

تاثیر اصلاح سبک تغذیه‌ای بر کاهش شدت درد قاعدگی در پرسنل درمانی بیمارستان امام خمینی تهران

شیلا شکبیا: کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. mohandesi_shakiba@yahoo.com
***داوود شجاعی زاده:** استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). shojae5@yahoo.com
رویا صادقی: دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. sadeghir@tums.ac.ir
کمال اعظم: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. kazam@tums.ac.ir
فاطمه کیا: کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. mahtabnew5@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۵/۹/۲

چکیده

زمینه و هدف: دیسمنوره به معنی احساس درد غیرمعمول در قسمت تحتانی شکم در هنگام قاعدگی است که می‌تواند باعث توقف فعالیت‌های روزانه فرد شود. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر اصلاح سبک تغذیه‌ای بر کاهش شدت درد قاعدگی در خانم‌های پرسنل درمانی بیمارستان امام خمینی تهران انجام شد. **روش کار:** در این مطالعه مداخله‌ای از نوع قبل و بعد، بعد از مصاحبه با ۱۲۰ نفر از زنان شاغل، ۵۰ نفر با میانگین سنی $31/48 \pm 5/08$ (۴۵-۲۲ سال)، وارد پژوهش شدند. اطلاعات پیش از آزمون از طریق پرسش‌نامه محقق ساخته، مقیاس چند بعدی-کلامی جهت تعیین درجه درد قاعدگی، فرم دیداری ثبت شدت درد و چک لیست ثبت عوارض ناشی از دیسمنوره جمع آوری و سپس برنامه آموزش تغذیه‌ای، به همراه فرم‌های دیداری جهت تکمیل در هر ماه و چک‌لیست ثبت عوارض ناشی از دیسمنوره برای تکمیل در پایان مداخله، در اختیار افراد شرکت کننده قرار گرفت. اطلاعات پس از ۳ ماه، جمع آوری شد و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹، آزمون‌های آماری توصیفی، تی-زوجی و آزمون تکرار مشاهدات در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: مداخله آموزش تغذیه‌ای، باعث کاهش معنی‌دار میانگین شدت درد قاعدگی در افراد شرکت کننده شد ($P < 0/001$). میانگین عوارض ناشی از دیسمنوره نیز بعد از مداخله آموزشی، کاهش معنی‌دار داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مداخله آموزش تغذیه‌ای باعث ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای و کاهش دیسمنوره در زنان مورد بررسی شد، لذا، با توجه به کارایی و مقرون به صرفه بودن، می‌توان استفاده از آن را برای کاهش دیسمنوره اولیه توصیه نمود.

کلیدواژه‌ها: دیسمنوره، شدت درد، مداخله آموزش تغذیه‌ای

مقدمه

بعضی از زنان طی قاعدگی خود با عوارضی نظیر درد شکم، تهوع، استفراغ، سردرد، اختلالات خواب، اختلال در شخصیت و... مواجه می‌شوند که ممکن است به قدری شدید باشد که باعث فروپاشی نظام زندگی فردی و خانوادگی آنان گردد (۱). دیسمنوره اولیه، قاعدگی دردناک بدون حضور علت پاتولوژیک می‌باشد (۲). دیسمنوره در اکثر زنان بعد از یک حاملگی فول ترم بهبود می‌یابد (۳). ابتلای مادر یا خواهر فرد به دیسمنوره نیز احتمال ابتلای وی را افزایش می‌دهد (۴). سابقه مثبت

خانوادگی از عوامل خطر برای دیسمنوره می‌باشد (۵).

سازمان بهداشت جهانی به استفاده از داروهای گیاهی به دلیل عوارض زیاد داروهای شیمیایی، تأکید بسیار نموده است (۶). Geri نیز در مطالعه‌ای به درمان‌های غیردارویی دیسمنوره نظیر ویتامین B₁، ویتامین E و روغن ماهی پرداخت (۷). همین‌طور مطالعات بسیاری تأثیر گیاهان مختلف مانند ویتاگنوس بابونه، زیره سبز، رازیانه و... بر کاهش دیسمنوره را به اثبات رسانده‌اند که از بین آن‌ها می‌توان به مطالعه امیدوار (۸)، رجیبی

نائینی (۹)، سعادت حسینی (۱۰)، عشریه (۱۱) و جنابی (۱۲) اشاره کرد. Zoorbon در یک مطالعه مداخله‌ای در آمریکا، تأثیر ترکیب گیاهی شامل زیره ی سبز، آویشن و مریم گلی را بر علائم قاعدگی بررسی کرد و نتیجه گرفت که ترکیب گیاهی فوق در درمان دیسمنوره مؤثر می‌باشد (۱۳).

با توجه به اهمیت رژیم غذایی و اثرات طولانی مدتی که می‌تواند بر دیسمنوره در زنان جوان به جا گذارد، مطالعاتی نیز در خصوص ارتباط بین عناصر غذایی و علائم شایع قاعدگی صورت گرفته است (۱۴). Fjerbaek در مطالعه‌ای نشان داد زنان جوانی که از خوردن صبحانه خودداری می‌کنند به‌طور معنی‌داری بیش از زنانی که صبحانه می‌خورند، از دیسمنوره رنج می‌برند (۱۵).

اکنون با توجه به مطالعات انجام شده، افزایش روزافزون زنان شاغل در جامعه، شیوع بالای دیسمنوره اولیه و ناتوانی در فعالیتهای روزمره ناشی از آن، عوارض داروهای معمول در درمان دیسمنوره و اینکه تاکنون مطالعه‌ای در زمینه ارزیابی اثر مداخله آموزش تغذیه‌ای بر کاهش شدت دیسمنوره یافت نشده و این مسئله مهم‌ترین جنبه نوآوری این تحقیق می‌باشد، بررسی دقیق جهت دستیابی به درمانی کم‌عارضه تر و در عین حال مؤثر بر کاهش دیسمنوره اولیه را می‌طلبند. لذا، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزش تغذیه بر ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای و کاهش شدت درد قاعدگی در زنان پرسنل درمانی بیمارستان امام خمینی انجام شد.

روش کار

این پژوهش توصیفی-تحلیلی، مداخله‌ای و از نوع قبل و بعد بود که بعد از مصاحبه با ۱۲۰ نفر از پرسنل درمانی خانم شاغل در مجتمع درمانی امام خمینی، در روزهای متوالی، ۵۰ نفر با میانگین سنی $31/48 \pm 5/08$ (۴۵-۲۲ سال) که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، وارد پژوهش شدند. این مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفت و گواهی آن با شماره IR.TUMS.REC.1394.1453 در تاریخ

بررسی در نظر گرفته شد. محقق در طول ۳ ماه، سه جلسه آموزشی ماهانه و ۶-۵ تماس تلفنی و پیامک با واحدهای مورد پژوهش جهت یادآوری نکات توصیه شده و رفع ابهامات احتمالی داشت. اطلاعات پس از ۳ ماه جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹، آزمون‌های آماری توصیفی، تی-زوجی و آزمون تکرار مشاهدات در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۵۰ نفر خانم واجد شرایط شرکت کردند که به علت پیگیری‌های متعدد محقق و جلب همکاری و مشارکت افراد مورد بررسی هیچ‌گونه ریزشی در تعداد نمونه ایجاد نشد. افراد در محدوده سنی بین ۲۲-۴۵ سال با میانگین سنی ۳۱/۴۸ سال و انحراف معیار ۵/۰۸ سال بودند و نمایه توده بدنی آن‌ها بین ۳۰/۸۳-۱۶/۱۴ با میانگین ۲۲/۵۰ و انحراف معیار ۲/۸۶ بود. اطلاعات مربوط به تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه زایمان و سابقه دیسمنوره در فامیل درجه یک در جدول ۱ آورده شده است.

در بررسی دریافت گروه‌های غذایی مؤثر بر کاهش شدت دیسمنوره نتایج آزمون تی-زوجی برای افزایش مصرف این گروه غذایی در افراد مورد مطالعه، قبل و بعد از مداخله آموزشی حاکی از اختلاف معنی‌دار بود ($p < 0/001$) و برای کاهش مصرف گروه غذایی افزایش‌دهنده شدت دیسمنوره قبل و بعد از مداخله آموزشی نیز این آزمون اختلاف

در ابتدای پژوهش توسط محقق به صورت مصاحبه تکمیل گردید و نزد محقق باقی ماند. ۳- فرم‌های ثبت شدت درد (Analogue Scale- Visual) (VAS) (۱۸). ۴- چک‌لیست‌های ثبت عوارض همراه با دیسمنوره.

اطلاعات پیش‌آزمون از طریق پرسش‌نامه، مقیاس چندبعدی- کلامی، چک‌لیست عوارض و فرم دیداری ثبت شدت درد، جمع‌آوری شد. بعد از یک جلسه آموزشی و توجیهی در قالب گروه‌های ۴-۵ نفره، برنامه‌ی مداخله آموزشی تغذیه‌ای که بعد از مشاوره با کارشناس تغذیه به صورت CD آموزش و پمفلت تهیه شده بود، به همراه فرم‌های دیداری جهت تکمیل در هر ماه و چک‌لیست ثبت عوارض ناشی از دیسمنوره برای تکمیل در پایان مداخله، در اختیار افراد شرکت‌کننده قرار گرفت. مداخله تغذیه‌ای ارائه شده شامل محدودیت استفاده از گوشت قرمز (گوسفند-گوساله-گاو)، مواد غذایی سرخ‌شده، انواع نوشابه‌های گازدار، انواع شکلات، کاکائو و شیرینی‌جات (عسل و خرما به مقدار کم اشکالی نداشت)، فلفل، نمک فراوان، غذاهای پرادویه و پرچاشنی (رب گوجه‌فرنگی، رب انار و...)، قهوه، نسکافه و چای پررنگ بود و در مقابل توصیه به استفاده بیشتر از گوشت سفید (مرغ، ماهی،...)، لبنیات (شیر، ماست،...)، تخم‌مرغ، سبزیجات تازه (سبزی‌های برگ سبز،...)، میوه و آبمیوه طبیعی (پرتقال، گریپ‌فروت،...)، نان سبوس‌دار، مغزها، جوانه‌ها و حبوبات بود. زمان رعایت این نکات از یک هفته مانده به تاریخ احتمالی قاعدگی تا روز پنجم قاعدگی فرد مورد

جدول ۱- اطلاعات زنان بررسی شده در گروه مورد مطالعه

وضعیت	سطوح وضعیت	فراوانی مطلق	درصد فراوانی
تحصیلات	پایین تر از لیسانس	۳	۶
	لیسانس	۴۳	۸۶
وضعیت تأهل	بالتر از لیسانس	۴	۸
	مجرد	۲۴	۴۸
سابقه زایمان	متاهل	۲۶	۵۲
	بلی	۱۵	۳۰
سابقه دیسمنوره در فامیل درجه ۱	خیر	۳۵	۷۰
	بلی	۴۰	۸۰
جمع	خیر	۱۰	۲۰
	جمع	۵۰	۱۰۰

داشت ($p < 0.001$) (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بسیاری از بیماران مبتلا به دیسمنوره اولیه با توجه به عوارض داروهای شیمیایی ترجیح می‌دهند از روش‌های دیگری جهت کاهش درد و سایر عوارض ناشی از قاعدگی استفاده کنند. مطالعات مختلف تأثیر تغذیه بر جنبه‌های مختلف سلامتی را به اثبات رسانده‌اند؛ مانند نتایج مطالعات توسلی در سال‌های ۲۰۱۳ و ۲۰۱۰ (۱۹ و ۲۰)، طلائی (۲۱) و علیزاده سیوکی (۲۲). منسوریان نیز در مطالعه‌ای تأثیر آموزش تغذیه بر کم‌خونی فقر آهن

معنی‌دار را نشان داد ($p < 0.001$) (جدول ۲).

در بررسی شدت درد قاعدگی، هدف از مداخله کاهش شدت درد بود. مقایسه میانگین و میانگین تکرار مشاهدات شدت درد در مقاطع زمانی: شروع قاعدگی، ۲۴ ساعت، ۴۸ ساعت و ۷۲ ساعت پس از شروع قاعدگی، اختلاف معنی‌دار، قبل و بعد از مداخله آموزشی را نشان داد ($p < 0.001$) (جدول ۳).

در بررسی عوارض همراه با دیسمنوره (خستگی، تهوع، استفراغ...)، هدف از انجام مداخله آموزشی کاهش این علائم بود. در زمینه مقایسه میانگین عوارض مربوطه، قبل و بعد از مداخله آموزشی، در آزمون آماری تی- زوجی اختلاف معنی‌دار وجود

جدول ۲- توصیفی تحلیلی مقایسه میانگین نمرات و انحراف معیار دریافت مواد غذایی موثر بر دیسمنوره قبل و بعد از مداخله

متغیر	قبل از مداخله		بعد از مداخله		سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مواد غذایی موثر بر کاهش شدت دیسمنوره	۴/۳۶	۰/۷۹۲	۵/۸۱	۰/۳۹۸	<۰/۰۰۱
مواد غذایی موثر بر افزایش شدت دیسمنوره	۶/۰۹	۰/۹۲۵	۴/۷۸	۰/۸۷۶	<۰/۰۰۱

جدول ۳- توصیفی میانگین و مقایسه میانگین تکرار مشاهدات شدت درد قاعدگی قبل و بعد از مداخله آموزشی

شدت درد	قبل از مداخله		بعد از مداخله		سطح معنی داری
	میانگین (انحراف معیار)	سیکل اول میانگین (انحراف معیار)	سیکل دوم میانگین (انحراف معیار)	سیکل سوم میانگین (انحراف معیار)	
شروع قاعدگی	۷/۸۶ (۲/۱۳۸)	۶/۸۲ (۲/۵۶۹)	۵/۷۸ (۲/۲۰۷)	۴/۳۸ (۱/۹۰۵)	<۰/۰۰۱
۲۴ ساعت بعد	۷/۶۶ (۱/۹۱۲)	۶/۶۲ (۲/۳۰۳)	۵/۵۸ (۲/۰۱۱)	۳/۹۸ (۱/۷۴۴)	<۰/۰۰۱
۴۸ ساعت بعد	۶/۶۰ (۲/۰۹۰)	۵/۳۶ (۲/۲۸۴)	۴/۱۸ (۱/۹۲۴)	۲/۷۶ (۱/۶۲۳)	<۰/۰۰۱
۷۲ ساعت بعد	۴/۸۴ (۲/۳۵۱)	۳/۸۶ (۲/۳۹۱)	۲/۸۸ (۲/۰۴۷)	۱/۵۸ (۱/۵۵۳)	<۰/۰۰۱

جدول ۴- مقایسه میانگین عوارض دیسمنوره قبل و بعد از مداخله

متغیرها	قبل از مداخله		بعد از مداخله		سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
درد	۲/۳۶	۰/۶۹۳	۱/۳۲	۰/۵۵۱	<۰/۰۰۱
خستگی	۲/۲۰	۰/۷۲۸	۱/۳۰	۰/۷۳۵	<۰/۰۰۱
تهوع	۱/۰۲	۰/۷۶۹	۰/۴۰	۰/۴۹۵	<۰/۰۰۱
استفراغ	۰/۴۴	۰/۶۷۵	۰/۰۸	۰/۲۷۴	<۰/۰۰۱
بیحالی	۱/۷۰	۰/۷۶۳	۱/۰۸	۰/۷۵۲	<۰/۰۰۱
اسهال	۰/۷۸	۰/۹۵۴	۰/۲۶	۰/۴۸۷	<۰/۰۰۱
سر درد	۲/۱۰	۱/۰۱۵	۱/۰۶	۰/۶۸۲	<۰/۰۰۱
تغییر عصبی	۲/۴۴	۰/۶۷۵	۱/۴۶	۰/۶۴۶	<۰/۰۰۱
گر گرفتگی	۱/۰۴	۰/۹۲۵	۰/۴۶	۰/۷۰۶	<۰/۰۰۱
گرفتگی بینی	۰/۶۶	۰/۸۷۲	۰/۳۸	۰/۶۳۵	<۰/۰۰۱
سنکوپ	۱/۳۲	۰/۸۹۱	۱/۶۸	۰/۵۵۱	<۰/۰۰۱

مصرف گوشت قرمز، نمک، شکلات و قهوه بر افزایش دیسمنوره و درعین حال مصرف غذاهای سبوس‌دار، ماهی و خشکبار در کاهش دیسمنوره، تأیید می‌کند. مطالعه Kaur و Jonathan در مورد تأثیر استفاده از نمک بر افزایش دیسمنوره با تحقیق حاضر هم‌خوانی داشت ولی در رابطه با تأثیر استفاده از لبنیات بر افزایش دیسمنوره با تحقیق حاضر هم‌خوانی وجود نداشت. مکمل‌های غذایی مانند ویتامین‌ها که به‌وفور در مواد غذایی مختلف وجود دارند در اداره دیسمنوره نقش دارند. Zakeri Hamidi در مطالعه‌ای کمبود ویتامین B₁ (تیامین) را با التهاب اعصاب لگنی و دیسمنوره در ارتباط دانست (۳۲)، Douglass نیز در مطالعه‌ای که در کانادا انجام شد نتیجه گرفت کمبود ویتامین B₆ منجر به افزایش سطح پرولاکتین شده و در ایجاد ادم و علائم روحی ناشی از دیسمنوره تأثیر دارد و با دیگر ویتامین‌های گروه B مانند نیاسین، اسید فولیک، کوبالامین و... در اداره درد قاعدگی مؤثر می‌باشند (۳۳). Abassinia نشان داد که ویتامین E به تنظیم هورمون‌های گردش خون در زمان قاعدگی کمک می‌کند. مصرف مکمل ویتامین E به میزان ۴۰۰ واحد در روز باعث کاهش درد قاعدگی و همین‌طور رنجش عصبی، سردرد، خستگی، کم‌خوابی، تندر نس پستان‌ها، اضطراب و بی‌اشتهایی می‌شود (۳۴). Akhlagy نیز در مطالعه‌ای که بر روی ۲۲۰ زن انجام داد، اثر ترکیبی از ۳۰۰ میلی‌گرم ویتامین C و ۶۰ میلی‌گرم فلاونوئید در روز در تسکین دردهای قاعدگی را بررسی و نتیجه گرفت که به میزان ۹۰ درصد در کاهش درد قاعدگی مؤثر بوده است (۳۵). نان و غلات سبوس‌دار، تخم‌مرغ، حبوبات (نخودولوبیا...)، سویا، ماهی سالمون، ماهی آزاد، آجیل، بروکلی و موز سرشار از ویتامین B و مرکبات و توت‌فرنگی، نیز سرشار از ویتامین C می‌باشند. همچنین مغزها، حبوبات، غلات سبوس‌دار، میوه‌ها و سبزی‌ها نیز منبع خوب ویتامین E می‌باشند. نتایج این مطالعات تأثیر تغذیه و مکمل‌ها را بر کاهش دردها و سایر علائم قاعدگی تأیید می‌کنند که با نتایج حاصل از مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر مواد غذایی ذکرشده

در دانش آموزان دختر مدارس راهنمایی شهر گرگان را بررسی کرد (۲۳). از آنجا که مطالعات نشان‌دهنده تأثیر مثبت رژیم غذایی بر دیسمنوره نیز می‌باشد، شناخت اثرات رژیم غذایی بر این بیماری ضروری است. Kim، در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ انجام داد قطع الکل را در کاهش دیسمنوره مفید دانست (۲۴). همین‌طور Latthe و همکارانش مصرف الکل را از عوامل خطر اصلاح‌پذیر دیسمنوره می‌دانند (۲۵). Rahbar نیز در پژوهشی که در سال ۲۰۱۲ انجام شد مصرف زیاد ماهی، تخم‌مرغ، بادام، پسته، میوه‌ها و سبزیجات، حبوبات، کلسیم، منیزیم و پروتئین را در رفع دیسمنوره مؤثر دانست (۲۶). سایر محققین نیز به دلیل وجود مواد مفیدی مانند اسیدهای چرب، کلسیم، منیزیم و ویتامین‌های موجود در خشکبار (مانند ویتامین E، B₆ و...) مصرف آن‌ها را برای کاهش دیسمنوره مفید دانسته و به افراد توصیه کرده‌اند که از این مواد در رژیم غذایی خود استفاده کنند (۲۷).

نتیجه مطالعات ذکرشده، یافته‌های مطالعه حاضر را مبنی بر اثر مصرف تخم‌مرغ، مغزها، ماهی، میوه، سبزیجات، حبوبات و لبنیات که منبع کلسیم هستند در کاهش دیسمنوره تأیید می‌کند. Durain حذف مواد غذایی شور و نمک‌دار را در کاهش دیسمنوره مؤثر دانست (۲۸). نتایج مطالعه Molazem نیز نشان داد شدت دیسمنوره با میزان مصرف ماهی و خشکبار رابطه معکوس و معنی‌دار و با میزان مصرف خیار شور و لبنیات رابطه مستقیم و معنی‌دار داشته است و با افزایش مصرف این مواد غذایی، شدت دیسمنوره افزایش می‌یابد (۲۹). Kaur نیز در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ انجام داد نشان داد مصرف لبنیات با بروز اختلالات و ناآرامی‌های قبل از قاعدگی ارتباط داشته است و محققین کاهش دریافت نمک و لبنیات را برای کاهش بی‌قراری، نفخ و احتباس مایعات قبل از قاعدگی توصیه کرده بودند (۳۰). Jonathan، کاهش مصرف گوشت قرمز، شکلات و قهوه و افزایش مصرف غذاهای سبوس‌دار را در رفع دیسمنوره اولیه مؤثر دانسته است (۳۱). این مطالعات نیز نتیجه مطالعه حاضر را مبنی بر تأثیر

بر دیسمنوره همخوانی دارد.

حال در پژوهش حاضر سعی شد که تغییر عملکرد افراد در جهت اصلاح سبک تغذیه خود و تأثیر آن بر شدت دیسمنوره و عوارض ناشی از آن بررسی شود؛ بنابراین تأثیر مواد غذایی مؤثر بر کاهش شدت دیسمنوره و عوارض آن مطرح شده است (گروه غذایی ۱) که هرچه استفاده از این گروه غذایی بیشتر باشد درد کمتر می‌شود و هرچه استفاده از غذاهای افزایش‌دهنده شدت دیسمنوره (گروه غذایی ۲) کاهش یابد شدت درد نیز کاهش می‌یابد. هدف از انجام مداخله آموزشی نیز تشویق افراد به اصلاح سبک تغذیه خود در جهت افزایش مصرف گروه غذایی ۱ و کاهش مصرف گروه غذایی ۲ بود.

در پایان، سؤالات بخش تغذیه قبل از مداخله و همین‌طور بعد از مداخله با هم جمع شد و نمره این بخش به‌طور مجزا محاسبه گردید. بر طبق جدول ۲ میانگین امتیاز کسب شده افراد مورد پژوهش در افزایش مصرف گروه غذایی ۱ (سبزیجات و...) از ۴/۳۶ به ۵/۸۱ رسید، یعنی در اثر مداخله آموزشی، استفاده افراد مورد مطالعه از مواد غذایی مؤثر بر کاهش دیسمنوره به سطح مطلوبی رسیده است و آزمون آماری تی زوجی نیز نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار در زمینه مقایسه میانگین استفاده از این مواد قبل و بعد از مداخله آموزشی بود. همین‌طور میانگین امتیاز کسب شده افراد در کاهش مصرف مواد غذایی ۲ (شکلات، گوشت قرمز،...) از ۶/۰۹ به ۴/۷۸ رسید یعنی در اثر مداخله آموزشی، استفاده افراد مورد مطالعه از این گروه غذایی کاهش یافت و آزمون تی زوجی نیز نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار در زمینه مقایسه میانگین دریافت این مواد قبل و بعد از مداخله آموزشی بود.

این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که باید در زمینه ارتقاء سلامت جسمی و روانی زنان جامعه که مسئولیت‌های اجتماعی و خانوادگی آنان قابل‌انکار نیست توجه بیشتر و سرمایه‌گذاری لازم انجام شود. البته آگاهی تغذیه‌ای تنها عاملی نیست که بتواند به تنهایی عملکرد تغذیه‌ای افراد را تحت تأثیر قرار دهد. Esfarjani معتقد است که گاهی

عواملی همچون سلیقه غذایی، دوستان یا دسترسی نداشتن به مواد غذایی سالم یا بسته‌بندی‌های جذاب و... در رفتارهای غذایی تأثیرگذارند (۳۶)؛ بنابراین تحقیق بر روی ترجیحات غذایی افراد و مطالعه عوامل محیطی مؤثر بر رفتار نیز می‌تواند در بهبود عملکرد تغذیه‌ای بانوان مؤثر باشد.

در بررسی میزان رضایت از مداخله در پایان سیکل سوم، واحدهای پژوهش رضایت خود را از مداخله به‌صورت: ۲۶ درصد کاملاً مؤثر، ۶۴ درصد مؤثر و ۱۰ درصد با تأثیر اعلام نمودند. لازم به ذکر است که هیچ‌کدام از افراد شرکت‌کننده، مداخله را بدون تأثیر ندانستند.

پژوهش حاضر با اتکا بر گفته‌ی واحدهای پژوهش در مورد سلامت خودشان، کاربرد صحیح و منظم و به‌موقع توصیه‌های غذایی و روش طبخ و ثبت شدت درد بود و با توجه به اینکه گزارش شدت درد و عوارض جانبی به کمک معیار سنجش درد و پرسش‌نامه توسط خود واحد پژوهش گزارش می‌گردید که می‌تواند محدودیت محسوب گردد. برای کاهش این محدودیت با استفاده از جدول سیستم نمره‌گذاری چندبعدی-کلامی در همان ابتدای کار محقق خود به‌صورت مصاحبه فقط کسانی را وارد مطالعه نمود که شدت درد درجه ۲ یا ۳ داشتند، ضمن اینکه با دادن آموزش لازم به واحدهای پژوهش و پیگیری مرتب آن‌ها توسط محقق و بادر نظر گرفتن احتمال ریزش در تعیین حجم نمونه این محدودیت به‌طور نسبی کنترل شد.

به دلیل اینکه این تحقیق از نوع مداخله آموزشی تغذیه‌ای بود و با توجه به نوع تحصیلات افراد مورد پژوهش (پزشکی و پیراپزشکی) و امکان سوگیری توسط واحدهای پژوهش، مداخله از نوع قبل و بعد انتخاب شد. نداشتن گروه شاهد یا کنترل یکی دیگر از محدودیت‌های مهم این پژوهش بود. البته حجم نمونه مطلوب و وجود گروه شاهد از جمله نقاط قوت یک مطالعه است، لذا با توجه به شیوع بالای دیسمنوره و تأثیر رژیم غذایی بر شدت دیسمنوره توصیه می‌گردد این مطالعه با تعداد نمونه بیشتر و همراه با گروه شاهد تکرار شود. نتایج این تحقیق بیانگر تأثیر مداخله آموزشی

fennel and mefenamic acid on primary dysmenorrhea. *J Rafsanjan Univ Med Sci*; 2006.1(5):1-6. [Persian].

7. Geri H. Managing primary dysmenorrhea. *Pediatradolesc Gyn*; 2006.19:342.

8. Omidvar S, Esmailzadeh S, Baradaran M, Basirat Z. Effect of fennel on pain intensity in dysmenorrhoea: A placebo-controlled trial. *An Inte Quarterly J Research in Ayurveda*; 2012.33(2):311-3.

9. Rajabi Naiini M. The effect of brshedt capsule on menstrual bleeding dysmenorrhea and cumin consumers IUD. *Complementary Med J quarterly*; 2013. 3. [Persian].

10. Saadat Hosseini M, Sadeghi aval shahr H, Kheir khah M, Saadat Hosseini E. The effect of aromatherapy with rose oil on primary dysmenorrhea. *Complementary Med J quarterly*; 2014.2. [Persian].

11. Ashrieh Z. Comparison of the impact of mefenamic acid capsule and MC capsule on the severity of primary dysmenorrhea. *Teh. Unive; Med scie, sch. nursing and midwifery*; 2009.32-35:26-27.[Thesis].

12. Jenabi E, Ebrahimzadeh S. Chamomile tea for relief of primary dysmenorrhea. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*; 2010.13(1):39-42. [Persian].

13. Zoorbon GK. Herbal preparation to relive inflammation and smooth muscle contraction. 2006/124. Retrieved 5 15, 2011, from <http://www.free patent on line.com/y 2006/0188588/html>

14. Fujiwara T. Diet during adolescence is a trigger for subsequent development of dysmenorrhea in young women. *Int J Food Sci Nutr*; 2007.58(6):437-44.

15. Fjerbaek A, Knudsen UB. Endometriosis, dysmenorrhea and diet, what is the evidence? *Eur J Obst Gyn Reprod Biol*; 2007.132(2):140-7.

16. Safari A, Shah Rezaei Gh, Damavandi A. Comparison of the effects of vitamin E and mefenamic acid on the severity of primary dysmenorrheal. *J Army Univ Med Sci I R Iran*; 2006.4(13):735-8. [Persian].

17. Anderech and Milson L. An epidemiologic study of young woman with dysmenothea. *Am J Obs Gyn*; 2003.144:659.

18. Suetlana V, Hortensia R, Sergio FH, Mariadel A, Marcela G, Chavez S, et al. Effect of psiddi guajavae folium extract in the treatment of primary dysmenorrhea. *Journal abbreviation*; 2006:305-6.

19. Tavasoli E, Reesi M, Javad zadeh H, Mazaheri M, Gharli pour Z, Ghasemi S, et al. The effect of the health belief model-based education & improvement of consumption of fruits and vegetables, an interventional study. *Med Sciences-Faculty of health*; 2013.1(2):29-35. [Persian].

20. Tavasoli E, Hasan zadeh A, Ghiasvand R, Tol A, Shojaei Zadeh D. Training impact based on

تغذیه‌ای بر تغییر عملکرد بانوان نسبت به ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای خود و به دنبال آن کاهش شدت دیسمنوره و عوارض ناشی از آن بود. با توجه به تمایل بیشتر افراد به استفاده از روش‌های غیرتهاجمی، به‌خصوص افرادی که در مصرف داروهای شیمیایی با عوارض دارویی روبه‌رو می‌شوند و یا تمایل به استفاده از مواد شیمیایی ندارند، این روش

می‌تواند مفید باشد. لذا، با توجه به کار آیی و مقرون‌به‌صرفه بودن آن، می‌توان استفاده از آن را برای کاهش دیسمنوره اولیه و درمان این مشکل شایع زنان توصیه نمود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد (طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران) می‌باشد. ضمن قدردانی و تشکر ویژه از استاد ارجمند و گرامی سرکار خانم دکتر آذر طیل به خاطر راهنمایی‌های عالمانه و بی‌دریغ ایشان، بدین‌وسیله از روسا و معاونین آموزشی و پژوهشی، پزشکان، سرپرستاران و کارکنان پرستاری بیمارستان امام خمینی و همچنین کلیه کسانی که در طراحی، اجرا و ارزشیابی این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

1. Donald Mehlisch A, Teresa P. Analgesia with ibuprofen arginate versus conventional ibuprofen for patients with dysmenorrhea." *Current therapeutic research*; 2003.64:328.

2. Berek J, Berek and Novak's Gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2012:390-400.

3. Speroff L, Fritz MA. Clinical Gynecology Endocology & Infertility. 8th ed. New York; Lippincott Willams & Wilkins; 2011.

4. Mishell D, Gookwin M, Brenner P. Management of common problems in obstetrics and gynecology. 2002:237.

5. Robert S, Hodgkiss C, Dibenedetto A, Lee E. Managing dysmenorrheal in young women. *The Nurse Practitioner*; 2012.37(7):47-52.

6. Modaresnejad V, Motamedi B, Asaddipour M. Comparison between the pain- relief effect of

on the mood symptoms of premenstrual syndrome. *J. Urmia Nursing and Midwifery Faculty*; 2013.1(3).

35. Akhlagy F, Zirak N, Nazemian Sh. The effect of vitamin E in the treatment of primary dysmenorrhea *J the Faculty of nursing and midwifery, Tehran Unive Med Scie of life*; 2009.15(1):13-9.

36. Esfarjani F, Golestan B, Rasouli B, Roustaei R, Derakhshani K. Surveying the efficacy of education on nutritional knowledge and performance of adolescent girls. *Pajouhandeh*; 2004.91(37):21-9. [Persian].

health belief model on preventive promotion of nutritional behaviors of cardiovascular disease in women housewife in Isfahan. *J. the Faculty of health and Health Research Ins*; 2010.8(3):11-23. [Persian].

21. Dini Talatappeh H. Knowledge, beliefs and behavior of food consumption among students of military unive; the application of health belief model (HBM). *Ir. J. Military Med*; 2012.14(3): [Persian].

22. Alizadeh Siuki H. Effects of health education based on health belief model on nutrition behaviors of primary school students in Torbat e Heydariyeh city in 2012. *J. Health and hygiene*; 2014.5(4):289-99. [Persian].

23. Mansourian M, Shafieyan Z, Qorbani M, Rahimzadeh Bazraki H, Charkazi R, et al. Effect of nutritional education based on HBM model on anemia in Golestan girl guidance school students; 2013.

24. Kim Y, Lee M, Yang Hur M. Self-aromatherapy massage of the abdomen for the reduction of menstrual pain and anxiety during menstruation in nurse: A placebo-controlled clinical trial. *European J Integ Med*; 2011.3:e165-e168.

25. Latthe P, Champaneria R, Khan K. Dysmenorrhoea. *BMJ*; 2011.2:813.

26. Rahbar N, Asgharzadeh N, Ghorbani R. Effect of omega-3 fatty acids on intensity of primary dysmenorrheal. *Intern J Gyn Obs*; 2012.117:45-7.

27. Woolven L. *The smart women's guide to PMS and pain-free periods*. Ontario: John Wiley and Sons; 2008:129- 130.

28. Durain D. Primery dysmenorrhea: Assessment and management update. *J Midwifery Womens Health*; 2004.49(6):520-8.

29. Molazem Z, Alhani F, Anoosheh M, Vagharseyyedin A. Epidemiology of dysmenorrhea with dietary habits and exercise. *Research J Med scie, Zahedan*; 2010.13(3):

30. Kaur G, Gonsalves L, Thacker HL. Premenstrual dysphoric disorder: A review for the treating practitioner. *Cleve Clin J Med*; 2004.71(4):303-21.

31. Jonathan, (Burke and Jonathan), *Women's diseases*, Burke and Novak, 2012:275.

32. Zakeri Hamidi S, Ziaei, M, Kazemnejad A. The therapeutic effect of vitamin E on gastrointestinal symptoms associated with primary dysmenorrhea. *Ardabil Univ Med Scie J*; 2006.6(4):374-8.

33. Douglass. Premenstrual syndrome. *Canadian Family Physician*. Ford O. Lethaby A. Roberts H. Mol B.W. 2012; Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*; 2002.3:CD003415.

34. Abassinia K, Kheirkhah M, Jahdi F, Aghahosseini F, Hassani M. The effect of perforan

The impact of nutritional style modification on reducing the severity of menstrual pain in health personnel of Imam Khomeini hospital- Tehran

Shila Shakiba, MSc Student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran. mohandesi_shakiba@yahoo.com

***Davood Shojaeizadeh**, PhD, Professor, School of Public Health, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran (*Corresponding author). Shojae5@yahoo.com

Roya Sadeghi, PhD, Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran. Sadeghir@tums.ac.ir

Kamal Azam, PhD, Associate Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran. Kazam@tums.ac.ir

Fatemeh Kia, MSc Student, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran
Mahtabnew5@yahoo.com

Abstract

Background: Dysmenorrhea implies to the unusual feeling of pain in the lower abdomen during menstruation which can cause the person to stop her daily activities. This study aimed to determine the impact of nutritional style modification on reducing the severity of menstrual pain in female health personnel of Imam Khomeini hospital.

Methods: In this interventional study, after interviewing 120 employed people, 50 individuals with an average age of 31.48 ± 5.08 (22-45 years) entered the study.

Test information was gathered through a questionnaire, multidimensional scale to determine the degree of menstrual pain, visual form and registration checklist that registered pain severity of dysmenorrhea. The nutritional education program, along with visual form was given to the participants to complete each month and the registration checklist of dysmenorrhea to complete at the end of the intervention. After 3 months, data was collected and analyzed using spss software version 19, descriptive test, paired T-test and anova repeated measure test. $P < 0.05$ was considered as significant level.

Results: Nutritional education intervention, made a significant reduction in the average severity of menstrual pain in participants ($p < 0.001$). Complications of dysmenorrhea after the intervention showed a significant reduction ($p < 0.001$).

Conclusion: Nutritional education intervention makes the promotion of nutritional behaviors and reduces dysmenorrhea in women. Therefore, with regard to its cost-effectiveness and efficiency, you can use it to reduce dysmenorrhea.

Keywords: Educational intervention, Dysmenorrhea, Severity of pain