

مقایسه عوامل زمینه ای مؤثر بر رفتارهای خود مراقبتی دیسمنوره اولیه در دو روش آموزش توسط همتا و مراقب بهداشتی

مریم کبیریان^۱، زهرا عابدیان^{۲*}، سید رضا مظلوم^۳، بهروز مهram^۴

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
۲. مربی گروه آموزش مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. مربی گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه آموزشی علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۲۱

خلاصه

مقدمه: عوامل زمینه ای، عواملی در درون و بیرون فرد هستند که توانایی او را برای درگیری در فعالیت های خود مراقبتی تحت تأثیر قرار می دهند. از آنجا که رفتارهای خود مراقبتی دیسمنوره به منظور ارتقاء سلامت زنان انجام می شود، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه عوامل زمینه ای مؤثر بر رفتارهای خود مراقبتی دیسمنوره اولیه در دو روش آموزش رفتارهای خود مراقبتی توسط همتا و مراقب بهداشتی انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده در سال ۱۳۸۸ بر روی ۱۶۵ دختر مجرد مبتلا به دیسمنوره اولیه با تجربه حداقل ۳ دوره قاعدگی دردناک در خوابگاه های دانشگاه فردوسی شهر مشهد انجام شد. افراد به طور تصادفی به یکی از ۳ گروه آموزش توسط همتا، آموزش توسط مراقب بهداشتی و کنترل تخصیص یافتند. داده ها توسط پرسشنامه های روانی و پایایی عوامل زمینه ای، مقیاس رفتارهای خود مراقبتی در ارتباط با دیسمنوره و مقیاس دیداری درد جمع آوری شد. با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های آنالیز واریانس یک طرفه، کروسکال والیس و توکی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: شاخص توده بدنی ($p < 0/001$)، تحصیلات مادر ($p < 0/050$) و شدت دیسمنوره ($p < 0/050$) ارتباط آماری معنی داری با درصد تغییر شدت درد داشتند. در حالی که سن ($p = 0/687$)، شغل پدر ($p = 0/661$) و مادر ($p = 0/922$)، تحصیلات پدر ($p = 0/723$)، الگوی زندگی ($p > 0/050$) و کفایت رفتار خود مراقبتی ($p = 0/500$) بین سه گروه آموزشی تفاوت آماری معنی داری نداشت.

نتیجه گیری: سه عامل سطح تحصیلات مادر، شاخص توده بدنی و شدت دیسمنوره بر رفتارهای خودمراقبتی مؤثر می باشند.

کلمات کلیدی: آموزش، خود مراقبتی، رفتار

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا عابدیان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۷۶۷۱۷۷۱؛ پست الکترونیک: abedianz@mums.ac.ir

مقدمه

خود مراقبتی عبارت است از اقدامات و رفتارهای آموخته شده آگاهانه و هدف داری که به منظور تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت خود انجام می شود (۱، ۲). به عبارت دیگر رفتار خود مراقبتی، اقدامی آگاهانه است که از طرف خود فرد در راستای تأمین نیازهای خود مراقبتی انجام می شود (۳) و نیازهای خود مراقبتی به سه گروه نیازهای همگانی، انحراف از سلامتی و تکاملی تقسیم می شوند (۳، ۴).

نیازهای تکاملی مراقبت از خود بر اساس مراحل رشد فرد، محیطی که در آن به سر می برد و اثری که محیط به فرد دارد، طراحی می شود و به تغییرات زندگی و مراحل چرخه زندگی هر فرد نیز مربوط می شود (۴). دیسمنوره اولیه به وجود درد قاعدگی در غیاب بیماری قابل اثبات لگنی اطلاق می شود و از نظر تئوری اورم^۱ جزء نیازهای تکاملی مراقبت از خود می باشد (۵).

بر اساس تئوری اورم، ایجاد رفتارهای خود مراقبتی در فرد تحت تأثیر دو عامل تقاضای خود مراقبتی و عاملیت خود مراقبتی است و فردی که دارای عاملیت خود مراقبتی باشد، می تواند اقدامات لازم برای خود مراقبتی را انجام دهد. این توانایی در صورتی که با تقاضای خود مراقبتی همراه باشد و عوامل زمینه ای آن را تسهیل کند یا مانعی برای آن نباشد، به رفتار خود مراقبتی تبدیل خواهد شد (۶). عوامل زمینه ای، عواملی در درون و بیرون فرد هستند که توانایی او را برای درگیری در فعالیت های خود مراقبتی و نوع یا مقدار بروز رفتارهای خود مراقبتی، تحت تأثیر قرار می دهند. عوامل زمینه ای شامل سن، جنس، تحصیلات، شرایط رشد، الگوهای زندگی، عوامل مربوط به سیستم خانوادگی، عوامل محیطی، کفایت و در دسترس بودن منابع خود مراقبتی می باشند (۶).

ظرفیت خود مراقبتی هر فرد با توجه به وضعیت سلامت، تجارب زندگی فردی و عوامل تأثیرگذار بر آموزش پذیری متفاوت است؛ چرا که این عوامل هستند که افراد را قادر می سازند که یاد بگیرند، در معرض

تأثیرات فرهنگی قرار گیرند و از منابع مورد نیاز در زندگی روزمره خود استفاده کنند (۷).

با توجه به اهمیت نقش عوامل زمینه ای در بروز رفتارهای خود مراقبتی، مقایسه عوامل زمینه ای مؤثر بر شدت درد قاعدگی در انواع روش های مختلف آموزشی ضروری به نظر می رسد.

آموزش همتا با تأکید بر مفهوم الگو برداری، جزء مهمی از روند یادگیری محسوب می شود (۷). در معرض یک سرمشق یا الگو قرار گرفتن، از چند طریق می تواند در رفتار فرد تأثیر داشته باشد (۸، ۹). همتا، شخصی است متعلق به گروه اجتماعی یکسان، که مشاهده کنندگان باور دارند که از نظر توانایی شبیه خودشان هستند و می توانند اثرات قوی انگیزشی در یادگیری داشته باشند (۱۰).

آموزش همتا در جمعیت های مختلف و گروه های سنی با اهداف مختلف از جمله بهداشت باروری، برنامه های بهداشت مدارس و ایمن سازی کودکان مورد استفاده قرار گرفته است (۱۱-۱۳). در مطالعه عزیزی و همکاران (۲۰۰۸) در کرمانشاه، اثر پیشگیری از ایدز توسط پزشک بر میزان آگاهی دانش آموزان بیشتر از آموزش توسط همتا گزارش شد (۱۴). عباس پور و همکاران (۲۰۰۷) گزارش کردند، آموزش پیشگیری از ایدز توسط همتا مؤثر تر از آموزش توسط مراقبین بهداشتی است (۱۵) و در مطالعه فراهانی و همکار (۲۰۰۴) در تهران، تفاوتی بین آموزش همتا و مشاورین مدرسه در زمینه پیشگیری از ایدز گزارش نشد (۱۶).

کیم و همکار (۲۰۰۸) گزارش کردند آموزش رفتارهای جنسی توسط همتا، شواهد متقاعد کننده ای بر بهبود عملکرد جنسی نوجوانان ندارد (۱۷). کروتی و همکاران (۲۰۰۹) برنامه حمایت تلفنی همتا به منظور تقویت رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به آرتریت را بر شدت درد آنان مؤثر ندانستند (۱۸). از آنجا که کنترل عوامل خارجی مؤثر بر قاعدگی دردناک، محور بیرونی رفتارهای خود مراقبتی در ارتباط با قاعدگی دردناک را تشکیل می دهند، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه عوامل زمینه ای مؤثر بر رفتارهای خود مراقبتی

¹Orem Theory

دیسمنوره اولیه در دو روش آموزش رفتارهای خود مراقبتی توسط همتا و مراقب بهداشتی انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده در سال ۱۳۸۸ بر روی ۱۹۵ دختر مجرد مبتلا به دیسمنوره اولیه با دامنه سنی ۱۹-۲۵ سال در خوابگاه های دانشگاه فردوسی شهر مشهد انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تجربه حداقل ۳ دوره قاعدگی دردناک طی ۶ ماه گذشته، قاعدگی دردناک درجه ۱، ۲ یا ۳ بر اساس معیار چند بُعدی گفتاری، دوره قاعدگی منظم، عدم مصرف قرص های خوراکی جلوگیری از بارداری طی ۶ ماه گذشته، نداشتن بیماری طبی و عدم استفاده از داروهای مؤثر بر روان بود.

نمونه گیری به روش چند مرحله ای در دسترس با تخصیص تصادفی انجام شد که واحد های پژوهش به طور تصادفی به سه گروه آموزش توسط همتا، مراقب بهداشتی و کنترل تخصیص یافتند. حجم نمونه بر اساس نتیجه مطالعه پایلوت (۹۰۲) برای هر یک از متغیرهای عوامل زمینه ای محاسبه شد. بیش ترین حجم نمونه در فرمول مقایسه میانگین ها بر اساس متغیر سن، ۵۲ نفر محاسبه شد که با احتمال ۲۰ درصد افت نمونه، ۶۵ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش شامل فرم بررسی عوامل زمینه ای، مقیاس رفتارهای خود مراقبتی در ارتباط با دیسمنوره^۱ (DSCS) و مقیاس تطابق دبداری درد VAS بود.

فرم بررسی عوامل زمینه ای برگرفته از مفاهیم تئوری خود مراقبتی اورم توسط پژوهشگر طراحی و عواملی نظیر: سن، وضعیت رشد (BMI)، الگوی زندگی (وضعیت خواب، تغذیه و ورزش)، عوامل مربوط به سیستم خانواده (شغل و تحصیلات پدر و مادر)، کفایت و در دسترس بودن منابع خود مراقبتی را شامل می شود. روایی ابزار به روش روایی محتوا و و پایایی آن به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ $\alpha = 0.78$ تعیین شد.

مقیاس رفتارهای خود مراقبتی در ارتباط با دیسمنوره (DSCS)، فرم تغییر یافته ابزار رفتارهای خود مراقبتی در نوجوانان مبتلا به قاعدگی دردناک در مقاله چینگ سینک (۱) است که شامل ۲۵ عبارت با مقیاس ۵ نقطه ای لیکرت (هرگز=۱، ندرتاً=۲، گاهی=۳، معمولاً=۴، همیشه=۵) می باشد که منطبق بر تقسیم بندی فعالیت های مراقبت از خود اورم می باشد که با استفاده از منابع علمی معتبر توسط پژوهشگر بازنگری شده است. پس از کسب رضایت کتبی، واحد های پژوهش جهت تکمیل فرم بررسی عوامل زمینه ای، مورد مصاحبه قرار گرفتند و مقیاس رفتارهای خود مراقبتی در مورد دیسمنوره اولیه را تکمیل کردند. سپس فرم ثبت اطلاعات دوره کنترل قاعدگی در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت و پس از تکمیل اطلاعات دوره کنترل، واحد های پژوهش در هر گروه پروتکل آموزشی را اجرا کردند.

در گروه آموزش همتا (۶۵ نفر)، ۱۴ نفر به عنوان آموزش دهنده همتا انتخاب شده و سپس افراد منتخب در یک کارگاه یک روزه "آموزش آموزش دهنده همتا" شرکت کردند. رفتارهای خود مراقبتی دیسمنوره اولیه به روش سخنرانی، آموزش برنامه ای، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، نمایش عملی و نقش بازی کردن و وسایل کمک آموزشی توسط پژوهشگر به آنان آموزش داده شد و در انتها ۱۰ نفر که بیش ترین نمره مقیاس سنجش مهارت های آموزشی را کسب کردند، به عنوان آموزش دهنده همتا انتخاب شدند و هر آموزش دهنده همتا با انتخاب یک گروه ۷-۶ نفره از دانشجویان، برنامه آموزشی خود را (۴ ساعت و ۵ تا ۲۵ دقیقه) برای همتایان به روش بحث گروهی و نمایش عملی اجرا کردند.

در گروه آموزش توسط مراقب بهداشتی (۶۵ نفر)، واحد های پژوهش در سه گروه و طی ۲ روز متوالی در کلاس آموزشی شرکت کردند. برای هر گروه برنامه آموزشی ۴ ساعته با استفاده از روش سخنرانی، بحث گروهی و نمایش عملی توسط مامای آموزش دیده ارائه شد.

در گروه کنترل، مداخله ای صورت نگرفت و در پایان دوره جمع آوری اطلاعات، به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، جزوه آموزشی رفتارهای خود مراقبتی

¹ Dysmenorrhea Self Care Scale

از مطالعه حذف شدند و در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها بر روی ۱۶۵ نفر از واحد‌های پژوهش انجام شد. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس دو طرفه، تأثیر سن بر درصد تغییر شدت درد معنی‌دار نبود ($p=0/687$). همچنین اثر متقابل بین گروه و سن معنی‌دار نبود ($p=0/436$).

اثر شاخص توده بدنی بر درصد تغییر شدت درد معنی‌دار بود ($p<0/001$)؛ به گونه‌ای که بیش‌ترین درصد تغییر شدت درد در گروه آموزش توسط همتا ($X=16/8 \pm$) و آموزش توسط مراقب بهداشتی ($X=29/7 \pm$) و آموزش توسط مراقب بهداشتی ($X=49/7$) در جهت مثبت و مربوط به شاخص توده بدنی $22-23/9$ کیلوگرم بر متر مربع بود. در گروه کنترل ($X=242/1 \pm 65/7$)، در جهت منفی و باز هم مربوط به شاخص توده بدنی $22-23/9$ کیلوگرم بر متر مربع بود (جدول ۱).

دیسمنوره اولیه در اختیار آنان قرار گرفت. پس از پایان جلسات آموزشی، ۲ فرم ثبت اطلاعات دوره پیگیری در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت که در طی اولین و دومین دوره قاعدگی بعدی فرم‌ها را تکمیل و به پژوهشگر تحویل دادند.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون‌های آنالیز واریانس یک و دو طرفه و کروسکال والیس و توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه ($p<0/05$) به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

طی ۲ ماه دوره پیگیری در گروه کنترل ۱۳ نفر، در گروه آموزش توسط همتا ۷ نفر و در گروه آموزش توسط مراقب بهداشتی ۱۰ نفر دوره پیگیری را کامل نکردند و

جدول ۱- مقایسه میانگین درصد تغییر شدت درد به تفکیک شاخص توده بدنی در سه گروه

میانگین درصد تغییر شدت درد	گروه		
	آموزش توسط همتا	آموزش توسط مراقب بهداشتی	کنترل
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
۱۹/۸-۲۱/۹	۳۵/۵ \pm ۲۰/۰	۴۲/۶ \pm ۲۲/۶	-۳/۹ \pm ۴۰/۰
۲۲-۲۳/۹	۳۹/۰ \pm ۱۶/۸	۴۹/۷ \pm ۲۹/۷	-۶۵/۷ \pm ۲۴۲/۱
۲۴-۲۶	۲۴/۱ \pm ۳۴/۴	۴/۰ \pm ۱۲۷/۲	-۶۵/۱ \pm ۱۴۵/۱
کل	۳۲/۹ \pm ۲۵/۲	۳۲/۹ \pm ۷۴/۵	-۴۰/۸ \pm ۱۴۸/۲

نتایج آزمون آنالیز واریانس دو طرفه:

اثر کلی	F	df	p
اثر گروه‌های آموزشی	F=۲/۰	df=۲ و ۱۵۴	p=۰/۱۳۰
اثر شاخص توده بدنی	F=۱۰/۹	df=۲ و ۱۵۴	p<۰/۰۰۱
اثر متقابل گروه و شاخص توده بدنی	F=۰/۸	df=۴ و ۱۵۴	p=۰/۵۱۷

بود ($X=45/9 \pm 18/3$) و در گروه‌های آموزش توسط مراقب بهداشتی ($X=-5/0 \pm 22/5$) و کنترل ($X=-234/4 \pm 44/9$) بیش‌ترین درصد تغییر شدت درد در جهت منفی و مربوط به مادران بی‌سواد بود. در سایر متغیرهای مربوط به سیستم خانواده یعنی شغل مادر، تحصیلات و شغل پدر نیز تفاوت آماری معنی‌داری بین سه گروه وجود نداشت (جدول ۲).

نتایج آزمون آنالیز واریانس دو طرفه در محاسبه میانگین درصد تغییر شدت درد به تفکیک عوامل مربوط به سیستم خانواده نشان داد تحصیلات مادر تأثیر معنی‌داری بر درصد تغییر شدت درد داشت ($p<0/05$)؛ به گونه‌ای که در گروه آموزش توسط همتا، بیش‌ترین درصد تغییر شدت درد در جهت مثبت و مربوط به سطح تحصیلات مادر در حد سیکل

جدول ۲- مقایسه میانگین درصد تغییر شدت درد به تفکیک عوامل مربوط به سیستم خانواده در سه گروه

نام متغیر	نتایج آزمون آنووا	اثر کلی	اثر گروه	اثر متغیر	اثر متقابل گروه و متغیر
تحصیلات مادر	$p=0/511$		$p<0/001$	$p=0/015$	$p=0/396$
شغل مادر	$p=0/394$		$p=0/002$	$p=0/922$	$p=0/874$
تحصیلات پدر	$p=0/447$		$p=0/001$	$p=0/723$	$p=0/764$
شغل پدر	$p=0/277$		$p=0/003$	$p=0/661$	$p=0/993$

رفتار خود مراقبتی تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($p=0/500$).

نتایج آزمون آنالیز واریانس دو طرفه نشان داد اثر شدت دیسمنوره (بر اساس مقیاس چند بُعدی گفتاری) بر درصد تغییر شدت درد قاعدگی معنی دار بود ($p<0/050$)؛ بدین صورت که در گروه آموزش توسط همتا، بیشترین درصد تغییر شدت درد در جهت مثبت در گروه دختران با شدت قاعدگی دردناک درجه ۲ بود ($X=34/7 \pm 26/7$) و در گروه های آموزش توسط مراقب بهداشتی ($X=-91/1 \pm 24/7$) و کنترل ($X=91/5 \pm 20/7$)، بیشترین تغییر شدت درد در جهت منفی در گروه دختران با شدت قاعدگی دردناک درجه ۱ بود.

در گروه قاعدگی دردناک درجه ۱ و ۳، نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد بین سه گروه مورد مطالعه از نظر میانگین شدت درد دوره قاعدگی کنترل، دوره قاعدگی پیگیری اول و پیگیری دوم تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت (جدول ۳).

نتایج آنالیز واریانس دو طرفه در بررسی عوامل مربوط به الگوی زندگی نشان داد میانگین درصد تغییر شدت درد بر حسب ساعات خواب روزانه ($p=0/849$) و ساعات خواب شبانه ($p=0/351$) تفاوت آماری معنی داری نداشت. همچنین میانگین درصد تغییر شدت درد بر حسب الگوی تغذیه، تفاوت آماری معنی داری نداشت؛ یعنی اثر مصرف پروتئین ($p=0/754$)، کربوهیدرات ($p=0/753$)، میوه جات ($p=0/821$) و تنقلات ($p=0/250$) از نظر آماری معنی دار نبود. نتایج آزمون آنالیز واریانس دو طرفه نشان داد سه گروه آموزشی (کنترل، آموزش همتا، آموزش توسط مراقب بهداشتی) اثر معنی داری بر درصد تغییر شدت درد داشت ($p=0/007$). اما اثر انجام فعالیت ورزشی ($p=0/486$) و اثر متقابل بین گروه و انجام فعالیت ورزشی ($p=0/902$) بر درصد تغییر شدت درد دوره قاعدگی پیگیری دوم نسبت به دوره قاعدگی کنترل معنی دار نبود.

نتایج مقایسه میانگین درصد تغییر شدت درد به تفکیک کفایت رفتار خود مراقبتی نشان داد بین سه گروه از نظر

جدول ۳- مقایسه میانگین درصد تغییر شدت درد به تفکیک شدت دیسمنوره در سه گروه

میانگین شدت درد	گروه	دوره قاعدگی کنترل	دوره قاعدگی پیگیری اول	دوره قاعدگی پیگیری دوم
دیسمنوره درجه ۱	آموزش توسط همتا	$6/6 \pm 1/1$	$8/0 \pm 1/2$	$5/2 \pm 1/0$
	آموزش توسط مراقب بهداشتی	$1/6 \pm 2/3$	$5/0 \pm 4/0$	$3/2 \pm 3/0$
	کنترل	$5/7 \pm 3/5$	$9/2 \pm 0/9$	$6/7 \pm 2/2$
دیسمنوره درجه ۲	نتیجه آزمون کروسکال والیس	$p=0/454$	$p=0/639$	$p=0/383$
	آموزش توسط همتا	$7/4 \pm 2/2$	$7/2 \pm 2/6$	$5/7 \pm 1/8$
	آموزش توسط مراقب بهداشتی	$7/8 \pm 2/4$	$6/9 \pm 2/8$	$5/6 \pm 2/4$
دیسمنوره درجه ۳	کنترل	$6/0 \pm 2/9$	$7/8 \pm 2/0$	$6/7 \pm 2/4$
	نتیجه آزمون آنالیز واریانس یک طرفه	$p=0/180$	$p=0/019$	$P<0/001$
	آموزش توسط همتا	$9/3 \pm 1/2$	$7/8 \pm 2/5$	$7/0 \pm 1/7$
دیسمنوره درجه ۴	آموزش توسط مراقب بهداشتی	$9/6 \pm 0/8$	$9/0 \pm 1/0$	$7/8 \pm 1/7$
	کنترل	$8/9 \pm 2/5$	$9/5 \pm 0/7$	$8/4 \pm 1/3$
	نتیجه آزمون کروسکال والیس	$p=0/319$	$p=0/146$	$p=0/212$

در مطالعه حاضر وزن دختران مبتلا به قاعدگی دردناک اولیه در دامنه طبیعی با شاخص توده بدنی ۱۹/۸-۲۶ کیلوگرم بر متر مربع بود و در بررسی اثر شاخص توده بدنی در سه طبقه ۱۹/۸-۲۱/۹، ۲۱/۹-۲۳/۹ و ۲۳/۹-۲۶ کیلوگرم بر متر مربع بر تغییر شدت درد قاعدگی، نتایج جدول ۱ نشان داد بیشترین درصد تغییر شدت درد مربوط به شاخص توده بدنی ۲۳/۹-۲۲ کیلوگرم بر متر مربع بود. تغییر شدت درد در گروه آموزش توسط همتا و آموزش توسط مراقب بهداشتی در جهت مثبت؛ یعنی کاهش شدت درد قاعدگی و در گروه کنترل در جهت منفی یعنی افزایش شدت درد قاعدگی بود.

این موضوع بیانگر این است که شاخص توده بدنی می تواند به عنوان یک عامل زمینه‌ای در میزان تاثیر شیوه های آموزشی رفتارهای خود مراقبتی در دختران مبتلا به دیسمنوره مؤثر باشد. این در حالیست که در مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۹۰) بین شاخص توده بدنی و دیسمنوره ارتباطی گزارش نشده است ($p=0/070$) (۲۰).

عوامل مربوط به سیستم خانوادگی، از عوامل زمینه‌ای است که بر توانایی افراد برای انجام فعالیت های خود مراقبتی تأثیر دارد (۵) و از این طریق می تواند بر شدت درد قاعدگی نیز اثر بگذارد. در مطالعه حاضر از بین ۴ عامل شغل مادر، میزان تحصیلات مادر، شغل پدر و میزان تحصیلات پدر، ارتباط بین میزان تحصیلات مادر با تغییر شدت درد قاعدگی معنی دار بود. در گروه همتا بیش ترین درصد کاهش شدت درد مربوط به سطح تحصیلات مادر در حد سیکل و در گروه مراقب بهداشتی و کنترل، بیش ترین درصد افزایش شدت درد مربوط به مادران بی سواد بود.

چینگ سینگ و همکاران (۲۰۰۴) طی مطالعه ای که با هدف طراحی و روان سنجی ابزار رفتارهای خود مراقبتی در نوجوانان مبتلا به قاعدگی دردناک انجام دادند، به نقل از چاو می نویسند "نوجوانانی که سطح تحصیلات خانواده به خصوص مادران آن ها بالاتر است، اطلاعات مربوط به قاعدگی و مهارت های مراقبتی به منظور کاهش شدت درد قاعدگی را بیشتر یاد می

در گروه قاعدگی دردناک درجه ۲، نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد بین سه گروه از نظر میانگین شدت درد دوره قاعدگی کنترل تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($p=0/180$)، اما سه گروه از نظر میانگین شدت درد دوره قاعدگی پیگیری اول تفاوت آماری معنی داری داشتند ($p<0/050$) که در مقایسه دو به دو گروه ها با استفاده از آزمون توکی، دو گروه همتا و مراقب بهداشتی ($p=0/782$) و دو گروه همتا و کنترل ($p=0/113$) تفاوت آماری معنی داری نداشتند، اما دو گروه کنترل و مراقب بهداشتی از نظر میانگین شدت درد تفاوت آماری معنی داری داشتند ($p=0/019$). همچنین بین سه گروه از نظر میانگین شدت درد دوره قاعدگی پیگیری دوم تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/001$). نتیجه آزمون توکی نشان داد دو گروه کنترل و همتا ($p=0/001$)، کنترل و مراقب بهداشتی ($p<0/001$) از نظر میانگین شدت درد تفاوت آماری معنی داری داشتند. اما دو گروه همتا و مراقب بهداشتی از نظر میانگین شدت درد دوره قاعدگی پیگیری دوم تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p=0/460$) (جدول ۳).

بحث

در مطالعه حاضر از بین عوامل زمینه‌ای مؤثر بر رفتارهای خود مراقبتی، دیسمنوره اولیه، شاخص توده بدنی، سطح تحصیلات مادر و شدت قاعدگی دردناک با درصد تغییر شدت درد قاعدگی ارتباط آماری معنی داری داشتند.

دیسمنوره اولیه معمولاً در دوره های بدون تخمک گذاری رخ نمی دهد و تغییرات وزن بدن نیز به عنوان یکی از عوامل مرتبط با دوره های قاعدگی بدون تخمک گذاری شناخته شده است. زنان چاق به واسطه افزایش مداوم استروژن، دوره های قاعدگی بدون تخمک گذاری را تجربه می کنند و دوره های قاعدگی بدون تخمک گذاری همراه با کاهش وزن نیز انعکاسی از اختلال عملکرد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-تخمدان می باشد (۱۹).

گیرند و فرصت های بیشتری برای در میان گذاشتن مشکلاتشان با خانواده دارند" (۱).

در مطالعه حاضر، ۷۰ درصد از دختران مبتلا به دیسمنوره اولیه با دامنه سنی ۱۹-۲۵ سال، در اولویت اول مادر یا خواهر خود را به عنوان فردی برای بیان مشکلات قاعدگی خود انتخاب کردند. در مطالعه ملازم و همکاران (۱۳۸۹) نیز چنین بیان شده است که ۶۷/۵٪ از دختران جوان برای رفع درد قاعدگی از مادران خود کمک می گرفتند (۲۱). بنابراین به نظر می رسد سطح آگاهی مادران و رابطه عاطفی بین مادر و دختر در ایجاد ارتباط بین سطح تحصیلات مادر با تغییر شدت درد قاعدگی نقش داشته باشد.

همچنین در مطالعه حاضر درجه شدت قاعدگی دردناک با درصد تغییر شدت درد قاعدگی ارتباط آماری معنی داری داشت. نتایج جدول ۳ نشان داد در گروه همتا، بیش ترین درصد تغییر شدت درد در جهت مثبت در گروه دختران با شدت قاعدگی دردناک درجه ۲ بود و در گروه های مراقب بهداشتی و کنترل، بیش ترین درصد تغییر شدت درد در جهت منفی در گروه دختران با شدت قاعدگی دردناک درجه ۱ بود.

در مطالعه حاضر در گروه دختران با شدت قاعدگی دردناک درجه ۱، هیچ یک از روش های آموزش رفتار خود مراقبتی بر کاهش شدت درد دیسمنوره اولیه مؤثر نبودند. با توجه به اینکه در ایجاد رفتار خود مراقبتی، علاوه بر عاملیت خود مراقبتی، تقاضای خود مراقبتی نیز نقش دارد، شاید بتوان عدم وجود تفاوت معنی دار بین سه گروه از نظر میانگین شدت درد دوره قاعدگی کنترل، پیگیری اول و پیگیری دوم در گروه دختران با شدت قاعدگی دردناک درجه ۱ را به پایین بودن سطح تقاضای خود مراقبتی افراد نسبت داد.

در گروه قاعدگی دردناک درجه ۲، آموزش رفتارهای خود مراقبتی، شدت درد دوره قاعدگی پیگیری اول و پیگیری دوم نسبت به دوره قاعدگی کنترل را به طور معنی داری کاهش داد و بین دو گروه آموزش همتا و مراقب بهداشتی از نظر میزان کاهش شدت درد تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت.

در مطالعه حاضر آموزش رفتارهای خود مراقبتی در گروه قاعدگی دردناک درجه ۳ بر کاهش شدت درد دیسمنوره اولیه مؤثر نبود که با توجه به آنچه که قبلاً نیز گفته شد شاید درجه شدت درد قاعدگی در موفقیت برنامه های آموزش رفتارهای خود مراقبتی نقش داشته باشد.

از نقاط قوت این مطالعه می توان به پایه ریزی برنامه آموزشی بر مبنای تئوری اجتماعی شناختی بندورا و چگونگی کاربرد آن در تئوری خود مراقبتی بندورا اشاره کرد.

از نقاط قوت این مطالعه می توان به پایه ریزی برنامه آموزشی بر مبنای تئوری اجتماعی شناختی بندورا و چگونگی کاربرد آن در تئوری خود مراقبتی بندورا اشاره کرد. عدم انجام معاینه لگنی به دلیل مجرد بودن واحدهای پژوهش جهت تشخیص قطعی دیسمنوره اولیه، جزء محدودیت های این طرح بود. کسب آگاهی در زمینه خود مراقبتی از منابع مختلف از عوامل زمینه ای است که با انتخاب تصادفی گروه ها سعی شد کنترل شود.

نتیجه گیری

از بین عوامل زمینه ای مؤثر بر رفتارهای خودمراقبتی، سه عامل سطح تحصیلات مادر، شاخص توده بدنی و شدت دیسمنوره در دو گروه آموزش توسط همتا و مراقب بهداشتی با یکدیگر تفاوت داشتند و در این مطالعه به عنوان مهم ترین عواملی که در بروز رفتارهای خود مراقبتی نقش دارند معرفی می شوند. لذا پیشنهاد می شود در مدیریت برنامه های آموزشی رفتارهای خود مراقبتی دیسمنوره اولیه مدنظر قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی به شماره قرارداد ۸۷۹۰۰ می باشد که با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تأیید کمیته اخلاق دانشگاه انجام گرفت و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. بدین وسیله از تمام مسئولان دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، تشکر و قدردانی می شود.

1. Ching-Hsing H, Meei-Ling G, Hsin-Chun M, Chung-Yi L. The development and psychometric testing of a self-care scale for dysmenorrhic adolescents. *J Nurs Res* 2004 Jun;12(2):119-30.
2. Kabirian M, Abedian Z, Mazlom R, Mahram B. Self-management in primary dysmenorrheal: toward evidence-based education. *Life Sci J* 2011;8(2):13-8.
3. Memarian R. [Application of nursing concepts and theories]. Tehran: Tarbiat Modarres University; 1999:50-7. [in Persian].
4. Aggleton P, Chalmers H. *Nursing models and the nursing process*. Houndmills: Macmillan Education; 2003.
5. D'Hooghe TM. Endometriosis. In: Berek JS, Berek DL. *Berek & Novak's gynecology*. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012:506-56.
6. Rafiee S, Attarzadeh M, Ahmadzadeh Asl M, Dejpasand SS, Tehrani Banihashemi SA, Mohammadi Blok Z, et al. [Comprehensive system to enable people of self care]. Tehran: Department of Community Health Education, Ministry of Health and Medical Education; 2005:30-40, 57-84. [in Persian].
7. Turner G, Shepherd J. A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Educ Res* 1999 Apr;14(2):235-47.
8. . Ministry of Health and Medical Education, Department of Health. Learning or social cognitive theory., Available at: www.iec.hbi.ir/Books/level3/first/book3/L303-section5-Models%26theories.pdf
9. Abedian Z, Kabirian M, Mazlom SR, Mahram B. The effects of peer education on health behaviors in girls with dysmenorrhea. *J Am Sci* 2011;7(1):431-8.
10. Topping KJ. *Peer assisted learning: a practical guide for teachers*. New York: Brookline Books; 2001:85-100.
11. Ozcebe H, Akin L. Effects of peer education on reproductive health knowledge for adolescents living in rural areas of Turkey. *J Adolesc Health* 2003 Oct;33(4):217-8.
12. Mellanby AR, Rees JB, Tripp JH. Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health Educ Res* 2000 Oct;15(5):533-45.
13. Boom JA, Nelson CS, Laufman LE, Kohrt AE, Kozinetz CA. Improvement in provider immunization knowledge and behaviors following a peer education intervention. *Clin Pediatr (Phila)* 2007 Oct;46(8):706-17.
14. Azizi A, Amirian F, Amirian M. [Effects of peer education, education by physician and giving pamphlets on HIV knowledge in high school students: a comparative study] [Article in Persian]. *J Facul Nurs Midwifery* 2008;14(1):5-12.
15. Abbaspour Z, Saidian M, Abedi P. Peer education vs health provider education in knowledge and attitude about prevention and transmission of AIDS in high school students. *Pak J Med Sci* 2007 Jan;23(1):108-10.
16. Khalaj Abadi Farahani F, Ebadifar Azar F. Comparing the effect of peer-led versus adult-led AIDS education on knowledge, attitude and self-efficacy of female students in high schools in 4th region of education ministry in Tehran, using socio-cognitive theory, 2002-2003. *J Reprod Infertil* 2004 Jan-Mar;5(1):77-91.
17. Kim CR, Free C. Recent evaluations of the peer-led approach in adolescent sexual health education: a systematic review. *Int Fam Plan Perspect* 2008 Jun;34(2):89-96.
18. Crotty M, Prendergast J, Battersby MW, Rowett D, Graves SE, Leach G, et al. Self-management and peer support among people with arthritis on a hospital joint replacement waiting list: a randomized controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage* 2009 Nov;17(11):1428-33.
19. Fritz MA, Speroff L. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011:539-40.
20. Haidari F, Akrami A, Sarhadi M, Mohammad Shahi M. Prevalence and Severity of Primary Dysmenorrhea and its Relation to Anthropometric Parameters. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2011; 17(1): 70-77.
21. Molazem Z, Alhani F, Anooshe M, Vagharseyyedin SA. Epidemiology of dysmenorrhea with dietary habits and exercise. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)* 2011; 13(3): 41-45.