DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2443 Published by Vesnu Publications

تأثیر آموزش همسران بر انجام فعالیت بدنی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی

هاجر رضایی[۱]، مریم عمیدی مظاهری[۲]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سندرم قبل از قاعدگی (Premenstrual syndrome یا PMS) ترکیبی ازاختلالات جسمی، عصبی و روانی است که بر سازگاری اجتماعی، ارتباط درون فردی، فعالیت‌های طبیعی و کیفیت زندگی فرد تأثیر منفی می‌گذارد. فعالیت بدنی یکی از شیوه‌های مناسب در جهت کنترل علایم این سندرم می‌باشد. با توجه به اهمیت مشارکت همسران در بهداشت باروری و ارتقای سلامت زنان، پژوهش حاضر به بررسی تأثیر آموزش همسران بر انجام فعالیت بدنی در زنان مبتلا به PMS پرداخت.

روش‌ها: این مطالعه از نوع نیمه تجربی بود که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. نمونه‌های مطالعه شامل ۱۰۰ زوج در سن باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان فلاورجان بود که به طور تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. همسران گروه آزمون طی دو جلسه در زمینه فعالیت بدنی در کنترل علایم PMS آموزش دیدند. اطلاعات علایم PMS و ورزش به ترتیب با استفاده از پرسش‌نامه سنجش PMS (Premenstrual syndrome assessment یا PSA) و طرح سبا وزارت بهداشت قبل و سه ماه بعد از مداخله جمع‌آوری شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: افزایش معنی‌داری در انجام فعالیت بدنی زنان گروه آزمون بعد از مداخله مشاهده شد ($P < ۰/۰۰۱$)، اما میزان شاخص توده بدنی (Body mass index یا BMI) کاهش معنی‌داری را نسبت به قبل و نسبت به گروه شاهد نشان نداد. علایم جسمی و روحی- رفتاری در گروه آزمون به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد گزارش گردید ($P < ۰/۰۵۰$).

نتیجه‌گیری: مردان به عنوان یک رابط آموزشی، به خوبی توانسته بودند زنان را به انجام فعالیت بدنی تشویق نمایند و علایم PMS را در آنان کاهش دهند. پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی ویژه مردان جهت تشویق زنان به ورزش در سیستم بهداشت و درمان اجرا گردد.

واژه‌های کلیدی: آموزش، سندرم پیش از قاعدگی، همسر، فعالیت فیزیکی

ارجاع: رضایی هاجر، عمیدی مظاهری مریم. **تأثیر آموزش همسران بر انجام فعالیت بدنی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۶؛ ۱۳ (۱): ۳۱-۲۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۹/۷

مقدمه

یکی از مسایل بهداشتی بسیار مهم زنان، سندرم قبل از قاعدگی (Premenstrual syndrome یا PMS) می‌باشد (۱) که رخدادی دوره‌ای و ترکیبی از اختلالات جسمی، عصبی و روانی است و بر سازگاری اجتماعی، ارتباط درون فردی، فعالیت‌های طبیعی و کیفیت زندگی فرد تأثیر منفی می‌گذارد (۳، ۲) و به طور متوسط یک چهارم زنان را درگیر می‌کند (۴). طبق معیار تشخیصی کالج بیماری‌های زنان آمریکا (American College of Obstetricians and Gynecologists یا ACOG)، برای تأیید PMS، داشتن حداقل یک نشانه عاطفی و یک نشانه جسمانی که با شدت متوسط تا شدید قبل از قاعدگی رخ می‌دهد، نیاز است (۵).

PMS شیوع بالا و رو به رشدی دارد؛ به طوری که میزان فراوانی این سندرم در اغلب مطالعات غربی ۵۰-۲۰ درصد و در مطالعات ایرانی ۷۴/۱ درصد گزارش شده است (۶). این سندرم میلیون‌ها زن را درگیر می‌کند و به عنوان یکی از مهم‌ترین اختلالات در زنان شناخته شده است (۷). برآورد شده است که حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد از زنان در سنین باروری، مشکلات قابل توجهی را در ارتباط با سیکل قاعدگی تجربه می‌کنند. از سوی دیگر، برخی پژوهشگران تخمین می‌زنند که حدود ۲۰ تا ۹۵ درصد زنان به جهات گوناگون به این سندرم مبتلا هستند (۸). PMS نه تنها بر خود فرد، بلکه بر خانواده وی نیز تأثیر می‌گذارد و سبب ایجاد تغییراتی در رفتار زنان می‌گردد که از جمله این آثار می‌توان به ناسازگاری با همسر و بدرفتاری با فرزندان اشاره نمود (۹). نتایج مطالعات انجام شده در مورد اثرات این سندرم گزارش کرده‌اند که PMS باعث ۲۷/۵ درصد کاهش کارایی شغلی، ۲۳/۱ درصد اختلال در روابط کاری، ۸۲/۸ درصد اختلاف با همسر، ۶/۰ درصد اختلاف با فرزند و ۴۱/۰ درصد اختلال در روابط می‌گردد (۱۰).

از آن‌جایی که علت PMS ناشناخته است، هیچ درمان قطعی برای آن وجود ندارد و درمان فقط به صورت علامتی می‌باشد (۱۱). بیش از ۳۰۰ درمان پزشکی، روان‌پزشکی و شناختی برای این سندرم پیشنهاد شده است (۱۲). از جمله درمان‌های غیر دارویی می‌توان به تغییر در رژیم غذایی (کاهش مصرف نمک و چربی حیوانی، کاهش مصرف قهوه و الکل)، ترک سیگار، توصیه به انجام ورزش، کاهش عوامل استرس‌زا و سیستم‌های حمایتی اشاره نمود (۱۴، ۱۳).

۱- دانشجوی دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: مریم عمیدی مظاهری Email: maryamamidi@hlth.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2443]

با در نظر گرفتن عوارض جانبی درمان‌های دارویی و جراحی، درمان‌های غیر دارویی به ویژه فعالیت بدنی، توجه متخصصان و زنان مبتلا را به خود جلب کرده است (۱۵). فعالیت بدنی شیوه مناسبی در درمان PMS و بهترین روش برای همه زنان به منظور کاهش فشار و ایجاد تعادل در ترشحات شیمیایی مغز است. به نظر می‌رسد فعالیت بدنی از طریق افزایش آندروفین‌ها و کاهش کورتیزول آدرنال، منجر به بهبود علایم PMS (افزایش تحمل درد، کاهش اضطراب، افسردگی و دیگر مشکلات) می‌گردد (۱۶). همچنین، تأثیرات مفیدی بر توانایی فرد دارد و ظرفیت عملی او را افزایش می‌دهد و موجب افزایش کارایی ذهن، احساس شادابی و سلامت می‌شود و با ایجاد نگرش خوب به زندگی، سلامت روانی فرد را تأمین می‌کند. زنان بیشتر از مردان تحت تأثیر عوامل روانی فعالیت بدنی قرار می‌گیرند و احساس خوب در آن‌ها بیش از مردان افزایش می‌یابد (۱۶).

نتایج مطالعه Daley نشان داد که انجام ورزش‌های هوازی، می‌تواند به عنوان یک درمان مؤثر بر کاهش علایم جسمی و روحی- رفتاری PMS از جمله اختلال خلق و خو، خستگی، اختلال شناختی و نفخ در نظر گرفته شود (۱۷). همچنین، Kim و Kim در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که انجام ورزش‌های مربوط به لگن، می‌تواند بر کاهش درد PMS مؤثر باشد (۱۸). خادمی و همکاران در پژوهش خود بر تأثیر ۸ هفته ورزش شنا به عنوان یکی از ورزش‌های هوازی در کاهش علایم جسمی مانند سردرد، تورم پستان‌ها و کمردرد پیش از قاعدگی، تأکید کردند (۱۹).

با وجود تمام مزایا، بسیاری از مردم به ویژه زنان هنوز مقدار کمی از اوقات فراغت خود را به فعالیت بدنی می‌پردازند (۲۰). بر اساس گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های کره، میزان مشارکت در فعالیت بدنی با شدت متوسط در مردان و زنان بالاتر از ۱۹ سال به ترتیب ۱۱/۵ و ۱۰/۳ درصد می‌باشد (۲۱). زنان نسبت به مردان به دلایل فیزیولوژیک مانند دوران بارداری، شیردهی و یائسگی، شانس بیشتری برای ابتلا به بیماری‌ها دارند. همچنین، از بیماری‌هایی رنج می‌برند که با نداشتن فعالیت‌های جسمانی مرتبط هستند و از طرف دیگر، فعالیت‌های جسمانی زنان در بیشتر زمینه‌ها کمتر از مردان است (۲۲).

بیشتر مداخلات انجام شده در راستای ارتقای فعالیت بدنی و کنترل علایم PMS، زنان را به طور مستقیم مورد هدف قرار می‌دهد؛ در صورتی که استفاده از کانال‌های مختلف آموزشی، می‌تواند یکی از راهکارهای تقویت تأثیر مداخلات بر افزایش فعالیت بدنی در زنان جهت کنترل علایم PMS در نظر گرفته شود.

یافتن راهکارهای مناسب جهت ارتقای فعالیت بدنی، یکی از دغدغه‌های صاحب‌نظران بوده است. برخی مطالعات نشان داده‌اند که یکی از روش‌های سودمند برای انتقال مطالب آموزشی به زنان، همسران آنان می‌باشند که یکی از اصول مورد تأکید سازمان جهانی بهداشت جهت ارتقای مشارکت مردان در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت زنان در سنین باروری می‌باشد (۲۳). اهمیت نقش همسر در ارایه حمایت اجتماعی و تشویق زنان برای اتخاذ رفتارهای سالم در مطالعات متعدد مورد تأکید قرار گرفته است که از آن جمله می‌توان به مطالعه شریفی‌راد و همکاران در خصوص اتخاذ شیوه زایمان (۲۳) اشاره نمود.

با توجه به اهمیت سلامت زنان سن باروری، در سال‌های اخیر طرحی به نام »سبا» در مراکز بهداشتی- درمانی اجرا می‌گردد و در آن به مقولاتی همچون شیوه زندگی و عادات رفتاری، فعالیت جسمانی، استعمال دخانیات و مواد اعتیادآور، ایمن‌سازی، آلرژی و مواجهات دارویی/ شغلی در زنان پرداخته می‌شود. یکی از اهداف اجرای طرح سبا، ارتقای فعالیت فیزیکی زنان و کاهش علایم PMS می‌باشد. بر اساس جستجوهای صورت گرفته، تاکنون در زمینه تأثیر آموزش مردان در ارتقای فعالیت فیزیکی زنان مطالعه‌ای انجام نشده است. با توجه به شیوع بالای PMS در زنان متأهل و تأثیر علایم این سندرم بر زندگی زناشویی، پژوهش حاضر به بررسی تأثیر آموزش همسران بر انجام فعالیت بدنی در زنان مبتلا به علایم PMS پرداخت.

روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی بود که در سال ۱۳۹۳ بر روی زنان ۴۵-۲۰ ساله متأهل شهرستان فلاورجان انجام شد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده صورت گرفت. در ابتدا ۱۹۰ نفر از زنان مراجعه کننده به ۱۲ مرکز بهداشتی- درمانی سطح شهرستان فلاورجان که دارای پرونده‌های فعال بودند، به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های مرحله اول را تکمیل نمودند.

حجم نمونه طبق رابطه ۱ با توان آزمون ۸۰ درصد و سطح خطای ۵ درصد، برای هر گروه ۴۴ نفر برآورد گردید که با احتساب ۱۰ درصد ریزش، تعداد افراد در گروه آزمون و شاهد به طور جداگانه ۵۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$N = (Z1 + Z2)\ 2\ (2\ S2)/d2$$ رابطه ۱ (۲۴)

معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان با طیف سنی ۴۵-۲۰ سال و ابتلا به PMS، زندگی با همسر، سیکل‌های قاعدگی منظم با فواصل ۳۵-۲۱ روز و طول مدت ۱۰-۳ روز و تمایل همسر به شرکت در برنامه‌های آموزشی بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت از ابتلای زنان به بیماری جسمی و روانی، مصرف دارو و مکمل یا ترکیبات هورمونی، استعمال سیگار و مواد مخدر، استرس شدید مانند فوت نزدیکان یا عمل جراحی در سه ماه اخیر و غیبت همسر در یک جلسه آموزشی در نظر گرفته شد.

در ابتدا پس از دریافت نامه از معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشکده و هماهنگی با مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان فلاورجان، ۱۹۰ نفر از خانوارها به عنوان نمونه‌های انتخابی از طریق شماره خانوارهای موجود در ۱۲ مرکز بهداشتی- درمانی شهرستان فلاورجان انتخاب شدند. محقق بعد از معرفی خود و دادن اطلاعات لازم در مورد مطالعه، پرسش‌نامه را به همراه رضایت‌نامه درون پاکتی به افراد تحویل داد و از آنان درخواست نمود تا پس از تکمیل پرسش‌نامه، آن را به مرکز بهداشت خود تحویل دهند. از میان افراد واجد شرایط، ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند.

اطلاعات مرتبط با علایم جسمی و روحی- رفتاری با استفاده از پرسش‌نامه سنجش PMS (Premenstrual syndrome assessment یا PSA) جمع‌آوری شد. این پرسش‌نامه به عنوان یک ابزار معتبر و مطابق با فرهنگ جامعه ایران، توسط دلارا و همکاران طراحی و راویی و پایایی آن تأیید شده است (۲۵). پرسش‌نامه PSA از دو قسمت تشکیل شده است که قسمت اول مشخصات فردی را اندازه‌گیری می‌کند و قسمت دوم ۳۲ گویه دارد و علایم جسمی (۱۴ گویه) و روحی- رفتاری (۱۸ گویه) مرتبط با PMS را مورد سنجش قرار می‌دهد و به هر گویه بین صفر تا ۳ نمره داده می‌شود (صفر = بدون علامت، ۱ = خفیف، ۲ = متوسط و ۳ = شدید). طبق معیار ACOG، افراد مبتلا به PMS (داشتن حداقل یک نشانه عاطفی و یک نشانه جسمانی با شدت

www.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2443]

متوسط تا شدید) شناسایی شدند (۵). اطلاعات مرتبط با ورزش نیز با استفاده از پرسش‌نامه سبا جمع‌آوری گردید.

پرسش‌نامه سبا ابزار روا و پایایی است که از طرف وزارت بهداشت در مراکز بهداشتی برای ثبت وقایع مهم سلامت بانوان ۶۵-۲۰ ساله ایرانی به کار گرفته می‌شود و شامل مشخصات فردی، تن‌سنجی، شیوه زندگی و عادات رفتاری، فعالیت جسمانی، استعمال دخانیات و مواد اعتیادآور، ایمن‌سازی، آلرژی و مواجهات دارویی/ شغلی می‌باشد. در مطالعه حاضر حیطه فعالیت بدنی سبا انتخاب گردید. در این قسمت فعالیت بدنی در چهار حیطه «فعالیت خانگی، پیاده‌روی، فعالیت در حین کار و ورزش» سنجیده می‌شود و در هر یک از حیطه‌ها وضعیت آزمودنی به صورت مطلوب یا نامطلوب (بر اساس شدت و مدت فعالیت) گزارش می‌گردد.

منظور از فعالیت خانگی مواردی مانند جارو زدن، تی کشیدن، شستن حیاط یا اتومبیل؛ منظور از پیاده‌روی انواع مختلف مانند رفت و آمد روزانه، گذران اوقات فراغت، ورزش و استفاده از تردمیل؛ منظور از فعالیت در حین کار یعنی این که آیا فرد در محل کار فعالیت فیزیکی دارد و یا شغل وی توأم با فعالیت بدنی (مانند کشاورزی و کارگری) است؟ و منظور از ورزش آن است فرد در طول هفته با هدف ورزش یا تفریح ورزش‌هایی مانند شنا، کوهنوردی، دوچرخه سواری، والیبال، بسکتبال و سایر ورزش‌ها را انجام دهد.

برای تعیین شدت فعالیت، از روش تست صحبت کردن در حین انجام فعالیت جسمانی استفاده گردید. از فرد پرسیده می‌شود آیا زمانی که فعالیت جسمانی انجام می‌دهد، قادر به صحبت کردن می‌باشد یا خیر؟ در صورتی که شخص بتواند به راحتی صحبت نماید یا آواز بخواند، شدت فعالیت وی خفیف و اگر در هنگام صحبت کردن به نفس نفس زدن می‌افتد و نمی‌تواند آواز بخواند، شدت فعالیت فرد متوسط است و اگر قادر به صحبت کردن نمی‌باشد، شدت فعالیت جسمانی از نوع شدید می‌باشد.

بر اساس دستورالعمل پرسش‌نامه فعالیت فیزیکی سبا، به منظور تعیین مطلوب یا نامطلوب بودن میزان فعالیت جسمانی، چنانچه فرد به طور معمول و منظم و مستمر در مجموع ۳ روز در هفته و حداقل ۳۰ دقیقه در روز فعالیت جسمانی با شدت متوسط و بالاتر داشته باشد، در خانه مطلوب علامت زده می‌شود و در غیر این صورت در خانه نامطلوب علامت زده می‌شود و به هر سطح مطلوب، امتیاز ۱ و به هر سطح نامطلوب، امتیاز صفر تعلق می‌گیرد.

جهت آموزش به همسران در گروه آزمون، افراد در قالب گروه‌های ۱۵ نفره تقسیم شدند و با ارایه فیلم آموزشی و روش بحث گروهی و پرسش و پاسخ طی دو جلسه یک ساعته در سالن اجتماعات شبکه بهداشت و درمان در دو نوبت صبح و عصر در روزهای تعطیل، تحت آموزش قرار گرفتند. با توجه به گرفتاری همسران و کمبود فرصت برای شرکت در جلسه آموزشی، مداخله در دو جلسه فشرده اجرا شد که با در نظر گرفتن هدیه جلب مشارکت در هر جلسه، همه گروه‌های ۱۵ نفره همسران در جلسات آموزشی شرکت نمودند. در جلسه اول با ارایه فیلم آموزشی و سخنرانی، در مورد PMS و علایم جسمی و روحی- رفتاری آن و عوامل تشدید کننده این سندرم صحبت شد. در جلسه دوم با استفاده از بحث گروهی، سخنرانی و پرسش و پاسخ، درباره اهمیت ورزش و تأثیر آن در کنترل علایم PMS به طور مفصل توضیح داده شد و از مردان درخواست گردید که همسرانشان را به ورزش تشویق کنند و در آخر جلسه جمع‌بندی کلی از مطالب آموزشی جلسه قبل ارایه شد.

سه ماه بعد از برگزاری جلسات آموزشی دوباره پرسش‌نامه‌ها به زنان هر دو گروه تحویل داده شد و از آنان درخواست گردید که پس از تکمیل پرسش‌نامه آن را به مرکز بهداشت خود تحویل دهند. در این بازه زمانی، پیامک‌هایی توسط محقق به همسران جهت یادآوری مطالب آموزشی در خصوص نقش حمایت همسر و تشویق زنان به انجام ورزش هر دو هفته یک‌بار ارسال شد. با توجه به حجم اندک نمونه‌ها، پرسش‌نامه‌های بازگشت داده نشده به مرکز بهداشت نیز به صورت تلفنی توسط محقق تکمیل گردید. بنابراین، ریزش تعداد نمونه در مطالعه وجود نداشت.

جهت مقایسه متغیرهای جمعیتی در دو گروه از آزمون‌های Independent t، Mann-Whitney و χ^2، برای مقایسه میانگین نمرات علایم جسمی و روحی- رفتاری قبل و بعد در هر گروه از آزمون Paired t، جهت مقایسه میانگین نمرات علایم جسمانی و روحی- رفتاری قبل و بعد از مداخله از آزمون Independent t، جهت اندازه‌گیری میزان فعالیت بدنی و شاخص توده بدنی (Body mass index یا BMI) بین دو گروه قبل و بعد از مداخله از آزمون Mann-Whitney و برای مقایسه ارتباط فعالیت بدنی و BMI در دو گروه قبل و بعد از مداخله نیز از آزمون Wilcoxon استفاده شد. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

با توجه به معیار ورود به مطالعه بر اساس ملاک ACOG، شیوع کلی PMS قبل از مداخله در هر دو گروه ۱۰۰ درصد بود که سه ماه بعد از شروع مداخله، شیوع آن در گروه آزمون ۸۶ درصد و در گروه شاهد ۹۵ درصد برآورد شد. میانگین و انحراف معیار سن زنان در گروه‌های آزمون و شاهد به ترتیب ۵/۵۱ ± ۲۸/۷۶ و ۵/۳۱ ± ۳۰/۳۸ سال بود که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین میانگین سن زنان و مردان دو گروه مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵۰$).

اطلاعات مرتبط به متغیرهای جمعیتی در جدول ۱، اطلاعات مربوط به PMS در جدول ۲، اطلاعات مرتبط با فعالیت فیزیکی در جدول ۳ و اطلاعات مرتبط با BMI در جدول ۴ ارایه شده است.

بر اساس نتایج آزمون Independent t، بین میانگین سن زنان و مردان دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵۰$). همچنین، مطابق با نتایج آزمون Mann-Whitney، بین سطح تحصیلات زنان ($P = ۰/۶۲۰$) و مردان ($P = ۰/۲۲۰$) دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

نتایج آزمون χ^2 نشان داد که بین توزیع فراوانی شغل زنان ($P = ۰/۴۲۰$) و مردان ($P = ۰/۰۸۴$) در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. همچنین، نتایج آزمون Mann-Whitney حاکی از آن بود که سطح درامد خانوار در دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت ($P = ۰/۰۶۲$).

نتایج آزمون Wilcoxon نشان داد که فعالیت بدنی در گروه آزمون قبل و سه ماه بعد از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافت ($P < ۰/۰۰۱$)، اما این تفاوت در گروه شاهد معنی‌دار نبود ($P = ۰/۲۲۰$).

بر اساس نتایج آزمون Wilcoxon، اختلاف آماری معنی‌داری بین میزان BMI در گروه آزمون قبل و سه ماه بعد از مداخله مشاهده نشد ($P = ۰/۰۹۶$). در گروه شاهد نیز این تفاوت معنی‌دار نبود ($P = ۰/۶۵۰$).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2443]

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	زیرمتغیرها	گروه آزمون	گروه شاهد	P
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سطح تحصیلات زنان	زیر دیپلم	۱۰ (۲۰)	۱۲ (۲۴)	۰/۶۲۰
	دیپلم و بالاتر	۴۰ (۸۰)	۳۸ (۷۶)	
سطح تحصیلات مردان	زیر دیپلم	۱۷ (۳۴)	۲۳ (۴۶)	۰/۲۲۰
	دیپلم و بالاتر	۳۳ (۶۶)	۲۷ (۵۴)	
شغل زنان	خانه‌دار	۴۰ (۸۰)	۴۳ (۸۶)	۰/۴۲۰
	شاغل	۱۰ (۲۰)	۷ (۱۴)	
شغل مردان	کارگر	۱۴ (۲۸)	۲۴ (۴۸)	۰/۰۸۴
	آزاد	۲۹ (۵۸)	۲۲ (۴۴)	
	کارمند	۷ (۱۴)	۳ (۶)	
	بیکار	۰ (۰)	۱ (۲)	
سطح درامد خانوار	کمتر از ۸۰۰ هزار تومان	۱۵ (۳۰)	۲۳ (۴۶)	۰/۰۶۲
	۸۰۰ هزار تومان تا یک میلیون	۲۵ (۵۰)	۲۲ (۴۴)	
	بالاتر از یک میلیون	۱۰ (۲۰)	۵ (۱۰)	

بحث

مطالعه حاضر به بررسی تأثیر آموزش همسران بر انجام فعالیت بدنی در زنان مبتلا به PMS پرداخت. طبق معیار ACOG، در ابتدای مطالعه همه زنان مورد بررسی مبتلا به PMS بودند و بیشتر زنان دو گروه از نظر فعالیت بدنی وضعیت نامطلوبی داشتند.

در پژوهش سید امامی و همکاران، میزان کم‌تحرکی در زنان ۳۶/۳ درصد (۲۶) و در مطالعه متفکر و همکاران این میزان در زنان جمعیت شهری یزد ۵۴/۴ درصد گزارش گردید (۲۷). نتایج یک تحقیق مروری نشان داد که ۴۰ درصد زنان فعالیت بدنی کمی دارند (۲۸). یافته‌های برخی مطالعات حاکی از آن است که میزان شیوع بی‌تحرکی در زنان ۶۴-۱۵ ساله ایرانی ۷۶ درصد می‌باشد (۲۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان فعالیت بدنی در زنان گروه آزمون بعد از مداخله به طور معنی‌داری در مقایسه با گروه شاهد افزایش پیدا کرده بود که این افزایش را می‌توان به تأثیر مداخله آموزشی نسبت داد؛ یعنی مردان توانسته بودند همسران خود را به انجام فعالیت بدنی بیشتر از طریق تلفن زدن و توصیه به انجام ورزش و همراهی کردن زنان در انجام ورزش تشویق نمایند. تأثیر حمایت اجتماعی بر ارتقای سطح فعالیت بدنی زنان در برخی مطالعات مشاهده شده است. قاعدی و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک متغیر تعدیل کننده، بر محرک‌های تنش‌زا تأثیر بگذارد و از اثر این محرک‌ها بکاهد و موجب مشارکت بیشتر زنان در امور ورزشی شود (۳۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

جدول ۲. میانگین نمرات علایم جسمی و روحی- رفتاری PMS (Premenstrual syndrome) در گروه‌های آزمون و شاهد قبل و سه ماه بعد از مداخله آموزشی

		گروه آزمون (۵۰ نفر)	گروه شاهد (۵۰ نفر)	نتیجه آزمون Independent t
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
علایم جسمی (۱۴ گویه)	قبل از مداخله	۸/۶۲ ± ۶/۵۷	۶/۴۴ ± ۴۴/۵۰	۰/۰۵۶
	سه ماه بعد از مداخله	۳/۸۲ ± ۳/۶۵	۶/۰۴ ± ۵/۰۸	۰/۰۱۴
نتیجه آزمون Paired t		< ۰/۰۰۱	۰/۵۲۰	
علایم روحی- رفتاری (۱۸ گویه)	قبل از مداخله	۸/۴۴ ± ۷/۴۸	۷/۲۰ ± ۶/۴۵	۰/۳۷۰
	سه ماه بعد از مداخله	۳/۲۴ ± ۳/۵۴	۶/۶۰ ± ۵/۶۷	۰/۰۰۱
نتیجه آزمون Paired t		< ۰/۰۰۱	۰/۴۹۰	
PMS (۳۲ گویه)	قبل از مداخله	۱۷/۰۶ ± ۱۲/۷۶	۱۳/۶۴ ± ۹/۸۳	۰/۱۳۷
	سه ماه بعد از مداخله	۷/۰۶ ± ۶/۲۳	۱۲/۶۴ ± ۹/۲۵	۰/۰۰۱
نتیجه آزمون Paired t		< ۰/۰۰۱	۰/۴۲۰	

PMS: Premenstrual syndrome

www.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2443]

جدول ۳. سطح فعالیت بدنی در زنان گروه‌های آزمون و شاهد قبل و سه ماه بعد از مداخله آموزشی

			گروه آزمون (۵۰ نفر)	گروه شاهد (۵۰ نفر)	نتیجه آزمون Mann-Whitney
			تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
فعالیت بدنی	قبل از مداخله	مطلوب	۱۹ (۳۸)	۱۶ (۳۲)	۰/۶۰۰
		نامطلوب	۳۱ (۶۲)	۳۴ (۶۸)	
	سه ماه بعد از مداخله	مطلوب	۳۹ (۷۸)	۲۰ (۴۰)	< ۰/۰۰۱
		نامطلوب	۱۱ (۲۲)	۳۰ (۶۰)	

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، نمره علایم جسمی، روحی- رفتاری و نمره کل PMS زنان گروه آزمون بعد از مداخله به طور معنی‌داری در مقایسه با گروه شاهد کاهش یافت که می‌توان این کاهش را به تأثیر مداخله آموزشی و انجام ورزش نسبت داد. شواهد نشان می‌دهد که بررسی‌های موجود بیشتر بر روی زنان سنین باروری صورت گرفته است تا همسران آن‌ها. Saxena و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که ورزش با افزایش میزان آندروفین، باعث کاهش قابل توجه افسردگی، تغییر در حالت خلق و خو و احساس درد می‌شود. همچنین، ورزش به ترویج افکار مثبت، کاهش کوتاه مدت افسردگی و بهبود نوسانات خلق و خو و رفتار نیز کمک می‌کند (۳۱). یافته‌های تحقیق David و همکاران نشان داد، ورزشکارانی که دارای علایم PMS هستند، توانایی بیشتری برای تحمل علایم جسمی، روحی و خلقی دارند و همچنین، علایم این سندرم در جنبه‌های مختلف زندگی ورزشکاران در مقایسه با افراد غیر ورزشکار تأثیر منفی کمتری دارد (۳۲).

در برخی از مطالعات، ورزش تنها بر کاهش علایم روحی PMS تأثیرگذار بوده است. به عنوان مثال می‌توان به پژوهش قنبری و همکاران (۳۳) اشاره کرد. نتایج مطالعه آنان نشان داد که فعالیت ورزشی منظم بر برخی علایم عصبی و هیجانی تأثیر گذاشت و باعث بهبود تغییرات روحی گردید (۳۳). نتایج تحقیق Ritvanen و همکاران حاکی از آن بود که فعالیت بدنی علاوه بر کاهش استرس درک شده افراد، تنش عضلانی حین کار را کاهش می‌دهد. بنابراین، مشکلات عضلانی- اسکلتی مانند سفتی عضلات نیز کاهش می‌یابد (۳۴) که این یافته به طور غیر مستقیم مؤید نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

به نظر می‌رسد ورزش با از بین بردن تفکرات منفی و پدید آوردن اندیشه‌های مثبت و با ایجاد محیط فرحانگیز، در کوتاه مدت می‌تواند باعث شادی و نشاط در فرد شود و افسردگی را کاهش دهد و همچنین، به دلیل مشغول کردن ذهن باعث می‌شود که افراد کمتر به اتفاقات ناخوشایند فکر کنند و این امر باعث کاهش افسردگی، عصبانیت و نگرانی خواهد شد (۸). برخی از مطالعات نشان داده‌اند افرادی که فعالیت بدنی سطح متوسطی دارند، استرس درک شده آن‌ها حدود نصف افراد منفعل‌تر است (۳۴). در واقع، ورزش به منظور کاهش پاسخ سمپاتیک استرس مطرح شده است (۳۵) و تنش‌های روانی در افراد را کاهش می‌دهد (۳۶).

در برخی از تحقیقات انجام شده رابطه‌ای بین ورزش و علایم جسمی PMS (حساس شدن سینه‌ها، تهوع، سرگیجه، آکنه و کمردرد) و علایم روحی- رفتاری این سندرم (افسردگی، زودرنجی، بی‌خوابی و عصبانی شدن) یافت نشده است (۳۷) که یکی از دلایل عدم رابطه در مطالعه حاضر را می‌توان به مقطعی بودن آن نسبت داد.

با افزایش فعالیت بدنی، وزن افراد و به دنبال آن میزان BMI در افراد کاهش می‌یابد (۳۸). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میزان فعالیت بدنی و BMI بعد از مداخله در هر دو گروه مشاهده نشد که یکی از دلایل معنی‌دار نبودن آن می‌تواند کوتاه بودن زمان پیگیری (سه ماه) باشد. Vander Wal در مطالعه خود به بررسی نقش حمایت اجتماعی از سوی خانواده و همسالان در ارتباط با BMI و رفتارهای کنترل وزن ناسالم در میان نوجوانان پرداخت. یافته‌های تحقیق او مؤید این مطلب بود که پسران و دخترانی که ارتباط مشکل‌دار با والدینشان داشتند و از سطوح پایین حمایت اجتماعی برخوردار بودند، به احتمال بیشتری رفتارهای کنترل وزن ناسالم را نسبت به گروه‌های مقایسه انجام می‌دادند (۳۹) که با نتایج مطالعه حاضر در زمینه نقش حمایتی همسران مغایرت داشت.

جدول ۴. مقایسه سطح BMI (Body mass index) در گروه‌های آزمون و شاهد و مقایسه سطح آن قبل و بعد از مداخله در هر گروه

BMI (کیلوگرم بر مترمربع)			گروه آزمون (۵۰ نفر)	گروه شاهد (۵۰ نفر)	نتیجه آزمون Mann-Whitney
			تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
مرحله	قبل از مداخله	کمتر از ۱۸/۵	۲ (۴)	۲ (۴)	۰/۸۶۰
		۱۸/۵-۲۵/۰	۲۶ (۵۲)	۲۶ (۵۲)	
		۲۵-۳۰	۱۵ (۳۰)	۱۳ (۲۶)	
		بیشتر از ۳۰	۱۴ (۲۸)	۹ (۱۸)	
	سه ماه بعد از مداخله	کمتر از ۱۸/۵	۲ (۴)	۲ (۴)	۰/۴۳۰
		۱۸/۵-۲۵/۰	۳۰ (۶۰)	۲۶ (۵۲)	
		۲۵-۳۰	۱۲ (۲۴)	۱۴ (۲۸)	
		بیشتر از ۳۰	۶ (۱۲)	۸ (۱۶)	

BMI: Body mass index

www.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2443]

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی اثرات مثبتی بر سطح سلامت افراد دارد (۴۰). برخی از مطالعات از حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده سلامت جسمانی و روان‌شناختی در افراد یاد کرده‌اند که دوره کودکی تا بزرگسالی را در برمی‌گیرد. همچنین، بین حمایت اجتماعی و رفتارهای بهداشتی مثبت نیز همبستگی معنی‌داری گزارش شده است (۴۱). بنابراین، حمایت اجتماعی تأثیر محافظتی مهمی در ارتباط بین بیماری و سلامت دارد؛ به گونه‌ای که افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند، از سلامت بهتری نیز برخوردار می‌باشند (۴۱). Gülaēti در مطالعه خود با تأکید بر نقش حمایت اجتماعی درک شده از طرف خانواده، به این نتیجه رسید که حمایت اجتماعی درک شده از طرف افراد ویژه و دوستان، تأثیری بر سطح بهزیستی شرکت کنندگان ندارد (۴۲).

ارتقای مشارکت مردان به عنوان اصل مورد تأکید سازمان جهانی بهداشت برای ارتقای سلامت زنان در سنین باروری، با آموزش امکان‌پذیر است. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، مردان به عنوان یک رابط آموزشی به خوبی توانسته بودند زنان را به انجام فعالیت بدنی تشویق نمایند و علایم PMS را در آنان کاهش دهند. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد جهت اجرای بهتر طرح سبا، دوره‌های آموزشی ویژه مردان در سیستم بهداشت و درمان اجرا گردد و به مشکلات خاص آن‌ها برای شرکت در دوره‌های آموزشی توجه ویژه شود.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به تعداد اندک نمونه‌ها، تکمیل گذشته‌نگر پرسش‌نامه، تکمیل شدن پرسش‌نامه‌های بازگشت داده نشده به مرکز بهداشت به صورت تلفنی توسط محقق و عدم اندازه‌گیری برخی از شاخص‌های تن‌سنجی از جمله دور کمر، نسبت دورکمر به دور باسن و دور کمر به قد برای کنترل وزن افراد، اشاره نمود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۳۹۳۷۳۸ می‌باشد. بدین وسیله از کارکنان محترم مراکز بهداشتی شهرستان فلاورجان و زوج‌های شرکت کننده در پژوهش، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Freeman EW, Halberstadt SM, Rickels K, Legler JM, Lin H, Sammel MD. Core symptoms that discriminate premenstrual syndrome. J Womens Health (Larchmt) 2011; 20(1): 29-35.
2. Trout KK, Basel-Brown L, Rickels MR, Schutta MH, Petrova M, Freeman EW, et al. Insulin sensitivity, food intake, and cravings with premenstrual syndrome: A pilot study. J Womens Health (Larchmt) 2008; 17(4): 657-65.
3. Henshaw CA. PMS: Diagnosis, aetiology, assessment and management Revisiting Premenstrual syndrome. Adv Psychiatr Treat 2007; 13(2): 139-46.
4. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: Burden of illness and treatment update. J Psychiatry Neurosci 2008; 33(4): 291-301.
5. Balaha MH, Amr MA, Saleh Al MM, Saab Al MN. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: A cross sectional study. Pan Afr Med J 2010; 5: 4.
6. Mirzaei F, Neshatdoost H, Jabal Ameli S, Darekordi A, Kazerani F. Efficacy of cognitive-behavioral stress management on depression and irritability of women with premenstrual syndrome: A short report. J Rafsanjan Univ Med Sci 2013; 12(1): 79-86. [In Persian].
7. Shin KR, Ha JY, Park HJ, Heitkemper M. The effect of hand acupuncture therapy and hand moxibustion therapy on premenstrual syndrome among Korean women. West J Nurs Res 2009; 31(2): 171-86.
8. Yekke Fallah L, Azimi H, Sadeghi T. The Effect of Aerobic and Walking Exercise on Physical and Psychological Symptoms and Pain of Premenstrual Syndrome. Iran J Nurs 2013; 25(80): 46-55. [In Persian].
9. Kiani Asiabar A, Heidari M, Mohammadi tabar S, Faghihzadeh S. Prevalence, signs, symptoms and predisposing factors of premenstrual syndromes in employed women. Daneshvar Med 2009; 16(81): 45-54. [In Persian].
10. Dastegheib Shirazi H, Sehhatie F, Ghojazade M, Kamali Fard M. The effect of Foot reflex zone therapy on the intensity of Premenstrual syndrome symptoms in students of girls hostels of Tehran University of Medical Sciences, 2010. Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch 2013; 23(2): 134-9. [In Persian].
11. Javaheri R, Neshat-doost H, Molavi H, Zare M. Efficacy of cognitive-behavioral stress management therapy on improving the quality of life in females with temporal lobe epilepsy. J Arak Univ Med Sci 2010; 13(2): 32-43. [In Persian].
12. Weisz G, Knaapen L. Diagnosing and treating premenstrual syndrome in five western nations. Soc Sci Med 2009; 68(8): 1498-505.
13. Jarvis CI, Lynch AM, Morin AK. Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. Ann Pharmacother 2008; 42(7): 967-78.
14. Segebladh B, Borgstrom A, Nyberg S, Bixo M, Sundstrom-Poromaa I. Evaluation of different add-back estradiol and progesterone treatments to gonadotropin-releasing hormone agonist treatment in patients with premenstrual dysphoric disorder. Am J Obstet Gynecol 2009; 201(2): 139-8.
15. Daley A. Exercise and premenstrual symptomatology: A comprehensive review. J Womens Health (Larchmt) 2009; 18(6): 895-9.
16. Samadi Z, Taghian F, Valiani M. Effects of pilates and aerobic exercise on symptoms of premenstrual syndrome in non-athlete girls. J Isfahan Med Sch 2013; 30(213): 1880.
17. Daley A. The role of exercise in the treatment of menstrual disorders: The evidence. Br J Gen Pract 2009; 59(561): 241-2.
18. Kim JH, Kim NS. The effect of lumbo-pelvic stabilization exercise on menstrual pain and premenstrual syndrome. Journal of

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2443]

the Korean Society of Physical Medicine 2012; 7(1): 29-35.
19. Khademi A, Tabatabaeefar L, Akbari E, Alleyassin A, Ziaee V, Asghari-Roodsari A. Comparison of prevalence of premenstrual syndrome in swimmer and non-swimmer students: A historical cohort study. Acta Med Iran 2008; 46(4): 307-13.
20. Tehrani H, Shojaeizadeh D, Khanjani N, Doostan F. Modern media based intervention on promotion of women's physical activity. Wulfenia J 2014; 21(6): 260-70.
21. Kang SJ. Trekking exercise promotes cardiovascular health and fitness benefits in older obese women. J Exerc Rehabil 2014; 10(4): 225-9.
22. Hashemi SZ, Rakhshani F, Navidian A, Mosavi SR. Effectiveness of educational program based on trans-theoretical model on rate of physical activity among household women in Zahedan, Iran. J Health Syst Res 2013; 9(2): 144-52. [In Persian].
23. Sharifirad G, Rezaeian M, Soltani R, Javaheri S, Mazaheri MA. A survey on the effects of husbands' education of pregnant women on knowledge, attitude, and reducing elective cesarean section. J Educ Health Promot 2013; 2: 50.
24. Ramya S, Rupavani K, Bupathy A. Effect of educational program on premenstrual syndrome in adolescent school girls. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2014; 3(1): 168-71.
25. Delara M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Tavafian SS, Kazemnejad A, Koushki M. Development and Psychometric Assessment of premenstrual syndrome in Sabzevar city high school youth. J North Khorasan Univ Med Sci 2013; 3(4): 55-62. [In Persian].
26. Seyed Emami R, Eftekhar Ardebili H, Golestan B. Effect of a Health Education Intervention on Physical Activity Knowledge, Attitude and Behavior in Health Volunteers. Hayat 2011; 16(3-4): 48-55. [In Persian].
27. Motefaker M, Sadrbafghi SM, Rafiee M, Bahadorzadeh L, Namayandeh SM, Arimi M, et al. SuicEpidemiology of physical activity: a population based study in Yazd cityide attempt and its relation to stressors and supportive systems: A study in Karaj city. Tehran Univ Med J 2007; 65(4): 77-81. [In Persian].
28. Daniel M, Wilbur J. Physical activity among South Asian Indian immigrants: an integrative review. Public Health Nurs 2011; 28(5): 389-401.
29. Jalilian F, Emdadi Sh, Mirzaie M, Barati M. The survey physical activity status of employed women in Hamadan University of medical sciences: the relationship between the benefits, barriers, self- efficacy and stages of change. Toloo e Behdasht 2011; 9(4): 89-98. [In Persian].
30. Ghaedi H, Nobakht R, Daneshjoo A. Effect of social support and demographic factors on women's participation sports activities (Case Study: Women in Lamerd). J Health women 2010; 1(2): 1-19.
31. Saxena T, Kumari R, Khurana S, Rawat M. Effectivenes of dance therapy on primary dysmenorrhea in young females. Guru Drone Journal of Pharmacy & Research 2014; 2(3): 11-6.
32. David AM, Di BellaIII ZJ, BerensteinII E, LopesI AC, VaisbergI M. Incidźncia da sindrome pré-menstrual na pr?tica de esportes. Rev Bras Med Esporte 2009; 15(5): 330-3.
33. Ghanbari Z, Dehghan Manshavi F, Jafarabadi M. The effect of three months regular aerobic exercise on premenstrual syndrome. J Fam Reprod Health 2008; 2(4): 167-71.
34. Ritvanen T, Louhevaara V, Helin P, Halonen T, Hanninen O. Effect of aerobic fitness on the physiological stress responses at work. Int J Occup Med Environ Health 2007; 20(1): 1-8.
35. Hamer M, Taylor A, Steptoe A. The effect of acute aerobic exercise on stress related blood pressure responses: A systematic review and meta-analysis. Biol Psychol 2006; 71(2): 183-90.
36. De Moor MH, Beem AL, Stubbe JH, Boomsma DI, De Geus EJ. Regular exercise, anxiety, depression and personality: A population-based study. Prev Med 2006; 42(4): 273-9.
37. Kroll A. Recreational Physical Activity and Premenstrual Syndrome in College-Aged Women [Thesis]. Boston, MI: University of Massachusetts; 2010.
38. Mustelin L, Silventoinen K, Pietilainen K, Rissanen A, Kaprio J. Physical activity reduces the influence of genetic effects on BMI and waist circumference: Aa study in young adult twins. Int J Obes (Lond) 2009; 33(1): 29-36.
39. Vander Wal JS. The relationship between body mass index and unhealthy weight control behaviors among adolescents: the role of family and peer social support. Econ Hum Biol 2012; 10(4): 395-404.
40. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. J Aging Health 2006; 18(3): 359-84.
41. Maryam Mataji Amirrood M, Taghdisi MH, Shidfar F, Mahmood Reza G. The relationship between perceived social support and obesity preventive eating behavior in women of Urmia City in 2012. Razi j Med Sci 2014; 21(119): 1-11. [In Persian].
42. Gülaēti F. The effect of perceived social support on subjective well-being. Procedia Soc Behav Sci 2010; 2(2): 3844-9.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2443]

DOI: *10.22122/jhsr.v13i1.2443* *Published by Vesnu Publications*

Journal of Health System Research Received: 06.05.2015

Vol. 13, No. 1, Spring 2017 Accepted: 28.11.2015

The Effect of Educational Intervention for the Spouse on Physical Activity among Women with Premenstrual Syndrome

Hajar Rezaee[1], Maryam Amidi-Mazaheri[2]

Original Article

Abstract

Background: Premenstrual Syndrome (PMS) is a combination of physical, neurological, and psychological disorders and negatively effects social adjustment, interpersonal relationships, normal activities, and quality of Life (QOL). Physical activity is an effective method of controlling the symptoms of PMS. Given the importance of the participation of the spouse in the promotion of reproductive health and women's health, the aim of this study was to determine the effect of educational intervention for the spouse on physical activity among women with PMS.

Methods: This quasi-experimental study was performed in 2015. The study subjects were 100 couples of reproductive age referring to health centers of Falavarjan, Iran. The participants were randomly divided into experimental and control groups. The subjects in the experimental group received training on the impact of physical activity on controlling PMS symptoms. Data were collected using the Premenstrual Syndrome Assessment (PSA) and Saba Questionnaire before and 3 months after the intervention and were analyzed in SPSS software.

Findings: After the intervention, a significant increase was observed in the physical activity of women in the experimental group ($P < 0.001$). However, BMI did not decrease significantly compared to before the intervention and the control group. The physical and psychological-behavioral symptoms of PMS in the experimental group were significantly lower than the control group ($P < 0.050$).

Conclusion: It can be concluded that the spouses had acted well as an educational agent and encouraged women to perform physical activities, and thus, reduce the symptoms of PMS. It is recommended that educational sessions be implemented by the health care system for men to encourage women to exercise.

Keywords: Education, Premenstrual syndrome, Spouse, Physical activity

Citation: Rezaee H, Amidi-Mazaheri M. **The Effect of Educational Intervention for the Spouse on Physical Activity among Women with Premenstrual Syndrome.** J Health Syst Res 2017; 13(1): 24-31.

1- PhD Candidate, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Associate Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Maryam Amidi-Mazaheri, Email: maryamamidi@hlth.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2443]