

بررسی فرآیند تصمیم‌گیری و عوامل مرتبط با آن در نوجوانان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی

مهین دل آرا^۱، فضل‌الله غفرانی پور^۲، پرویز آزاد فلاح^۳، صدیقه السادات طوافیان^۲، انوشیروان کاظم نژاد^۴

^۱ دانشجوی دکتری آموزش سلامت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران
^۲ دانشیار آموزش سلامت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران
^۳ دانشیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران
^۴ استاد آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

نشانی نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه آموزش بهداشت، دکتر فضل‌اله غفرانی پور

E-mail: ghofranf@modares.ac.ir

وصول: ۹۰/۵/۲۴، اصلاح: ۹۰/۷/۲۹، پذیرش: ۹۰/۸/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: تصمیم‌گیری برای اتخاذ رفتار سلامتی فرآیندی است که مستلزم عبور از مراحل مختلف می‌باشد. این پژوهش با هدف تعیین مراحل تصمیم‌گیری دانش‌آموزان دختر مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی، بر اساس مدل فرآیند اتخاذ احتیاط به مرحله اجرا درآمد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه شبه تجربی، تعداد ۳۱۷ دانش‌آموز دختر مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی شاغل به تحصیل در یکی از دبیرستان‌های شهرستان سبزوار تحت مداخله آموزشی مبتنی بر مفاهیم این اختلال قرار گرفتند. مراحل تصمیم‌گیری افراد قبل و بعد از مداخله بر اساس مدل فرآیند اتخاذ احتیاط تعیین گردید.

یافته‌ها: تمامی شرکت‌کنندگان در ارزیابی پیش‌آزمون در مرحله صفر تصمیم‌گیری بودند که در فاصله ارزیابی یک هفته‌ای بدون مداخله آموزشی، هیچ تغییری در مرحله تصمیم‌گیری آنان حاصل نشد. اما بعد از مداخله آموزشی، ۱۰/۱ درصد افراد وارد مرحله دوم، ۲۶/۸ درصد وارد مرحله سوم، ۱/۹ درصد وارد مرحله چهارم و ۶۱/۲ درصد وارد مرحله پنجم شدند. در مدل رگرسیونی، نمرات سنجش علائم سندرم قبل از قاعدگی قادر به تبیین ۲ درصد تغییرات در مرحله تصمیم‌گیری افراد بود. بین شدت علائم و تداخل علائم با فعالیت‌های اجتماعی و تحصیلی با مرحله تصمیم‌گیری فرد همبستگی مثبتی حاصل شد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نوجوانان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی بعد از مواجهه با برنامه آموزشی و کسب آگاهی از سندرم قبل از قاعدگی، در مرحله واحدی از تصمیم‌گیری قرار ندارند. بر همین مبنا مداخلات آموزشی می‌بایست به صورت مرحله-محور طراحی گردد (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۹/ شماره ۱/ صص ۶۸-۵۹).

واژه‌های کلیدی: تصمیم‌گیری؛ نوجوانان؛ سندرم قبل از قاعدگی.

مقدمه

واقع شده است، اما تاکنون گزارشی در مورد استفاده از این مدل برای طیف سنی نوجوانان جهت اتخاذ رفتارهای سلامتی بالاخص در زمینه سندرم قبل از قاعدگی ارائه نشده است (۳-۶).

سندرم قبل از قاعدگی بنا به تعریف، عبارت است از عود دوره‌ای ترکیبی از تغییرات آزاردهنده جسمی، روانی یا رفتاری در خلال مرحله ترشحی سیکل قاعدگی که به‌طور متوسط یک چهارم زنان را درگیر می‌نماید (۷،۸). این اختلال از شیوع نسبتاً بالایی در جهان و بالاخص ایران برخوردار است. در طی دو بررسی بر روی دانشجویان ایرانی این رقم، ۴۸/۱ درصد و ۹۸/۲ درصد و در دانش‌آموزان دبیرستانی تا ۵۴/۷ درصد نیز گزارش شده است (۹-۱۱). علت اصلی این سندرم ناشناخته مانده است اما ممکن است چند عاملی و پیچیده باشد. مدیریت این سندرم نیز اغلب هم برای بیمار و هم برای درمان‌گر ملال‌آور می‌باشد. از سویی درمان‌های پیشنهاد شده برای این سندرم حوزه وسیعی دارد که شامل تغییر شیوه زندگی، روان‌درمانی و درمان‌های دارویی است (۱۲).

در بین درمان‌های موجود، تغییر سبک زندگی مستلزم استفاده از برنامه‌های آموزشی است که به‌طور مناسب طراحی شده باشد. برنامه‌های آموزشی موجود برای سندرم قبل از قاعدگی غالباً الگو یا تئوری-محور نبوده و آن دسته که از تئوری یا الگو استفاده نموده‌اند، هدف مداخلات را برای افرادی در نظر گرفته‌اند که رفتار مورد نظر را اتخاذ نکرده‌اند. اما این دسته از افراد خود مجموعه‌ای مشتمل بر زیرگروه‌هایی در مراحل مختلف تصمیم‌گیری برای تغییر رفتار می‌باشند، به‌طوری که بنا به نظر پروچاسکا کمتر از ۲۰ درصد افراد آماده دریافت رفتار مورد نظر خواهند بود. لذا می‌بایست قبل از هر مداخله آموزشی، وضعیت افراد را در فرآیند تصمیم‌گیری مشخص نموده و سپس برنامه آموزشی جهت رانش افراد به سمت اتخاذ رفتار مناسب را طراحی نمود (۲).

از آنجایی که در طی یک بررسی مقدماتی بر

آموزش سلامت، ترکیبی برنامه‌ریزی شده از تجارب یادگیری برای مستعد سازی، قادرسازی، و تقویت رفتار داوطلبانه می‌باشد که منجر به سلامتی در افراد، گروه‌ها و جوامع می‌شود. به عبارتی، هدف غایی آموزش سلامت، اتخاذ رفتار سلامتی و تداوم آن است (۱). از سوی دیگر، تصمیم‌گیری برای اتخاذ رفتار سلامتی فرآیندی است که نیازمند عبور از مراحل مختلف می‌باشد. در این میان، مدل‌های نظری بسیاری برای تغییر رفتار ارائه شده است که از آن جمله می‌توان به مدل فرایند اتخاذ احتیاط (PAPM) اشاره نمود. این مدل به بررسی فرآیند درگیر شدن افراد در تغییر رفتار می‌پردازد و هدف آن، توضیح نحوه تصمیم‌گیری فرد جهت انجام یک عمل و چگونگی تبدیل آن تصمیم به عمل توسط وی می‌باشد. تمرکز این مدل اولاً بر مراحل عملی است که فرد برای آغاز رفتار تعیین‌کننده سلامتی طی می‌نماید و ثانیاً تعیین عواملی است که منجر به حرکت مردم از یک مرحله به مرحله دیگر می‌شود.

مدل مذکور شامل هفت مرحله به شرح ذیل می-

باشد:

- ۱- عدم آگاهی
- ۲- عدم درگیری
- ۳- در حال تصمیم‌گیری
- ۴- انصراف از عمل
- ۵- تصمیم برای عمل یا آمادگی
- ۶- عمل
- ۷- تداوم رفتار.

البته مرحله چهارم در جهت پیشرفت به سمت اتخاذ رفتار نمی‌باشد. وینستین، مبدع این مدل، پیشنهاد می‌دهد که برای عبور از مرحله ۱ و ۲ به ۳، مداخلات باید بر افزایش آگاهی متمرکز باشند (۲،۳). این مدل برای اتخاذ رفتارهایی مانند انجام تست رادون، تغذیه، پیشگیری از پوکی استخوان و موارد متعدد دیگری مورد استفاده

روی دانش آموزان شهرستان سبزوار این سندرم از شیوع بالایی برخوردار بود (۹۹/۵ درصد) و با توجه به عوارض بر جای مانده از این سندرم بر ابعاد مختلف زندگی تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی، این پژوهش با هدف تعیین مراحل تصمیم‌گیری دانش‌آموزان قبل و بعد از ارایه یک برنامه آموزشی و عوامل مرتبط با آن به مرحله اجرا درآمد تا موجبات حرکت مبتلایان را به سمت اتخاذ رفتار سلامتی میسر نماید. لازم به ذکر است که هر چند سندرم قبل از قاعدگی از مشکلات مخاطره‌آمیز نوجوان نمی‌باشد، اما انتظار می‌رود با بررسی فرایند تصمیم‌گیری در این اختلال از منظر مدل فرایند اتخاذ احتیاط بتوان چالش‌های موجود در زمینه اتخاذ رفتارهای سلامتی در نوجوانان را که قشر آسیب‌پذیر و سرمایه‌های هر کشور هستند را ارزیابی نمود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک تحقیق شبه‌تجربی از نوع درون فردی است که در سال ۱۳۸۹ به مرحله اجرا در آمد. جامعه پژوهش عبارت بود از کلیه دانش‌آموزان دختر شاغل به تحصیل در دبیرستان‌های شهرستان سبزوار و معیارهای ورود به طرح شامل موارد ذیل بود: تجربه شروع قاعدگی (منارک)، منظم بودن دوره‌های قاعدگی به مدت حداقل یک سال، عدم ابتلا به بیماری شناخته شده طبی یا روانی، عدم استفاده از ترکیبات هورمونی، ابتلا به سندرم قبل از قاعدگی و تمایل به شرکت در مطالعه. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از نامرتب شدن قاعدگی، ابتلا به هر نوع بیماری و یا شروع مصرف ترکیبات هورمونی در حین دوره پژوهش.

برای ارزیابی مراحل تصمیم‌گیری از پرسشنامه سنجش مراحل مدل فرایند اتخاذ احتیاط استفاده شد. روایی صوری و روایی محتوایی این پرسشنامه حاکی از تأیید گویه‌ها برای ارزیابی مراحل تصمیم‌گیری بود. در ارزیابی به روش آزمون - باز آزمون نیز پایایی مناسب

پرسشنامه تأیید شد.

در ابتدا یک مدرسه به‌طور تصادفی از دبیرستان‌های شهرستان سبزوار انتخاب و سپس با استفاده از یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته که روایی و پایایی آن در طی یک تحقیق جداگانه به تأیید رسیده بود، دانش‌آموزان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی شناسایی شدند.

بعد از کسب رضایت از داوطلبین خواسته شد تا پرسشنامه مربوط به سنجش مراحل مدل فرایند اتخاذ احتیاط را تکمیل نمایند. این پرسشنامه شامل سؤالاتی در مورد مرحله تصمیم‌گیری افراد برای انجام تکنیک آرام‌سازی بود. با فاصله زمانی یک هفته مجدداً فرم سنجش مراحل مدل برای این افراد توزیع شد. در طی این یک هفته، هیچ برنامه آموزشی در زمینه مسایل قاعدگی در اختیار آنان گذاشته نشد.

بعد از هماهنگی با مسئولین مدرسه، برای همین دانش‌آموزان، بسته آموزشی از پیش طراحی شده طی یک جلسه آموزشی توسط مؤلف اول ارائه شد. این بسته آموزشی بر مبنای کتب، مقالات، بسته‌های آموزشی موجود در وزارت بهداشت و درمان، بسته آموزشی دانشگاه سیدنی و نیز بر اساس نتایج حاصل از مصاحبه گروهی در طی یک بررسی مقدماتی بر روی دانش‌آموزان یک دبیرستان دیگر، با هدف رانش افراد در مراحل مدل فرایند اتخاذ احتیاط تهیه شده بود (۱۲).

این بسته آموزشی حاوی یک حلقه فیلم آموزشی مشتمل بر ۱۳۰۰ واژه با مدت زمان ۱۰ دقیقه بود که همراه با سخنرانی در طی یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در سالن اجتماعات مدرسه برای هر یک از کلاس‌های مدرسه به‌طور جداگانه به نمایش درآورده شد. این فیلم آموزشی حاوی مطالب کلی در زمینه قاعدگی و سندرم قبل از قاعدگی بود. در این برنامه آموزشی همچنین به روش‌های کنترل و سازگاری با این سندرم از طریق تغییر سبک زندگی در قالب تغییر برنامه غذایی، ورزش و استفاده از تکنیک‌های کاهش استرس مثل روش آرام‌سازی

پیشرونده عضلانی اشاره شده بود. لازم به ذکر است که محتوای بسته آموزشی توسط گروه متخصصین مربوطه به تأیید رسیده بود.

دانش‌آموزان و کادر آموزشی مدرسه از هدف اصلی تحقیق بی‌اطلاع بودند. بعد از اتمام برنامه آموزشی مجدداً فرم ارزیابی مراحل مدل فرآیند اتخاذ احتیاط بین دانش‌آموزان توزیع و بعد از جمع‌آوری، اطلاعات حاصله با برنامه نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ وارد کامپیوتر شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیلی همچون آنالیز همبستگی پیرسون و اسپیرمن، آنالیز واریانس یک طرفه، مجذور کای، کروسکال والیس و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

از ۳۷۰ دانش‌آموز مدرسه منتخب، ۳۴۲ نفر (۹۲/۴ درصد) در مطالعه شرکت نمودند که در این بین ۳۴۱ نفر حداقل یکی از علایم سندرم قبل از قاعدگی را گزارش نموده بودند و به‌عنوان فرد مبتلا به تشخیص موقت سندرم قبل از قاعدگی مورد بررسی قرار گرفتند. از بین مبتلایان ۳۱۷ نفر (۹۳ درصد) با تحویل فرم‌های توزیع

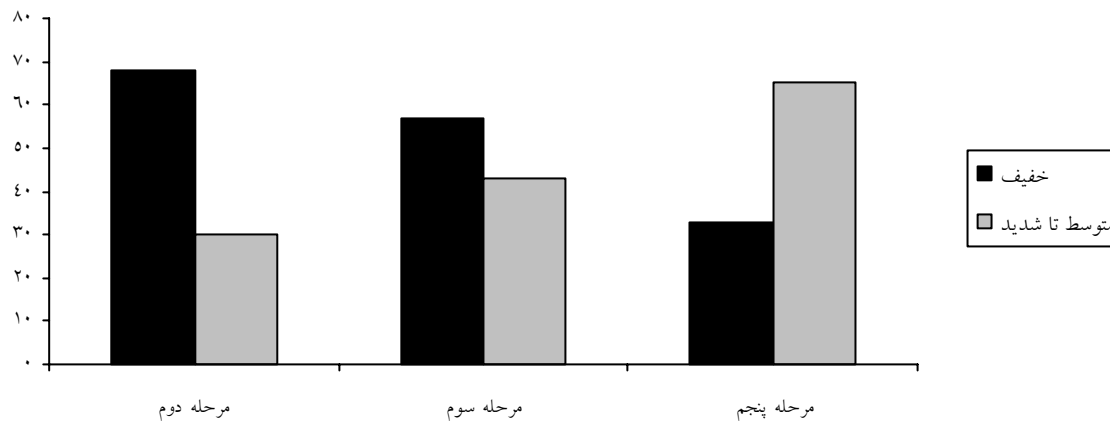
شده وارد برنامه آموزشی شدند.

میانگین سنی افراد مورد پژوهش $16 \pm 1/0$ سال بود. افراد مورد بررسی، اولین قاعدگی خود را به‌طور متوسط در سن ۱۳ سالگی تجربه نموده بودند. این افراد به‌طور متوسط به‌مدت ۶ روز در هر ماه خونریزی داشته و میانگین سیکل‌های قاعدگی آنان ۳۲ روز بود. میانگین نمرات حاصل از ارزیابی علایم سندرم قبل از قاعدگی، $31/4$ با انحراف معیار $17/8$ بود (جدول شماره ۱).

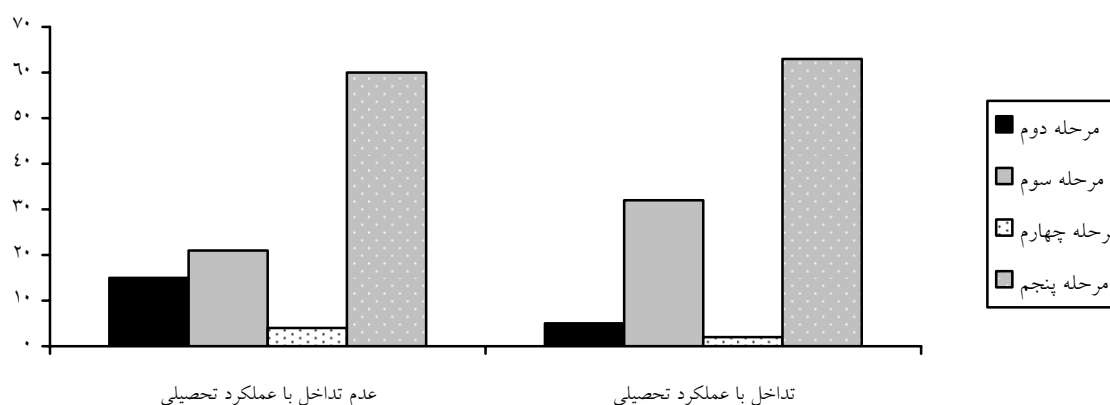
ارزیابی فرم‌های جمع‌آوری شده پیش‌آزمون حاکی از آن بود که کلیه ۳۱۷ نفر دانش‌آموز در اولین ارزیابی، فاقد هرگونه آگاهی در مورد سندرم قبل از قاعدگی بودند و به‌عبارتی حتی در مرحله اول مدل PAMP نیز قرار نمی‌گرفتند. لذا بعد از مشورت با پروفسور نیل دی وینستین مبدع این مدل، مرحله تصمیم‌گیری این افراد صفر در نظر گرفته شد. نتایج اطلاعات حاصله از فرم‌های پس‌آزمون که با فاصله یک هفته جمع‌آوری شده بود، نیز حاکی از تکرار وضعیت قبلی بود. به‌عبارتی، هیچ‌یک از دانش‌آموزان در طی این یک هفته، اطلاعاتی در زمینه سندرم قبل از قاعدگی کسب ننموده و همگی در مرحله صفر مدل PAMP متوقف شده بودند. اما بعد از مداخله

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

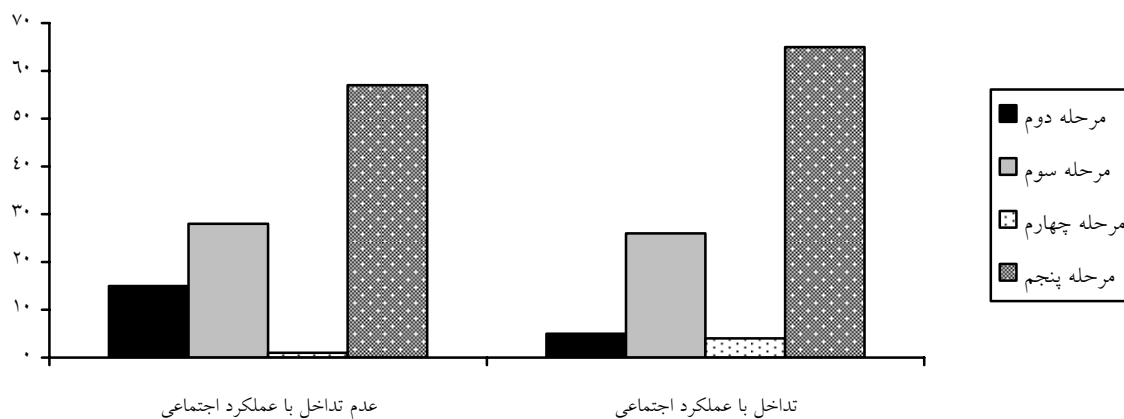
متغیر	مرحله	دوم	سوم	چهارم	پنجم	کل
	تعداد	۳۲ نفر	۸۵ نفر	۶ نفر	۱۹۴ نفر	۳۱۷ نفر
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سن	۱۴-۱۵	۱۰ (۳۲/۱)	۲۱ (۲۴/۴)	۲ (۳۳)	۶۰ (۳۰/۵)	۸۵ (۲۶/۹)
	۱۶-۱۷	۲۲ (۶۷/۹)	۶۰ (۷۰/۵)	۴ (۶۷)	۱۲۷ (۶۵/۵)	۲۱۰ (۶۶/۱)
	۱۷<	.	۴ (۵۱/۱)	.	۷ (۴)	۱۱ (۴)
وضعیت	مجرد	۳۰ (۹۳/۱)	۷۵ (۸۸/۸)	۴ (۶۶/۷)	۱۷۲ (۸۸/۷)	۲۷۹ (۸۸)
تاهل	متاهل	۲ (۶/۹)	۱۰ (۱۱/۲)	۲ (۳۳/۳)	۲۲ (۱۱/۳)	۳۸ (۱۲)
شاخص	کم وزن	۱۵ (۴۶/۲)	۵۷ (۶۵/۷)	۲ (۳۳/۳)	۸۷ (۴۵)	۱۵۷ (۴۹/۶)
	طبیعی	۱۶ (۵۰)	۱۵ (۲۹/۹)	۳ (۵۰)	۹۵ (۴۹/۱)	۱۴۰ (۴۴/۳)
توده بدنی	پروازن	۱ (۳/۸)	۲ (۳)	۱ (۱۶/۷)	۱۰ (۵/۳)	۱۷ (۵/۳)
	چاق	.	۱ (۱/۵)	.	۲ (۰/۶)	۳ (۰/۷)
درآمد	کمتر از ۳۰۰ هزار تومان	۱۵ (۴۶/۲)	۳۷ (۴۳/۶)	۴ (۶۶/۷)	۹۳ (۴۷/۸)	۱۴۹ (۴۷/۱)
	متوسط	۱۷ (۵۳/۸)	۴۸ (۵۶/۴)	۲ (۳۳/۳)	۸۲ (۴۲/۴)	۱۴۹ (۴۷/۱)
	زیاد
	بیشتر از ۱ میلیون تومان	.	.	.	۱۹ (۹/۸)	۱۹ (۵/۸)



نمودار ۱: توزیع فراوانی افراد در مراحل پیشرفت فرآیند تصمیم‌گیری بر حسب شدت علائم گزارش شده سندرم قبل از قاعدگی



نمودار ۲: وضعیت قرارگیری افراد بعد از مداخله آموزشی بر اساس تداخل علائم سندرم قبل از قاعدگی با عملکرد تحصیلی



نمودار ۳: وضعیت قرارگیری افراد بعد از مداخله آموزشی بر اساس تداخل علائم سندرم قبل از قاعدگی با عملکرد اجتماعی

آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که نمرات حاصل از ارزیابی سندرم قبل از قاعدگی با مرحله قرارگیری فرد بعد از مداخله آموزشی از همبستگی مثبت در سطح معناداری $0/007$ برخوردار است. بر اساس

آموزشی، نتایج حاصل از ارزیابی فرم‌ها نشان داد که $10/1$ درصد افراد وارد مرحله دوم، $26/8$ درصد وارد مرحله سوم، $1/9$ درصد وارد مرحله چهارم و اکثریت یعنی $61/2$ درصد وارد مرحله پنجم شده‌اند.

($P=0/013$).

در مورد تأثیر تداخل علایم گزارش شده سندرم با فعالیت‌های تحصیلی، هنگام مقایسه وضعیت قرارگیری فرد در مرحله دوم با سایر مراحل (سوم و پنجم) تفاوت مشاهده شده معنادار بود، به طوری که ۹۴/۹ درصد کسانی که تداخل علایم را ذکر نموده بودند (در مقابل ۸۵ درصد) وارد مراحل سوم و پنجم تصمیم‌گیری شده بودند (درصد) $CI=1/393-7/813$ 95 درصد، $Odd\ Ratio=3/299$.
($X^2=8/042$, $df=1$, $P=0/005$).

همچنین درصد کمتری از افراد با مشکل تداخل علایم، از اتخاذ تکنیک آرام‌سازی انصراف داده بودند (۳/۱۵ درصد در مقابل ۰/۶ درصد) (نمودار ۲). همچنین نسبت بیشتری از افراد با مشکل تداخل علایم در فعالیت‌های تحصیلی در مقایسه با گروه بدون مشکل، وارد مرحله سوم شده بودند (۳۲/۳ درصد در مقابل ۲۲/۸ درصد) اما این تفاوت مشاهده شده به لحاظ آماری معنادار نبود ($P=0/179$, $P=0/078$).

در مورد تداخل علایم گزارش شده با فعالیت‌های اجتماعی، تفاوت مشاهده شده در مراحل قرارگیری افراد در فرآیند تصمیم‌گیری از نظر آماری معنادار بود ($P=0/013$) به طوری که درصد کمتری از افراد مبتلا به این اختلال در فعالیت‌های اجتماعی وارد مرحله دوم شده بودند (۴/۴ درصد در مقابل ۱۴/۷ درصد) (۹/۴۱۵- $df=1$; $Odd\ ratio=3/695$ ؛ $CI=1/450$ ؛ $X^2=8/380$ ؛ $P=0/004$).

همچنین ۶۷/۴ درصد این افراد در مقابل ۵۷/۳ درصد گروه بدون تداخل در مرحله پنجم قرار گرفتند (نمودار ۳). در مورد مرحله سوم نیز نسبت افراد با و بدون تداخل علایم تقریباً یکسان گزارش شد (۲۸/۱ درصد در مقابل ۲۸ درصد).

نتایج همچنین نشان داد که افراد متأهل بیش از افراد مجرد وارد مراحل سوم و پنجم می‌شوند اما آزمون مجذور کای تفاوت مشاهده شده را از نظر آماری معنادار

آزمون همبستگی اسپیرمن، شاخص قد نیز با مرحله قرارگیری فرد از همبستگی مثبت در سطح معناداری ۰/۰۲۳ برخوردار بود. برای بررسی نحوه تبیین واریانس در میزان پیشرفت مراحل فرآیند تصمیم‌گیری بر اساس ترکیب متغیرهای قد و نمرات علایم سندرم قبل از قاعدگی از آنالیز رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. مدل رگرسیونی بر اساس متغیرنمرات سنجش سندرم قبل از قاعدگی قادر بود فقط ۲ درصد ($R^2=0/021$) از تغییرات مراحل را پیشگویی نماید ($P=0/015$) به طوری که یک واحد افزایش در نمره علایم سندرم قبل از قاعدگی با ۰/۰۰۹ واحد افزایش در میزان پیشرفت مراحل همراه بود. مقدار ضریب بتای استاندارد برای این متغیر ۰/۱۴۵ برآورد شد.

آزمون واریانس یکطرفه نیز مبین تفاوت آماری معنادار در میانگین نمرات سندرم قبل از قاعدگی برای افراد در مراحل مختلف تصمیم‌گیری بود ($P=0/015$, $F=0/985$, $df=3$) به طوری که افراد با نمرات بالاتر در ارزیابی سندرم قبل از قاعدگی، در مراحل پیشرفته‌تر تصمیم‌گیری قرار می‌گرفتند.

در مورد شدت علایم، در مقایسه با افراد مبتلا به علایم خفیف سندرم، کسانی که علایم متوسط تا شدیدی را گزارش نموده بودند، به نسبت بیشتری وارد مرحله پنجم شدند (۶۵/۷ درصد در مقابل ۵۹/۸ درصد) و در صد کمتری از آنان در مرحله دوم (۷/۳ درصد در مقابل ۱۲/۶ درصد) و مرحله سوم (۲۷ درصد در مقابل ۲۷/۷ درصد) قرار گرفتند (نمودار ۱).

تداخل علایم سندرم قبل از قاعدگی با فعالیت‌های روزمره اعم از زندگی خانوادگی، تحصیلی و اجتماعی از جمله معیارهای تشخیصی این سندرم می‌باشد (نمودار ۲ و ۳). در این پژوهش، بین متغیر مرحله قرارگیری فرد در فرآیند تصمیم‌گیری با متغیر وضعیت تداخل علایم سندرم با فعالیت‌های تحصیلی ($P=0/003$) و متغیر تداخل علایم با فعالیت‌های اجتماعی همبستگی مثبت یافت شد

نشان نداد ($P=0/771$).

آزمون کروسکال والیس نیز تفاوتی در مراحل مختلف فرآیند تصمیم‌گیری بر اساس سن، درآمد ماهانه، رتبه تولد، وزن، شاخص توده بدنی، سن اولین قاعدگی، طول مدت خونریزی و طول سیکل قاعدگی نشان نداد. بین متغیرهای شغل والدین با مراحل فرآیند تصمیم‌گیری نیز رابطه‌ای یافت نشد ($P>0/05$).

یکی دیگر از متغیرهای تأثیرگذار احتمالی بر مرحله تصمیم‌گیری، مرحله سیکل قاعدگی فرد در هنگام پاسخ‌دهی می‌باشد. بررسی این متغیر نشان داد که افرادی که در زمان جمع‌آوری اطلاعات در مرحله ترشحي سیکل قاعدگی به سر می‌برند، همگی در مراحل فرآیند تصمیم‌گیری پیش رفته و هیچ‌یک از اتخاذ تکنیک آرام-سازی انصراف ندادند اما ۳/۳ درصد افراد در مرحله تکثیری سیکل قاعدگی، تصمیم به عدم انجام آرام‌سازی گرفتند هر چند تفاوت‌های آماری مشاهده شده معنادار نبودند ($P>0/05$).

بحث

فرآیند تصمیم‌گیری در نوجوانان بالاخص در زمینه رفتارهای پرخطر مسأله مهمی است که در برخی از مقالات، بدان پرداخته شده اما در هیچ یک از این پژوهش‌ها، مراحل تصمیم‌گیری مورد ارزیابی واقع نشده است. پژوهش حاضر، اولین مطالعه در زمینه بررسی مراحل تصمیم‌گیری است و نتایج آن مشخص نمود که افراد مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی بعد از کسب آگاهی از این اختلال، در مراحل یکسانی از تصمیم‌گیری قرار نمی‌گیرند و قریب به یک سوم این افراد فاقد آمادگی لازم برای پذیرش رفتار مورد نظر می‌باشند. جهش سریع حدود دو سوم افراد به مرحله پنجم یا مرحله تصمیم به اتخاذ عمل (آمادگی)، حاکی از وجود یک عامل زیربنایی می‌باشد که اضطراب زیادی در این افراد برای مقابله با مشکل ایجاد نموده است. در تأیید این مطلب نتایج نشان

داد که افرادی که میزان و شدت علایم گزارش شده آن‌ها در ارزیابی علایم سندرم قبل از قاعدگی بیشتر بوده است، از آمادگی بیشتری برای اتخاذ رفتار مناسب برخوردار بودند. به عبارتی، شدت مشکل درک شده یکی از عوامل تأثیرگذار برای عبور به مرحله پنجم به‌شمار می‌رود.

حساسیت درک شده و شدت درک شده تحت مقوله تهدید درک شده یکی از مقدمات اتخاذ رفتار در مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشند (۱). از آن‌جایی که علایم ثبتی در فرم ارزیابی سنجش سندرم قبل از قاعدگی به-صورت خودگزارش‌دهی و بر اساس درک فرد از شدت ناراحتی موجود ارزیابی شده است، به نظر می‌رسد شدت درک شده علایم در مبتلایان همچون سازه شدت درک شده مدل اعتقاد بهداشتی، هر چند با مفهومی متفاوت، به عنوان یک سازه در این مدل قابل بررسی باشد.

دلیل محتمل دیگر برای جهش سریع این افراد به مرحله پنجم، می‌تواند ناشی از تعجیل این افراد در گزینش باشد. بر اساس تحقیق انجام شده بر روی نحوه تفکر ۹۰۰ نفر در مورد پیامدهای تصمیم‌گیری، مسأله تعجیل مورد تأیید قرار نگرفت. نتایج تحقیق مذکور حاکی از عدم بلوغ بخشی از سیستم مغزی بود که مسؤول خود کنترلی در نوجوانان می‌باشد. بنا به اظهارات محققین مذکور، تا سن ۱۶ سالگی تصمیم‌گیری در مورد مسایل آتی تحت کنترل سیستم کنکاش حسی (Sensation Seeking) است اما بعد از سن ۱۶ سالگی، آن قسمت از مغز که خودکنترلی (Self control -) را تنظیم می‌نماید، تکامل یافته و فعال می‌شود (۱۳). لذا با توجه به میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش (۱۶±۱/۰۲ سال)، در این افراد، فرآیند تصمیم‌گیری ناشی از تعجیل و عدم تفکر قبلی نبوده و ثانویه به فعال بودن سیستم مغزی کنترل کننده کنکاش حسی است. لذا نمی‌توان انتظار داشت که پاسخ شرکت‌کنندگان به سؤالات سنجش مراحل، بدون تفکر قبلی شکل گرفته باشد.

نتایج تحقیق حاضر همچنین مبین آن است که

حاضر مورد ارزیابی واقع نشد. توصیه می‌شود در تحقیقات آتی اثر این عوامل بر پیشبرد مراحل تصمیم‌گیری مورد ارزیابی دقیق قرارگیرد.

یکی دیگر از مزایای این تحقیق استفاده از طرح شبه تجربی درون فردی می‌باشد که از طریق یکسان‌سازی گروه شاهد با مورد، احتمال تأثیرگذاری عوامل مخدوش‌کننده ناشی از تفاوت‌های فردی را به حداقل می‌رساند.

لازم به ذکر است که علی‌رغم شیوع فراگیر سندرم قبل از قاعدگی، عدم آگاهی دختران از این پدیده نیاز به مداخلات آموزشی گسترده را برای این قشر می‌طلبد. یکسان نبودن افراد در مرحله تصمیم‌گیری و وجود تفاوت‌های کیفی، مقوله دیگری است که نیازمند طراحی مداخلات همساز با مرحله قرارگیری افراد جهت اتخاذ رفتارهای سازگار با سندرم قبل از قاعدگی می‌باشد.

در پایان باید خاطر نشان ساخت که دغدغه اصلی آموزش‌دهندگان سلامت، اتخاذ داوطلبانه رفتار سلامتی است که با پیش‌نیازهایی اعم از دستیابی به دانش، نگرش و مهارت‌ها در طی فرآیند تصمیم‌گیری نمود پیدا می‌کند (۱). از سویی تصمیم‌گیری به‌عنوان یک فرآیند شناختی مستلزم طی مراحل شناخته‌شده‌ای است. طبعاً با ارایه مداخلات آموزشی همساز با هر مرحله از تصمیم‌گیری با پیشگیری از اتلاف وقت و هزینه، گام مؤثری در جهت اتخاذ رفتار سلامتی برداشته خواهد شد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از مسئولین محترم اداره آموزش و پرورش سبزوار، معلمان گرامی و دانش‌آموزان عزیزی که در اجرای این تحقیق ما را یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد. لازم به ذکر است که این مقاله بخشی از رساله دکترای مؤلف اول و مصوب دانشگاه تربیت مدرس می‌باشد.

تداخل علایم با فعالیت تحصیلی و اجتماعی به‌عنوان پیش درآمد حرکت در مراحل فرآیند تصمیم‌گیری تأثیرگذار بوده است. لذا در تحقیقات آتی می‌توان، این متغیر را به‌عنوان یک سازه جدید در مدل فرآیند اتخاذ احتیاط مورد ارزیابی بیشتر قرار داد.

یکی از مزیت‌های پژوهش حاضر، همان‌طور که قبلاً نیز عنوان شد، نوآوری آن در زمینه ارزیابی فرآیند تصمیم‌گیری در مبتلایان به سندرم قبل از قاعدگی است. هیچ پژوهشی در ایران بر اساس این مدل تاکنون انجام نشده و تحقیقات انجام شده در سایر کشورها نیز مبین عدم استفاده از این مدل برای اختلال سندرم قبل از قاعدگی می‌باشد.

بر اساس مطالعات صورت گرفته در زمینه سایر رفتارها و اختلالات، کارآمدی برخی از متغیرها نظیر آگاهی، حساسیت درک شده و خودکارآمدی در رسیدن به مراحل بالاتر تصمیم‌گیری، مورد تأیید واقع شده است. در پژوهش حاضر، بر اساس مدل فرآیند اتخاذ احتیاط صرفاً متغیر آگاهی مورد سنجش واقع شد (۵، ۱۴). بلاک و همکارانش نیز در طی پژوهشی بر روی ۱۳۰۴ دانش‌آموز دبیرستانی فعال از نظر جنسی با میانگین سنی ۱۶/۸ سال دریافتند که اعتماد به نفس در تصمیم‌گیری به‌طور معناداری رابطه بین خودکارآمدی و استفاده از کاندوم را تعدیل می‌نماید. آنان پیشنهاد دادند که برای رفتارهای پرخطر در نوجوانان می‌بایست از مداخلات مبتنی بر فرآیند تصمیم‌گیری بهره جست (۱۵).

همچنین در تحقیق گیلیام بر روی ۲۷۱ نوجوان مکزیکی در مورد بررسی عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری جهت آغاز فعالیت جنسی، قوی بودن احساس کنترل بر رفتار بیشترین تأثیر را در فرآیند تصمیم‌گیری نوجوانان اعمال می‌نمود (۱۶).

علاوه بر دو عامل مذکور، یعنی اعتماد به نفس و کنترل درک شده، نگرش افراد موضوعی است که احتمالاً در مرحله قرارگیری فرد اثر می‌گذارد که در پژوهش

References

1. Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heidarnia A, Pakpour haji Agha A. Health education and promotion theories and models. Tehran: Sobhan press; 2010 (Persian)
2. Glanz K, Rimer B K, Viswanath K. Behaviour and Health Education: Theory Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass press; 2008 .
3. Weinstein ND, Rothman AJ. Commentary: Revitalizing research on health behavior theories. Health Educ Res. 2005;20(3):294-7.
4. Weinstein ND, Lyon JE, Sandman PM, Cuite CL. Experimental evidence for stages of health behavior change: the precaution adoption process model applied to home radon testing. Health Psychol. 1998;17(5):445-53.
5. Elliott JO, Seals BF, Jacobson MP. Use of the Precaution Adoption Process Model to examine predictors of osteoprotective behavior in epilepsy. Seizure. 2007;16(5):424-37
6. van Dillen SM, Hiddink GJ, Koelen MA, de Graaf C, van Woerkum CM. Exploration of possible correlates of nutrition awareness and the relationship with nutrition-related behaviours: results of a consumer study. Public Health Nutr. 2008;11(5):478-85.
7. Taghizadeh M. Integration of self regulation theory and Precede Procede Model in Premenstrual Syndrome coping within Tarbiat Moallem university students. [PhD dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2004 . (Persian).
8. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. J Psychiatry Neurosci. 2008;33(4):291-301.
9. Nourjah, P: Premenstrual syndrome among teacher training university students in Iran. Obstet Gynecol India. 2008; 58(1): 49-52
10. Ghaffari F, Poorghaznin T. Premenstrual syndrome severity and anger in female adolescents. J obstet Gynecol Ir. 2007; 9(1): 53-9
11. Talaei A, Bordbar Fayyazi MR, Nasiraei A, Nasiraei A, Nasiraei M, Dadgar S. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS) in Students of Mashhad University of Medical Sciences. J obstet Gynecol Ir. 2009; 12(2): 15-22
12. Ussher JM, Perz J. Evaluating the relative efficacy of a self-help and minimal psycho-educational intervention for moderate premenstrual distress conducted from a critical realist standpoint. J Reprod Infant Psychol. 2006; 24(4): 347-62
13. Hutcheon S. young teens really are shortsighted but don't blame impulsivity. Child Dev [serial online] 2009 Jan-Feb [cited 2010 Mar 17]. Available from: http://www.srcd.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=489
14. Schüz B, Sniehotta FF, Mallach N, Wiedemann AU, Schwarzer R. Predicting transitions from preintentional, intentional and actional stages of change. Health Educ Res. 2009;24(1):64-75.
15. Black D, Sun P, Rohrbach L, Sussman S. Decision-Making Style and Gender Moderation of the Self-efficacy-Condom Use Link Among Adolescents and Young Adults. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011; 165(4): 320-5.
16. Gilliam ML, Berlin A, Kozloski M, Hernandez M, Grundy M. Interpersonal and personal factors influencing sexual debut among Mexican-American young women in the United States. J Adolesc Health. 2007;41(5):495-503.

Decision Making Process and Related Factors in Adolescents with Premenstrual Syndrome

Delara M., MSN

PhD Candidate, Health Education Department, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Ghofranipour F., Ph.D

Associated Professor, Health Education Department, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Azad Fallah P., Ph.D

Associated Professor, Psychology Department, Human Science School, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Tavafian SS., Ph.D

Associated Professor Health Education Department, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Kazemnejad A., Ph.D

Professor, Biostatistics Department, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Received:15/08/2011, Revised:11/10/2011, Accepted:10/11/2011

Correspondence:

Dr. Fazlollah Ghofranipour,
Health Education Department,
School of Medicine, Tarbiat
Modares University, Tehran, Iran.
E-mail: ghofranf@modares.ac.ir

Abstract

Background: Decision making for adopting a health behavior is a process involving passing through different stages. This study was conducted to determine the decision making stages based on Precaution Adoption Process Model (PAPM) in female students with premenstrual syndrome (PMS).

Material and Methods: In this quasi-experimental within-subjects study, the PAPM stages were assessed in 317 high school students with PMS, who were exposed to an educational intervention based on PMS concepts. Decision making stages before and after the educational intervention were assessed based on PAPM.

Results: All the participants in pretest assessment were at the stage 0 of decision making. None of them had changed her decision making stage during a one-week posttest assessment. After exposure to educational intervention, about 10.1% were assessed as stage two, 26.8% were in stage three, 1.9% reached stage four, and 61.2% were at stage five. In a regression model, PMS scores could predict 2% of variance in decision making stages. PMS severity and sign interference with social and school performance had a significant correlation with the individual's decision making stage ($p < 0.05$).

Conclusion: Adolescent girls with PMS are not in the same stage of decision making after exposure to educational intervention and obtaining the necessary knowledge about PMS. Based on this finding, the design of educational interventions for PMS students must be stage-based. Perceived severity of PMS symptoms and PMS sign interference with school and social activities are among the variables that can be considered as PAPM constructs. . (*Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, Volume 19, Number 1, pp.59-68*).

Key Words: Decision making, Adolescents, Premenstrual Syndrome