2016.11.003>
10. Maddineshat M. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS). 2016;30-6.
11. Readings S, Institutes N. Theories of Health Behavior , HPR 8540 Theory at a Glance , Edited for Class Foundations of Applying Theory in Health Promotion Practice. :1-24.
12. Rahnavard Z, Mohammadi M, Rajabi - Fatemeh, Mitra Z. An Educational Intervention Using Health Belief Model on Smoking Preventive Behavior among Female Teenagers. hayat. 2011;17(3):15-26.
13. Mirzaei E. Health Education and Health Promotion in Textbook of Public Health. Tehran: Rakhshan. 2004.
14. Shojaezadeh D, Naeimi M, Noori K, Khalili Z HA. Survey of the Effect of Education Based on the Health Belief Model (HBM) on Knowledge, Perception and Performance about Having Breakfast of Primary School Student boys. JHealth. 2015;6(2):144-53.
15. Peyman N, Mahdizadeh MS MM. Evaluation of education in promoting healthy lifestyle behaviors among adolescent girls, according to the Health Belief Model. JSUMS. 2014; 21(1): 164-74.
16. Alizadeh Siuki H, Jadgal KhM, Shamaeian Razavi N, Zareban I, Heshmati H SN. Effects of health education based on health belief model on nutrition behaviors of primary school students in torbate heydariyeh city in 2012. JAUMS. 3013;5(4):289-99.
17. Karimi M, Zareban I, Montazeri A, Shokravi FA. The Effect of Training Based on Health Belief Model on Preventive Behaviors of Unwanted Pregnancy. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2012;15(23).
18. Tavassoli E, Reisi M, Javadzade H, Mazaheri M, Gharli pour Z, Ghasemi S SS. The effect of the health belief model-based education & improvement of consumption of fruits and vegetables: An interventional study. J Heal F. 2013;1(2):29-35.
19. Karimy M, Hasani M, Khorram R, Gafari M NS. The effect of education, based on health belief model on breast self- examination in health liaisons of zarandieh city. TABIB-E-SHARGH. 2010;10(4):281-9.
20. Jadgal Kh M, Zareban I, Rakhshani F, Alizade Siouki H, Lotfi Mayen Boulagh B HE. The Impact of health education based on health belief model on preventive behavior of unwanted pregnancy among chabahar women. JAUMS. 2015;5(3):191-202.

21. Gharlipour Z, Hazavehei SMM, Moeini B, Nazari M, Moghimbeygi A. Effectiveness of educational program on promotion of smoking preventive behaviors in adolescences. *J Heal Syst Res. J Health Syst Res.*; 2013;9(4):354–361.
22. Rakhshani F, Esmaili A, Charkazi A, Haftsavar M, Shahnazi H EA. Effect of education on smoking prevention in students of Zahedan. *J Heal Syst Res. J Health Syst Res.*; 2010;6(2):267–75.
23. Kim K CM. Implementation and evaluation of nutrition education program for children. *J Sch Heal.* 2008;28(4):216–22.
24. Shim Jin E KS. The effects of a nutrition and body shape education program as part of health promoting projects in an elementary school. *Korean J Nutr.* 2010;43(4):382–94.
25. Friel S, Kelleher C, Campbell P, Nolan G. Evaluation of the Nutrition Education at Primary School (NEAPS) programme. 2017;2(May):549–55.
26. Amini A, Tavousi M SN. The impact of an educational intervention on nutritional preventive behaviors in osteoporosis among adolescent girls. *IHSR. Payesh*; 2014;13(5):609–19.
27. Vi Ho T. Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnams American women (PhD Dissertation). Texas, USA. *Texas Univ Collegr Nurs.* 2006;125–70.

Archive of SID