

بررسی تأثیر برنامه‌ی مشاوره‌ی گروهی بر وضعیت دیسمنوره و عملکرد تغذیه‌ای ورزشی دختران نوجوان در شهریار تهران دکتر سیما کرمانشاهی^۱، شهلا حسین‌زاده^۲، دکتر فاطمه الحانی^۳

نویسنده‌ی مسئول: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، گروه پرستاری Kerman_s@modares.ac.ir

دریافت: ۸۷/۶/۲۴ پذیرش: ۸۸/۱/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: دیسمنوره شایع‌ترین نوع شکایت و از مهم‌ترین مسایل بهداشتی دختران نوجوان می‌باشد و معمولاً آن‌ها در این موقعیت به دنبال هیچ‌گونه دریافت اطلاعات و یا درخواست کمک از افراد حرفه‌ای نیستند. در این مطالعه تأثیر برنامه‌ی مشاوره‌ی گروهی بر وضعیت دیسمنوره‌ی اولیه‌ی دختران دبیرستانی در شهریار استان تهران سنجیده شده است.

روش بررسی: این مطالعه‌ی نیمه‌تجربی، به صورت پس‌آزمون با گروه کنترل صورت گرفته است. به این منظور ۸۰ دانش‌آموز دختر ۱۴ الی ۱۸ ساله به صورت نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. ابتدا در هر دو گروه، جمع‌آوری اطلاعات بر اساس پرسش‌نامه، یادداشت ۲۴ ساعته خوراک، بررسی وضعیت و شدت درد، عملکرد تغذیه‌ای و فعالیت‌های بدنی انجام گرفت. پس از آن در گروه آزمون برنامه‌ی مشاوره‌ی گروهی طی ۸ جلسه ۱/۵ الی ۲ ساعته برگزار گردید و سپس با ارزیابی چک لیست خود گزارش‌دهی به گروه‌های شاهد و آزمون، طی ۳ دوره‌ی متوالی قاعدگی، گروه‌ها پیگیری شدند. در پایان این دوره، مجدداً هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده حاکی از آن است که شدت دیسمنوره‌ی اولیه در گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری داشته است ($P=0/001$). همچنین بین عملکرد تغذیه و ورزش دختران در هر گروه قبل و بعد از برنامه‌ی مشاوره تفاوت معنی‌داری نشان داده است ($P=0/05$). یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ارزیابی برنامه‌ی مشاوره‌ی گروهی می‌تواند سبب کاهش شدت دیسمنوره اولیه و نیز افزایش عملکرد (تغذیه، ورزش) دختران گردد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش جهت پیشگیری و کاهش شدت دیسمنوره اولیه، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مشاوره متناسب با شرایط افراد از نظر فرهنگی، اجتماعی و در سطح مدارس اجرا گردد.

واژگان کلیدی: مشاوره‌ی گروهی، دیسمنوره‌ی اولیه، تغذیه، ورزش

- ۱- دکترای پرستاری، استادیار گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس
- ۲- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس
- ۳- دکترای پرستاری، دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

درد تاریخچه‌ای به قدمت وجود انسان دارد و وجود آن یک پدیده‌ی بی‌اهمیت نیست بلکه یک مشکل بهداشتی به شمار می‌رود که ترس از آن همواره انسان را رنج می‌دهد (۱). بنابراین، هم درد به دلایل اخلاقی و هم به دلیل تأثیر کاهش آن در کسب حداکثر بهبود وضعیت فیزیولوژی و روانی فرد، بایستی تسکین داده شود (۲). درد دوران قاعدگی (Dysmenorrhea) شایع‌ترین نوع شکایات درد زنان می‌باشد (۳). حدود ۴۰ درصد زنان در حین قاعدگی درد دارند که ۱۰ درصد آن‌ها بین یک تا سه روز در هر ماه قادر به انجام هیچ‌کاری نمی‌باشند (۴). دیسمنوره دارای دو منشا اولیه و ثانویه می‌باشد. نوع اولیه‌ی آن که مورد بحث و مطالعه حاضر است، عبارت است از درد کرامپی قسمت تحتانی شکم با درجاتی از انتشار به مناطقی مانند کمر و پاها که در موارد متوسط تا شدید نیز ممکن است با علایم سیستمیک نظیر تهوع، استفراغ، اسهال، سردرد و خستگی همراه باشد. سن شروع این دردها قبل از ۲۰ سالگی یا سه سال بعد از منارک است و معمولاً بدون هرگونه اختلال پاتولوژیک لگنی می‌باشد (۵). تحقیقات انجام شده در زمینه شیوع دیسمنوره‌ی اولیه در نقاط مختلف جهان از سال ۱۹۸۱ تا ۲۰۰۶، حاکی از افزایش میزان شیوع دیسمنوره می‌باشد (۶ و ۷). در ایران نیز میرزایی و همکاران در سال ۱۳۸۰ در مطالعه‌ای بر روی تعدادی از دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه‌ی رفسنجان، شیوع دیسمنوره‌ی اولیه را ۸۵/۵ درصد (۸) و محمدی در ۱۳۷۵ این میزان را در دبیرستان‌های تهران، ۸۶ درصد گزارش کرده است (۹). در مطالعه‌ای در مدارس آمریکا نیز نشان داده شد که ۷۳ درصد از نوجوانان تجربه دیسمنوره را داشتند که فقط ۱۶ درصد با پزشک یا پرستار در مورد درد خودشان صحبت کردند (۱۰). از سوی دیگر دیسمنوره سبب ۳۴ تا ۵۰ درصد غیبت‌های شغلی و تحصیلی بوده است (۱۱). طبق آمار سالیانه‌ی در آمریکا، دو میلیون دلار

هزینه به همین منظور به هدر می‌رود و علاوه بر آن احتمال حوادث و کاهش کیفیت کاری در افرادی که با وجود دیسمنوره به کار خود ادامه می‌دهند و همچنین هدر رفتن ششصد میلیون ساعت کار (۱۲) و کاهش کیفیت زندگی مبتلایان و نیز محدود شدن فعالیت‌های اجتماعی، درسی، ورزشی آنان را باید اضافه نمود (۱۳). بنابراین می‌توان از دیسمنوره به عنوان یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشتی زنان در جوامع مختلف نام برد که پژوهش و کاوش در ابعاد مختلف آن امری بدیهی است. مطالعات انجام شده در ارتباط با روش‌های دارویی کاهش درد قاعدگی نشان می‌دهد که مصرف مسکن در زنانی که دیسمنوره باعث کاهش فعالیت شدید در آن‌ها شده، بیشتر است (۱۴). دادخواه تهرانی نشان داد که بعد از مصرف نیترو گلیسیرین، شدت درد قاعدگی در گروه آزمون بطور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل شد، لیکن عوارض مشاهده شده در گروه تجربه بطور معنی‌داری بیشتری از گروه کنترل بود (۱۵).

با توجه به این‌که کنترل درد همواره یکی از مهم‌ترین اهداف پرستاران است (۲)، لذا نقش آنان خصوصاً در به‌کارگیری روش‌های غیردارویی کنترل درد، می‌تواند بسیار مؤثر و مفید واقع شود. آموزش و مشاوره به عنوان یک جزء مهم خدمات پرستاری است که در طی آن پرستار فرصت می‌یابد با افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و جوامع در تماس باشد و بعد از تشخیص مشکلات بهداشتی آنان، به کمک خودشان نیازهای اساسی آن‌ها را برای رسیدن به سلامت در حد مطلوب مرتفع نماید و به این ترتیب می‌تواند در این زمینه منبع مهمی برای آموزش جهت دستیابی به سلامت و کنترل درد مزمن مددجویان محسوب شوند (۱۶ و ۱۷).

مشاوره به صورت‌های مختلف ممکن است اجرا شود که عمده‌ترین آن عبارت است از مشاوره‌ی گروهی و انفرادی، اما به دلیل این‌که نوجوانان از عضویت در گروه هم‌سالان لذت می‌برند، موفقیت برنامه‌های گروهی برای آنان بیشتر

است (۱۸). بنابراین با در نظر گرفتن این نکته که آموزش دختران نوجوان تأثیر مهمی بر دیگر جنبه‌های توسعه‌ی اجتماعی می‌گذارد (۱۹) و با توجه به شیوع ۶۳/۷ درصدی دیسمنوره در جامعه‌ی پژوهش، پژوهشگر با بررسی تأثیر برنامه‌ی مشاوره‌ی گروهی بر بهبود دیسمنوره‌ی دختران، در صدد است تأثیر برنامه‌ی مشاوره را بر میزان دیسمنوره بررسی نماید.

روش بررسی

این پژوهش به صورت نیمه‌تجربی و به منظور بررسی میزان تأثیر برنامه‌ی مشاوره‌ی گروهی بر بهبود دیسمنوره‌ی اولیه‌ی دختران و با اهداف ویژه‌ی تعیین و مقایسه‌ی میزان شدت درد قاعدگی و میزان عملکرد (تغذیه و ورزش) در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله انجام شد. طی آن پژوهشگر رضایت اداری آموزش و پرورش شهریار را جلب کرد و از تعداد ۵ دبیرستان دولتی موجود، به صورت تصادفی ساده دو دبیرستان را انتخاب نمود. یکی را به عنوان شاهد و دیگری به عنوان گروه آزمون قرار داد. سپس در هر مدرسه، ۱۲ کلاس (از هر سه مقطع اول، دوم، سوم و در هر سه رشته تحصیلی) به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و در نهایت با توجه به خصوصیات نمونه‌های پژوهش ۴۰ نفر در گروه شاهد و ۴۰ نفر در گروه آزمون قرار گرفتند.

نمونه‌ها که در گروه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال بودند، حداقل سه دوره‌ی قاعدگی پشت سر هم را در سه ماهه‌ی گذشته با درد قاعدگی داشته‌اند و هیچ یک از نمونه‌ها بیماری مزمن و پیشرفته، سابقه‌ی عمل جراحی ژینکولوژی یا ناهنجاری و یا سابقه بیماری‌های داخلی، روحی و روانی نداشتند و شدت دیسمنوره‌ی نمونه‌ها طبق سیستم معیار چندبعدی گفتاری، در درجه دو طبقه‌بندی شد.

با توجه به نوع مطالعه، تعریف دو گروه آزمون و شاهد در این پژوهش عبارت از دخترانی هستند که برنامه‌ی مشاوره‌ی

گروهی برای آن‌ها اجرا شد. در گروه آزمون و گروه شاهد دخترانی بودند که روش‌های معمول خود را در زمان قاعدگی به کار گرفته بودند و مداخله‌ای برای آن‌ها اجرا نشد و صرفاً ابزارهای گردآوری اطلاعات را تکمیل کردند. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق، چهار پرسش‌نامه و دو چک لیست خودگزارش‌دهی بود که بر اساس اطلاعات و منابع موجود در کتب و مقالات تهیه گردید. به منظور به دست آوردن روایی ابزار از روش روایی محتوا و برای پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد. پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعات کلی در مورد دختران، پرسش‌نامه‌ی بررسی وضعیت (شدت) درد که بر طبق معیار چند بعدی گفتاری بر اساس درجه‌ی ۱، ۲ و ۳ شدت درد تنظیم شد، پرسش‌نامه‌ی بررسی عملکرد (تغذیه- ورزش) دختران مبتلا به دیسمنوره‌ی اولیه که در آن اطلاعاتی درباره‌ی داشتن برنامه‌ی ورزشی، نوع و مدت ورزش و مواد غذایی و تنقلات مصرفی مؤثر در بهبود دیسمنوره جمع‌آوری شد و نیز پرسش‌نامه یادداشت خوراک ۲۴ ساعته که در طی سه روز متوالی تکمیل شد، چک لیست خودگزارش‌دهی پیاده‌روی منظم که برنامه پیاده‌روی انجام شده، در آن ثبت شد و نیز، چک لیست خود گزارش‌دهی تمرینات ورزشی که شامل تمرینات موشر، گلاب و بیلینگ بود، ابزارهای مطالعه را تشکیل می‌دادند.

این تمرینات در کلیه‌ی روزه‌های قبل از قاعدگی، روزی ۲ الی ۳ مرتبه و به مدت ۵ الی ۱۰ دقیقه به وسیله‌ی دختران انجام شد. روش انجام کار در این پژوهش شامل سه مرحله‌ی مقدماتی، اجرای برنامه و مرحله‌ی بعد از اجرای برنامه‌ی مشاوره بود.

مرحله‌ی مقدماتی شامل اقدامات زیر بود: به منظور تعیین درجه‌ی دیسمنوره، پرسش‌نامه‌ی بررسی شدت درد به هریک از نمونه‌ها در هر گروه شاهد و آزمون ارائه شد که بایستی در سه دوره‌ی قاعدگی قبل از مداخله، شدت درد خود را طبق جدول سیستم معیار چندبعدی گفتاری تعیین کنند. به هر یک

و عدد بزرگ، متوسط و کوچک) و معیارهای متریک (کیلوگرم، گرم، لیتر، سی سی و میلی‌مترمکعب) در مواردی که لازم بود محاسبه شد. از جمله مواردی که در این خصوص لازم بود مورد بررسی قرارگیرند: مواد غذایی محتوی کلسیم، منیزیم، همچنین تعداد وعده‌های مصرف میوه، سبزی همراه با میزان آن، تعداد وعده‌های مصرف چای، نمک و محاسبه فیبر موجود در رژیم غذایی، همچنین نوع موادی که به عنوان میان وعده (تنقلات) مصرف شد. خصوصاً موادی از قبیل چیپس، پفک و شکلات‌های کاکاویی بود. در ارتباط با مصرف نمک نیز معیار، تعداد دفعات مصرف نمک بوده است به طوری که تعداد دفعات مصرف در روز به صورت ضعیف (۳ تا ۴ بار)، متوسط (۱ تا ۲ بار) و خوب (مصرف ندارد) در نظر گرفته شده است. در مورد مصرف مواد غذایی که در زمینه‌ی بهبود دیسمنوره‌ی اولیه مفیدند نیز، اگر ۳ الی ۴ مرتبه در روز مصرف شود، عملکرد خوب و چنانچه ۱ الی ۲ مرتبه مصرف شود، عملکرد متوسط و اگر کمتر از ۱ مرتبه مصرف شوند، عملکرد ضعیف محسوب شد.

همچنین در مورد مصرف مواد غذایی که می‌توانست سبب افزایش دیسمنوره‌ی اولیه شود، امتیازبندی به‌طور معکوس صورت گرفت. لازم به ذکر است که تعیین عملکرد تغذیه‌ای بر اساس اطلاعات به‌دست آمده از پرسش‌نامه‌ی عملکرد تغذیه‌ای محقق ساخته شده و پرسش‌نامه‌ی ۲۴ ساعته خوراک صورت گرفت. در جلسات مربوط به تغذیه که سه جلسه طول کشید، پژوهشگر ابتدا به نقش و اهمیت تغذیه در سلامتی و پیشگیری اشاره کرد و سپس بعد از آرایه‌ی نقطه نظرات در این زمینه، به بحث و بررسی در مورد تأثیرات نوع مواد غذایی مصرف شده در شدت بخشیدن به دیسمنوره از نظر فیزیولوژیکی پرداخت. لازم به ذکر است که توصیه‌ها و پیشنهادات تغذیه‌ای با توجه به یافته‌های ارزیابی وضعیت تغذیه از طریق بحث و گفتگوی گروهی آرایه شد. طی سه جلسه‌ی دیگر به اهمیت و نقش ورزش در سلامتی، ارتباط

از نمونه‌های پژوهش تذکرات لازم در زمینه‌ی شرکت در جلسات گروهی و مسئولیت و وظیفه‌ی هر فرد به عنوان عضو گروه جهت هر چه بهتر برگزار شدن جلسات مشاوره‌ای توسط پژوهشگر داده شد. دعوت از مادران نمونه‌های پژوهش در گروه آزمون جهت شرکت در حداقل دو جلسه به صورت راهنمایی گروهی به منظور تسهیل در رسیدن به اهداف مشاوره انجام شد. مرحله‌ی بعدی، برنامه‌ریزی و اجرای جلسات مشاوره‌ی گروهی با ۴ گروه ۱۰ نفره از دانش‌آموزان در گروه آزمون در مدرسه بود. به طوری که گروه آزمون به ۴ زیرگروه الف، ب، ج و د تقسیم شدند و در مجموع ۸ جلسه یک و نیم تا دو ساعت با هر یک از زیرگروه‌ها با حضور پرستار بهداشت جامعه (پژوهشگر) برگزار شد. جلسات مشاوره‌ای با توافق مشاور مدرسه و سایر معلمان برنامه‌ریزی شد. این مراحل در مجموع ۹۵ روز به طول انجامید. در دو جلسه‌ی ابتدایی، پژوهشگر با واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون، ضمن آشنایی و معرفی اعضای گروه به یکدیگر و هدف از اجرای برنامه‌ی آموزشی، موارد زیر را توضیح داد: پرسش‌نامه‌ی یادداشت ۲۴ ساعته خوراک و توضیحات لازم جهت چگونگی تکمیل این فرم که لازم بود طی سه روز غیررسمی، نیمه‌رسمی و رسمی (جمعه، پنج‌شنبه، چهارشنبه) توسط هر یک از نمونه‌ها تکمیل گردد، برای دانش‌آموزان توضیح و توزیع گردید.

آموزش‌های لازم در زمینه‌ی آشنایی با فیزیولوژی و آناتومی دستگاه تناسلی مؤنث، قاعدگی و دیسمنوره‌ی اولیه البته با زبانی ساده و قابل درک برای افراد و ذکر نکات مهم و ضروری در هر زمینه و نیز شناخت مشکلات ناشی از دیسمنوره‌ی اولیه از زبان خود نمونه‌ها و بحث پیرامون آن صورت گرفت. در پایان این دو جلسه، اطلاعات به‌دست آمده از پرسش‌نامه‌ی خوراک ۲۴ ساعته در سه روز ذکر شده جمع‌آوری شد و با استفاده از جدول ترکیبات غذایی، مواد مغذی آن‌ها با توجه به معیارهای خانگی (قاشق، لیوان، پیمانه

بین تأثیر فعالیت فیزیکی و ورزش با دیسمنورهی اولیه، ارابه‌ی تمرینات ورزشی و نیز نحوه‌ی انجام آن به طور عملی (نرمش موشر، بیلینگ، گلاب) اختصاص یافت. در پایان جلسه‌ی آخر چک لیست‌های خودگزارش‌دهی به هریک از افراد ارابه شد و چگونگی تکمیل آن و تعیین زمان لازم جهت تحویل آن با توافق گروه مشخص شد. در طول مداخله در گروه‌های شاهد و آزمون، چک لیست خودگزارش‌دهی تمرینات ورزشی و برنامه‌ی منظم پیاده‌روی هر دو هفته یک بار ارابه و تحویل گرفته می‌شد. در این مرحله از کار، پژوهشگر در صورت لزوم با افراد هر دو گروه، یا مادران آنها مشاوره‌ی انفرادی نیز انجام داد. در پایان سه دوره‌ی قاعدگی متوالی به دنبال مداخله، طی دو هفته، ارزشیابی نهایی از دو گروه شاهد و آزمون به عمل آمد. به این ترتیب تجزیه و تحلیل اطلاعات با ۳۰ نفر در گروه شاهد و ۳۳ نفر در گروه آزمون صورت گرفت.

یافته‌ها

در ابتدا دو گروه آزمون و شاهد از نظر متغیرهای مستقل زمینه‌ای که اختلاف اولیه‌ی آنها می‌توانست در نتایج نهایی تأثیر بگذارد همسان شدند. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاکی از آن است که از نظر سن اکثر واحدهای پژوهش در گروه شاهد (۴۶/۷ درصد) و گروه آزمون (۴۵/۵ درصد) در سن ۱۵ سال قرار داشتند. از نظر سن منارک در اکثر واحدهای پژوهش در گروه شاهد ۱۲ سالگی (۵۶/۷ درصد) و در اکثر گروه آزمون ۱۳ سالگی (۵۱/۵ درصد) بود. سن شروع دیسمنوره نیز در اکثر واحدهای پژوهش در گروه شاهد (۵۳/۳ درصد) و گروه آزمون (۴۵/۵ درصد) ۱۳ سالگی بود. از نظر رابطه‌ی سطح تحصیلات پدر ($P=0/708$)، مادر ($P=0/10$)، شغل پدر ($P=0/564$)، درآمد ماهیانه خانواده ($P=0/25$)، استعمال دخانیات در پدر ($P=0/98$)، وجود دیسمنوره وجود نسبت خانوادگی ($P=0/09$) و وجود

دیسمنوره آزمون آماری مجذور کای دو نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه شاهد و آزمون وجود نداشت. جدول شماره یک در رابطه با هدف ویژه‌ی اول یعنی تعیین و مقایسه شدت درد در دو گروه، قبل و بعد از مداخله نشان داد که قبل از مداخله تفاوتی از نظر شدت و درجه‌ی درد قاعدگی، بین گروه‌ها وجود نداشت و همگی دارای درجه‌ی ۲ (متوسط) بودند. بعد از مداخله، بررسی و نتایج به دست آمده از شدت درد بر طبق معیار چندبعدی گفتاری توسط هر دو گروه، حاکی از آن بود که در گروه شاهد تنها ۱۴ درصد افراد تغییری در درجه‌ی درد قاعدگی به صورت کاهش درجه درد از ۲ (متوسط) به ۱ (خفیف) داشتند، اما در گروه آزمون در ۴۳ درصد افراد، دیسمنوره درجه ۲ (متوسط) به درجه ۱ (خفیف) تبدیل شد. آزمون آماری من‌ویتنی تفاوت معنی‌داری را از نظر شدت درد قاعدگی در دو گروه شاهد و آزمون بعد از مداخله نشان داد ($P=0/001$) ولی مقایسه‌ی طول مدت درد، قبل و بعد از مداخله در دو گروه با استفاده از آزمون آماری من‌ویتنی اختلاف معنی‌داری را نشان نداد ($P=0/2$). جدول شماره ۲ در رابطه با هدف ویژه‌ی دوم مبنی بر تعیین و مقایسه‌ی عملکرد (تغذیه- ورزش) دختران در گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله نشان داد که قبل از مداخله، آزمون آماری من‌ویتنی تفاوت معنی‌داری را از نظر مصرف روزانه کلسیم و منیزیم و فیبر در دو گروه نشان نداد ($P=0/13$) ($P=0/15$) ($P=0/69$).

اما بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری از نظر مصرف روزانه کلسیم و منیزیم و فیبر در دو گروه شاهد و آزمون نشان داده شد ($P<0/001$). همچنین از نظر عملکرد مصرف میوه و سبزی، قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری در دو گروه شاهد و آزمون نشان داده شده است ($P<0/05$) (جدول ۳). جدول شماره ۴ درصد فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب عملکرد مصرف نوع تنقلات، را نشان داد و حاکی از آن بود که با توجه به آزمون آماری من‌ویتنی، تفاوت معنی‌داری قبل و

تمرینات ورزشی در دو گروه تفاوتی وجود نداشت اما بعد از مداخله آزمون من‌ویتنی، تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P < 0/001$).

بعد از مداخله در دو گروه وجود داشت ($P = 0/05$). همین‌طور یافته‌های پژوهش بر حسب عملکرد تمرینات ورزشی، قبل و بعد از مداخله حاکی از آن بود که قبل از مداخله از نظر عملکرد

جدول ۱: درصد فراوانی درجه‌ی قاعدگی بر حسب سیستم معیار چند بعدی گفتاری قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد و آزمون

فراوانی		قبل از مداخله				بعد از مداخله			
درجه‌ی درد قاعدگی		شاهد		آزمون		شاهد		آزمون	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
درجه‌ی ۱		۰	۰	۴	۱۴	۱۴	۴۲	۱۴	۴۲
درجه‌ی ۲		۳۰	۱۰۰	۲۶	۸۶	۱۹	۵۸	۳۰	۱۰۰
مجموع		۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۳	۱۰۰

من‌ویتنی تفاوت معنی‌داری را از نظر درجه‌ی قاعدگی در گروه شاهد و آزمون نشان داد ($P = 0/000$).

جدول فوق بیانگر آن است که قبل از مداخله، در هر گروه شدت درد قاعدگی درجه ۲ بود، اما بعد از مداخله، آزمون

جدول ۲: مقایسه‌ی میانگین دریافت روزانه کلسیم، منیزیم، فیبر در دانش‌آموزان قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون

گروه‌ی	شاهد		آزمون	
	قبل	بعد	قبل	بعد
منیزیم	۲۵	۴۳/۷	۲۹/۷	۱۰۱/۹
کلسیم	۱۰۲/۷	۷۸/۳	۹۵/۳	۴۱۰/۲
فیبر (میلی‌گرم)	۹/۴	۱۰/۶	۸/۲	۱۸/۸

بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری در دو گروه از نظر میانگین دریافت کلسیم و منیزیم روزانه نشان داده شد ($P = 0/001$).

آزمون آماری من‌ویتنی تفاوت معنی‌داری را در گروه قبل از مداخله از نظر میانگین دریافت کلسیم و منیزیم روزانه نشان نداد. به ترتیب $P = 0/131$ ، $P = 0/69$ و $P = 0/15$

جدول ۳: درصد فراوانی عملکرد واحدهای پژوهش در مورد مصرف میوه و سبزی قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد و آزمون

فراوانی		قبل از مداخله				بعد از مداخله			
مصرف میوه و سبزی		شاهد		آزمون		شاهد		آزمون	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
متوسط (۲ تا ۳ بار)		۴	۱۳	۳	۱۰	۷	۲۳	۲۵	۷۶
ضعیف (۰ تا ۱ بار)		۲۶	۸۷	۳۰	۹۰	۲۳	۷۷	۸	۲۴
مجموع		۳۰	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۳	۱۰۰

آزمون آماری من ویتنی، تفاوت معنی داری را در عملکرد مصرف میوه و سبزی قبل از مداخله در دو گروه نشان نداد (P=۰/۶۶) اما به دنبال مداخله این آزمون تفاوت معنی داری را در دو گروه نشان داد (P=۰/۰۰۰).

جدول ۴: درصد فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب نوع تنقلات مصرفی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد

فراوانی		قبل از مداخله				بعد از مداخله			
نوع تنقلات		شاهد		آزمون		شاهد		آزمون	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
چیپس و پفک		۲۱	۷۰	۲۲	۶۶	۳۰	۱۰۰	۱۱	۳۳
شکلات کاکاویی		۹	۳۰	۱۱	۳۴	۰	۰	۴	۱۲
مغزجات		۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۸	۵۵
مجموع		۳۰	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۳	۱۰۰

آزمون آماری من ویتنی، قبل از مداخله، تفاوت معنی داری را از نظر نوع تنقلات مصرفی، در دو گروه شاهد و آزمون نشان نداد (P=۰/۴۳۹) و بعد از مداخله تفاوت معنی داری از نظر نوع تنقلات مصرفی در دو گروه شاهد و آزمون دیده شد (P=۰/۰۰۴).

بحث

در پژوهش حاضر، تأثیر برنامه‌ی مشاوره‌ی گروهی (تغذیه، ورزش) بر وضعیت دیسمنوره‌ی اولیه‌ی دختران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به دست آمده در رابطه با عملکرد تغذیه‌ای واحدهای مورد پژوهش در دو گروه نشان می‌دهد که بعد از مداخله، تفاوت معنی داری در عملکرد تغذیه‌ای دو گروه شاهد و آزمون دیده می‌شود (P<۰/۰۵). همچنین بعد از مداخله‌ی عملکرد ورزشی (فعالیت بدنی منظم) گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش یافته است. آزمون آماری من ویتنی نیز تفاوت معنی داری را از نظر عملکرد ورزشی دو گروه بعد از مداخله نشان داد (P=۰/۰۰۱). تحقیقات متعددی از جمله تحقیق طهماسبی و همکاران حاکی از موافق بودن

در پژوهش حاضر، تأثیر برنامه‌ی مشاوره‌ی گروهی (تغذیه، ورزش) بر وضعیت دیسمنوره‌ی اولیه‌ی دختران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به دست آمده در رابطه با عملکرد تغذیه‌ای واحدهای مورد پژوهش در دو گروه نشان می‌دهد که بعد از مداخله، تفاوت معنی داری در عملکرد تغذیه‌ای دو

که از این برنامه برخوردار نبودند، به‌طور معنی‌داری از مواد غذایی مفید مصرف کرده بودند. موادی مانند برنجک، عدس، خرما که سرشار از فیبر و کلسیم می‌باشد و موادی مانند مغزها (مغز گردو، بادام، پسته و فندق) برای نوجوانان مفید است ولی موادی مثل چپیس و پفک دارای چربی و نمک زیاد است که برای درد قاعدگی مفید نمی‌باشد. چون به دنبال مصرف زیاد نمک، آب جذب شده و در نتیجه حجم خارج‌سلولی افزایش می‌یابد و سبب افزایش فشار در عروق از جمله عروق رحمی می‌شود و درد قاعدگی را شدت می‌دهد (۱۲). بنابراین چنانچه مبتلایان به دیسمنوره‌ی اولیه بتوانند از مواد غذایی حاوی کلسیم و منیزیم و موادی نظیر سبزیجات و میوه‌جات، در رژیم غذایی خود بیشتر استفاده کنند و در عوض میزان مصرف نمک، چربی و شکلات را محدود کنند، می‌توانند سبب کاهش در شیوع و شدت دیسمنوره‌ی خود شوند. در رابطه با تأثیر فعالیت‌های بدنی و ورزش بر شدت دیسمنوره‌ی اولیه تحقیق ایزو (۱۹۹۲) نشان داد که ورزش می‌تواند باعث کاهش شدت دیسمنوره‌ی اولیه گردد (۲۶).

تمرینات هوازی و منظم می‌تواند از طریق افزایش ترشح آندروفین‌ها که قوی‌ترین مخدرهای طبیعی بدن می‌باشد، سبب کاهش شدت درد شود (۲۷). در نهایت اگرچه در این پژوهش عملکرد تغذیه‌ای و ورزشی بر وضعیت دیسمنوره، در قالب برنامه‌ی مشاوره به دختران ارائه شده، ولی عدم افتراق اثر هر یک از آن‌ها در وضعیت درد می‌تواند از محدودیت‌های این پژوهش باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های به‌دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که اجرای برنامه‌ی مشاوره‌ی گروهی برای دختران می‌تواند سبب کاهش شدت دیسمنوره‌ی اولیه و افزایش عملکرد (تغذیه، ورزش) آنان گردد.

برنامه‌های آموزش گروهی برای نوجوانان است. نوجوانان از عضویت در گروه همسالان لذت می‌برند و موفقیت برنامه‌های گروهی برای آنان بیشتر است (۲۰). بنابراین از مشاوره‌ی گروهی می‌توان به عنوان بهترین روش اصلاح رفتارهای غیربهداشتی نام برد (۲۱). بالبی و همکاران در پژوهش خود در زمینه‌ی مقایسه‌ی عادات غذایی در دختران مبتلا به دیسمنوره‌ی اولیه یا غیرمبتلایان به دیسمنوره نشان داد که مصرف روزانه‌ی درشت مغذی‌هایی نظیر کلسیم در دختران مبتلا به دیسمنوره کمتر از گروه دیگر می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌کند که مصرف کلسیم و موادی نظیر سبزیجات، میوه‌جات، دانه‌های خوراکی مانند گندم، بلغور و فرآورده‌های آن مثل ماکارونی، مصرف پودر سبوس، حبوباتی نظیر لوبیا، به دلیل سرشار بودن از فیبر در رژیم غذایی دختران نوجوان می‌تواند سبب کاهش شدت دیسمنوره‌ی اولیه شود (۲۲).

تحقیق هادسوس و همکاران (۲۰۰۷) که در زمینه‌ی بررسی تأثیر عوامل تغذیه‌ای بر شدت دیسمنوره‌ی اولیه انجام گرفت نشان داد که افزایش مصرف منیزیم در رژیم غذایی دختران مبتلا به دیسمنوره‌ی اولیه می‌تواند سبب کاهش شدت دیسمنوره در آنان شود (۲۳). منیزیم به واسطه‌ی کاهش سنتز پروستاگلاندین و نیز کاهش اسپاسم عضلات و عروق کوچک می‌تواند باعث کاهش شدت دیسمنوره شود (۲۴). برنارد و همکاران در تحقیقی که با هدف تأثیر رژیم غذایی بر میزان گلوبولین باند شده با هورمون جنسی و در نتیجه تأثیر آن بر شدت دیسمنوره‌ی اولیه انجام داد، چنین نتیجه گرفت که پیروی از رژیم پرفیبر می‌تواند سبب افزایش میزان گلوبولین باند شده با هورمون جنسی شده، از این طریق باعث کاهش سنتز پروستاگلاندین‌ها که مهم‌ترین عامل ایجاد دیسمنوره‌ی اولیه می‌باشد، شود و در نتیجه کاهش شدت دیسمنوره را به دنبال داشته باشد (۲۵). در مورد مصرف نمک و نوع تنقلات مصرفی نیز نتایج پژوهش نشان داد که گروه آزمون که از برنامه‌ی مشاوره گروهی برخوردار بودند نسبت به گروه شاهد

منابع

- 1- Memarian R. Application of concepts and nursing theories. *Eblagh*. 2008, 123-5.
- 2- Doty E, Attaran M. Managing primay dysmenorrhe. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006; 19: 341-4.
- 3- Kennedy S. Primary dysmnorrhea. *Lancet*. 1997; 19: 1116.
- 4- Baighi P, Dehbozorghi Z. The survey of dysmenorrhea in adolescent girls. Paper presented at 5th congress of Zahra nursing faculty. 2002; Shiraz.
- 5- Durain D. Primary dysmenorrheal: assessment and management update. *J Midwifery Women Apos's*. 2004; 49: 520-8.
- 6- Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006; 19: 363-71.
- 7- Jamieson D, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol*. 1996; 67: 55-8.
- 8- Mirzaei F, Bakhshi H, Yasini M, Bashardost N. Prevalence of dysmenorrhea in types of personality in high school girls in Rafsanjan city. *J Rafsanjan Med Uni*. 2001; 3, 4: 27-32.
- 9- Mohammadi KH. The survey of KAP in high school girls about health in menarche period and management of it [dissertation]. Tehran: University; 1993.
- 10- O, Connell K, Davis AR, Westhoff C. Self-treatment patterns among adolescent girls with dysmenorrhea. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006; 19: 285-89.
- 11- Ghaforian K. The etiology of absents of job in women. *J pain*. 2001; 5: 12.
- 12- Kohn C. Too many menstrual pains puts brakes on career, family life new survey find. *Women's Health Weekly*. 2002; 28: 12-20.
- 13- Campbell MA, Mcgrath PJ. Use of medication by adolescents for the management of menstrual discomfort. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 19997; 151: 905-12.
- 14- Shamsipour N. The prevalence of primary dysmenorrhea in adolescent girls in syrjan city [dissertation]. Kerman: University; 2004.
- 15- Dadkhah Tehrani T. The effect of nitroglycerin ointment on primary dysmenorrhea in student [dissertation]. Tehran: Tehran University; 2000.
- 16- Strickland D, Torre DE, Kives SL. What's new in adolescent contraception: What residents and teachers need to know. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2005; 18: 133-5.
- 17- Lamp L, Pereira JX, Shir Y. Nurse case management program of chronic pain patients treated with methadone. *Pain Manag Nurs*. 2007; 8: 130-8.
- 18- Milanifar B. Psycholgic Health. Tehran: Phomis; 1991.
- 19- Unicef. The strategies in girl's health education. Tehran: Nashr and farhange Islami; 1995.
- 20- Tahmasebi S, Ghofranipour F, Kazemnejad A.

The survey of effective group discussion on self esteem in adolescent 11-18 years old. *J of shahrkord Med Uni*. 2005; 4: 50-7.

21- Farzianpoor F. Health education, effectiveness and affectiveness . Tehran: Boshra; 1992.

22- Balbi C, Musone R, Menditto A, et al. Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age. *Eur J obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000; 91: 143-8.

23- Hudson T. Using nutrition to relieve primary dysm enorrhoea. *Alternatiua and Complmentary therapies*. 2007; 13: 125-8.

24- Khoshechin E. The effect of vitamin E on

primary Dysmenorrhoea [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 1997.

25- Barnard ND, Scialli AR, Hurlock D, Bertron P. Diet and sex hormone binding globulin dysmenorrhoea and premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol*. 2000; 95: 245-50.

26- Izzoo A, Lobriola D. Dysmenorrhoea and sport activities in adolescents. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1991; 18: 109-16.

27- Hosseini Z. Komasi B. Airobic exercises. Tehran: international committee Islamic republic of Iran; 1990.

The Effect of the Group Counseling Program on the Status of Primary Dysmenorrhea, Dietary Condition and Exercise in Shahreyar Girl's High School

Kermanshahi S¹, Hosseinzadeh SH², Alhani F³

¹Dept. of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

²Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³Dept. of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Kermanshahi S, Dept of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Email: Kerman_s@modares.ac.ir

Received: 14 Sep 2008 ***Accepted:*** 19 Apr 2009

Background and Objective: Dysmenorrhea is the most common gynecologic complaint among adolescent females. They may usually not seek professional expertise in their attempt to alleviate this condition. The aim of this Quasi-experimental study was to determine the effect of group counseling program regarding to nutrition and exercise on primary dysmenorrhea in adolescents at high schools.

Methods and Materials: Eighty girls between 14-18 years of age were selected by simple sampling and divided into two groups (test and control). These groups were studied before and after the intervention. Data was collected in both groups based on a questionnaire concerning 24- hour diet, pain quality and severity and nutritional and physical practices. Group counseling was then held over 8 sessions each of which lasted 1.5 to 2 hours for test group. Both groups were followed up for 3 consecutive menstrual periods by a self-report checklist. Finally, they were assessed again at the end of the above study periods.

Results: Findings of this study revealed a significant difference in pain severity of primary dysmenorrhea before and after the intervention ($P=0.000$). A significant difference was also seen in nutrition and exercise status in both groups before and after counseling program ($P<0.05$).

Conclusion: From this study it can be concluded that in order to decrease and prevent the severity of primary dysmenorrhea and improve the nutrition and exercise status, counseling programs are better to be performed in high schools.

Key words: Group counseling, Primary dysmenorrhea, Nutrition, Exercise