

The Effect of Group Counseling on Premenstrual Syndrome in High School Girls in Hamadan, 2017: A Clinical Trial

Batul Khodakarami¹, Hosein Mohagheghi², Narges Babakhani^{3*}, Seyedeh Zahra Masoumi⁴, Maryam Farhadian⁵

1. Instructor, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Assistant Professor, Faculty of Social Sciences and Economics, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran
3. MSc, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Assistant Professor, Mother and Child Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
5. Assistant Professor, Department of Statistics, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

Received: 2017/12/7
Accepted: 2018/01/16
Published Online: 2018/03/16

DOI:
10.30699/sjnhmf.26.a5.306

Original Article

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Introduction: Premenstrual syndrome with high prevalence has a negative effect on girls' normal living. Using drugs to relieve the symptoms and adverse effects of long-term use of the drugs can be a matter of concern. In this study, we tried to reduce the severity of premenstrual syndrome using group counseling.

Methods: The study sample was girls aged 15 to 17 years old studying in high school in Hamadan in 2016. The study tools were two questionnaires containing demographic characteristics and the PSST. Of 215 participants, 120 subjects with moderate to severe menstrual syndrome were divided into two groups of 60 subjects. Subjects participated in 3 counseling sessions regarding increasing self-awareness about the premenstrual syndrome. Data was analyzed by SPSS21 using independent and paired t-test. The significance level was less than 0.05.

Results: The mean of severity of premenstrual syndrome before and after counseling sessions was not statistically significant in the both groups ($P=0.87$), but after the end of the consultation, there was a significant decrease in mean severity of syndrome severity in the intervention group compared to the control group ($P<0.001$).

Conclusion: Counseling in premenstrual syndrome can have an effective role in reducing the severity of premenstrual symptoms.

Keywords: Counseling, Premenstrual syndrome, Girls.

Corresponding Information

Narges Babakhani, MSc, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: nargesbabakhani@yahoo.com

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Khodakarami B, Mohagheghi H, Babakhani N, Masoumi Z, Farhadian M. The Effect of Group Counseling on Premenstrual Syndrome in High School Girls in Hamadan, 2017: A Clinical Trial. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (5): 306-314

تأثیر مشاوره گروهی در سندرم پیش از قاعدگی دختران دبیرستانی شهر همدان، سال ۱۳۹۵ مطالعه کارآزمایی بالینی

بتول خداکرمی^۱، حسین محقق^۱، نرگس باباخانی^{۳*}، سیده زهرا معصومی^۴، مریم فرهادیان^۵

۱. مربی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. استادیار، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی‌ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۵. استادیار، گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: سندرم پیش از قاعدگی بسیار شایع است و بر زندگی دختران تأثیرات منفی دارد. مصرف طولانی‌مدت دارو، برای تخفیف علائم و عوارض این سندرم، می‌تواند مشکل‌ساز باشد. در این پژوهش سعی شده با استفاده از مشاوره گروهی شدت علائم سندرم کاهش داده شود.</p> <p>روش کار: جامعه مورد بررسی دختران ۱۷-۱۵ ساله دبیرستانی شهر همدان در سال ۱۳۹۵ بودند. ابزار پژوهش دو پرسش‌نامه خصوصیات دموگرافیک و PSST^۱ بود. از میان ۲۱۵ دانش‌آموز شرکت‌کننده، ۱۲۰ نفر سندرم پیش از قاعدگی متوسط تا شدید داشتند که به دو گروه ۶۰ نفره آزمون و کنترل تقسیم شدند و در سه جلسه مشاوره گروهی با مضامین ارتقای خودآگاهی درباره سندرم شرکت کردند. اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ و آزمون‌های تی مستقل و زوجی تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.</p> <p>یافته‌ها: میانگین شدت سندرم پیش از قاعدگی، قبل از جلسات مشاوره در هر دو گروه یکسان بود و از نظر آماری اختلاف معنی‌داری با هم نداشت ($P=0/87$)، اما پس از پایان مشاوره کاهش معنی‌داری در میانگین شدت سندرم در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل مشاهده شد ($P<0/001$).</p> <p>نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد مشاوره در زمینه سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش شدت علائم داشته باشد.</p> <p>واژه‌های کلیدی: مشاوره، دختران، سندرم پیش از قاعدگی</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۹/۱۶</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۲۶</p> <p>انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۱۲/۲۵</p> <p>نویسنده مسئول: نرگس باباخانی دانشجوی کارشناسی‌ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران پست الکترونیک: nargesbabakhani@yahoo.com</p>

مقدمه

بی‌حوصلگی، مشکل در تمرکز و حافظه، خلق‌وخوی متغیر و... است [۱،۲].

شایع‌ترین علائم روانی بده این قرار است: عصبانیت و تحریک‌پذیری (۷۶ درصد)، اضطراب (۷۱ درصد)، خستگی، لتارژی و نوسانات خلقی (۵۸ درصد) [۲]. علائم جسمانی نیز همچون سردرد، سرگیجه، آکنه و مشکلات پوستی، ماستالژی، تهوع و مشکلات گوارشی، درد شکم، کمر درد، درد مفاصل، افزایش وزن، تغییر در خواب و... [۱].

فراوانی این سندرم در قاره اروپا ۴۰ درصد، آفریقا ۸۵ درصد، آسیا ۴۶ درصد و آمریکای جنوبی ۶۰ درصد گزارش شده است [۳]. به طور کلی ۸۵-۷۵ درصد از زنان در سنین باروری برخی از علائم و تغییرات ناشی از این سندرم را دارند [۲،۴]. در ایران شیوع ۶۷/۷-۶۲/۴ درصدی [۵،۶] و در تحقیقی دیگر شیوع ۵۲/۹ درصدی گزارش شده است که ۳۴/۵ درصد به شکل شدید این سندرم مبتلا بوده‌اند [۷].

سیکل‌های گوناگونی در فیزیولوژی بدن زنان وجود دارد که هر کدام با نظم خاص خود تعادل جسمی و روانی را فراهم می‌سازد. یکی از حیاتی‌ترین و تأثیرگذارترین آنها سیکل قاعدگی است؛ دوره‌ای پرفرازونشیب که در آستانه سن بلوغ آغاز می‌شود و تحولات بیولوژیکی بدن زن، نظام هویتی و نقش زنانگی، بارداری و زایمان و در نهایت آنچه را ویژگی زنانه محسوب می‌شود به ارمغان می‌آورد [۱]. این سندرم ۱۲-۶ روز قبل از خونریزی ماهانه شروع می‌شود و تا ۲ روز (حداکثر ۴ روز) بعد از آغاز خونریزی ادامه دارد [۱]. نشانه‌های عاطفی - روانی و فیزیکی است که قبل از خونریزی رخ می‌دهد و علائم آن پس از شروع دوره بدون هیچ مداخله دارویی و غیردارویی برطرف می‌شود [۱]. در مجموع ۱۵۰ علامت (حتی بیشتر) مربوط به سندرم پیش از قاعدگی شناسایی شده است که شامل علائم روان‌شناسی ضعف، خستگی، اضطراب، تحریک‌پذیری، تندمزاجی و عصبانیت، احساس تنهایی و افسردگی، نگرانی، متوقع شدن و زودرنجی،

کافی دختران در این زمینه، می‌توان برای ارتقای آگاهی دختران درباره این سندرم از مشاوره‌های گروهی به‌عنوان بخشی از مداخلات برای تخفیف شدت علائم سندرم استفاده کرد [۴۲]. در این پژوهش تأثیر مشاوره‌های گروهی بر ارتقای خودآگاهی دختران و کاهش علائم این سندرم بررسی شده است.

روش کار

حجم نمونه مورد نیاز در هر یک از گروه‌های مطالعه براساس فرمول زیر و مطالعه مشابه Ashtari و همکاران [۱۳] محاسبه شد. میزان اطمینان این آزمون ۹۵ درصد و توان آزمون نیز برابر ۹۰ درصد در نظر گرفته شده است. پس از جایگزینی مقادیر، حداقل حجم نمونه مورد نیاز در هر یک از گروه‌ها ۶۰ نفر (مجموعاً ۱۲۰ نفر در دو گروه) تعیین شد.

$$n = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) (z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر می‌شود:

۱. دختران دبیرستانی با ۱۷-۱۵ سال سن
 ۲. ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی با شدت متوسط تا شدید (نمره ۱۹ و بیشتر در پرسش‌نامه PSST)
 ۳. گذراندن حداقل شش سیکل قاعدگی
 ۴. مصرف نکردن دارو به دلیل ابتلا به بیماری جسمانی و روانی
 ۵. استفاده نکردن از داروهای گیاهی و شیمیایی مؤثر بر سندرم پیش از قاعدگی از قبیل داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، هورمونی، آنتی پروستاگلاندین‌ها حداقل یک ماه قبل از شروع جلسات مشاوره
- معیارهای خروج از مطالعه شامل این موارد است:

۱. بروز وقایعی از قبیل فوت یا بیماری نزدیکان
 ۲. دو جلسه متوالی غیبت از مشاوره
- ابتدا شش مرکز به‌صورت تصادفی از بین دبیرستان‌ها و هنرستان‌های همدان در مناطق مختلف شهر انتخاب شد (سه مدرسه گروه مداخله و سه مدرسه گروه کنترل). از بین ۲۱۵ نفر واجد شرایط که در پیش‌آزمون شرکت کردند، ۱۲۰ نفر به سندرم پیش از قاعدگی متوسط و شدید مبتلا بودند. این افراد به روش جدول اعداد تصادفی، در گروه‌های آزمون و کنترل تقسیم شدند (در گروه‌های ۸ تا حداکثر ۱۲ نفری). گفتنی است در دو گروه مداخله و کنترل فاکتورهای شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی (متوسط و شدید)، سطح اجتماعی مدرسه و سن همسان‌سازی در نظر گرفته شد. در قالب جلسات مشاوره گروهی، طی سه جلسه یک‌ساعته به مدت سه هفته (هفته‌ای یک جلسه) به گروه مداخله مشاوره داده شد که هر جلسه شامل پرسش و پاسخ، مشاوره و بحث‌های گروهی و ارائه اسلاید بود. اطلاعات با استفاده

در مواردی نیز شیوع سندرم در دختران دبیرستانی تا ۸۶ درصد ذکر شده است [۸]. در تحقیقی گسترده در دختران دبیرستانی شیوع ۸۳/۱ درصدی در ایران به دست آمده است که ۵۷/۷ درصد علائم PMDD و شدید را داشته‌اند [۹]. ۳-۸ درصد زنان مبتلا به این سندرم علائم را با شدتی تجربه می‌کنند که می‌تواند باعث ایجاد اختلال شدید کارکرد در حیطه‌های اجتماعی یا شغلی شود [۱۰، ۱۲]. ۵۱-۸۶ درصد از دختران نوجوان علائم این سندرم را تجربه می‌کنند و حتی می‌توان گفت نرخ شیوع درجات متوسط تا شدید آن در نوجوانان بیشتر از زنان بزرگسال است [۴، ۱۳، ۱۴].

علت اصلی بروز این عارضه ناشناخته است، اما اتیولوژی‌هایی در این زمینه پیشنهاد شده، از جمله افزایش حساسیت به چرخه طبیعی تغییرات استروژن و پروژسترون، افزایش فعالیت آلدوسترون و رنین پلاسما (به هم خوردن روند رنین- آنژیوتانسین آلدوسترون)، اختلال در ناقل‌های عصبی سروتونین، GABA (گاما آمینو بوتیریک اسید)، هیپوگلیسمی، کمبود ویتامین B6، افزایش پروستاگلاندین‌ها، افزایش آندروژن‌ها، کاهش سطح منیزیم و کلسیم، کاهش اندورفین‌ها، وراثت، مزاج، سبک زندگی و عوامل اجتماعی [۱۸-۱۰، ۱۵، ۱۶].

این سندرم می‌تواند به سوءرفتار در محیط‌های آموزشی و اجتماعی و متعاقب آن ضعف در انجام کار و تکالیف درسی، ناخوشی در مراکز صنعتی، اداری و تحصیلی و بستری شدن در بیمارستان منجر شود [۱۴، ۱۹، ۲۰]. از طرفی این سندرم انزوای اجتماعی و ویژگی‌های طبی و روان‌پزشکی را در پی دارد که باعث افزایش میزان غیبت از کار (۱۹ درصد)، کاهش کارایی شغلی در افراد شاغل (۱۷ درصد)، مشکل در روابط فردی و خانوادگی [۲۱]، ناسازگاری با همسر و بدرفتاری با فرزند می‌شود [۲، ۵، ۱۴، ۱۹، ۲۲]. علاوه بر این، در مبتلایان به این سندرم احتمال بروز افسردگی بعد از زایمان بیشتر خواهد بود [۲۳].

از آنجا که پاتوفیزیولوژی دقیق این سندرم شناخته‌شده نیست درمان قطعی برای آن وجود ندارد و اغلب از درمان مورد - علامتی استفاده می‌شود [۲۴]. در درمان آن داروهای نظیر ضدافسردگی‌ها، آرام‌بخش‌ها و مدرها تجویز می‌شوند اما به دلیل عوارض این داروها (از قبیل بیماری‌های قلبی - عروقی و مقطعی بودن رویکردها)، درمان به سمت طب سوزنی و مکمل [۲۵، ۲۶]، تغییر در سبک زندگی [۲۷] و افزایش آگاهی [۲۸]، ورزش‌های بی‌هوازی [۲۴، ۲۹]، یوگا و تن‌آرامی‌ها [۲۲]، موسیقی‌درمانی [۲۵]، ماساژدرمانی، بیوفیدبک [۳۰]، مکمل‌درمانی [۳۱-۳۶]، مشاوره مهارت‌های زندگی [۱۵، ۳۷، ۳۸] و مشاوره شناختی - رفتاری [۳۰، ۳۹-۴۱] رفته است.

مسلم است که ارتقای آگاهی درباره سندرم و چگونگی بروز آن و ایجاد خودآگاهی فردی در دختران مبتلا می‌تواند به کاهش علائم این سندرم کمک کند [۲۸، ۴۲]. با توجه به اهمیت سلامت جسمانی و روانی دختران و همراه شدن این سندرم با اختلال‌های جسمانی و روانی و کمبود اطلاعات

آن مطالعه پایایی پرسش‌نامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. برای بررسی روایی پرسش‌نامه نیز از دو روش ظاهری و محتوایی استفاده شد. در آزمون پایایی این ابزار، مقدار آلفای کرونباخ ۰/۹ به دست آمد. مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ حاکی از روایی محتوایی این پرسش‌نامه است [۴۵].

در پژوهش حاضر، مشاوره با افراد گروه مداخله به صورت گروهی و در سه جلسه یک‌ساعته طی سه هفته انجام شد.

از دو پرسش‌نامه دموگرافیک محقق‌ساخته و پرسش‌نامه استاندارد سندرم پیش از قاعدگی (PSST) گردآوری شد. پرسش‌نامه سندرم پیش از قاعدگی ۱۹ سؤال دارد و هدف از آن تشخیص شدت سندرم قبل از قاعدگی PMS^۱ و PMDD^۲ است. سنجش سؤالات با استفاده از مقیاس لیکرت چهارتایی (نمرات صفر تا سه) صورت گرفت که حداقل امتیاز ممکن صفر و حداکثر ۵۷ است [۴۳، ۴۴].

Hariri و همکاران (۲۰۱۳) این ابزار را در مطالعه دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران اعتبارسنجی کردند. در

معرفی سندرم پیش از قاعدگی و بلوغ - دانش‌افزایی

جلسه اول

آشنایی با رفتارهای مشکل‌آفرین در سندرم به صورت خودآگاهی

جلسه دوم

مرور جلسات قبل

جلسه سوم

مثبت کارآزمایی است. این در حالی است که این میزان تغییر در کاهش علائم سندرم در گروه کنترل دیده نشده است (جدول ۲).

دو گروه آزمون و کنترل، قبل از مداخله، از نظر میانگین نمرات شدت سندرم تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند ($P=0/87$). پس از مداخله در گروه آزمون میانگین نمرات از $31/6 \pm 6/9$ به $21/5 \pm 6/8$ رسید که تفاوت زیاد میانگین‌ها ($10/12 \pm 5/4$) نشانه تأثیر مداخله است ($P < 0/001$). در گروه کنترل نیز پس از مداخله میانگین نمرات از $31/4 \pm 7/9$ به $30/93 \pm 7/7$ رسید. با وجود معنادار شدن، با توجه به تفاوت میانگین‌ها ($0/47 \pm 1/1$)، براساس دیگر مطالعات، این یافته در بالین اهمیت چندانی ندارد [۴۶، ۴۷] و گروه کنترل در مقایسه با گروه آزمون، تأثیر مداخله را بیشتر نشان می‌دهد؛ زیرا میانگین بهتری نسبت به گروه کنترل دارد. تغییر در نمرات گروه کنترل ناشی از فاصله ۵ ماهه در تکمیل پرسش‌نامه‌ها است (جدول ۳).

جلسه اول با هدف شناسایی باورهای ناکارآمد، تبیین افکار منفی در زمینه سندرم پیش از قاعدگی و بلوغ - دانش‌افزایی به مدت یک ساعت برگزار شد. ایجاد رابطه مناسب با دختران، طرح سؤالات باز برای تأمل در مورد موضوع و ایجاد فضای مناسب برای بیان نیازها، احساسات، باورهای درست و نادرست درباره سندرم پیش از قاعدگی و بلوغ از اهداف دیگر این جلسه بود. در جلسه دوم، طی یک ساعت، با هدف خودآگاهی از علائم جسمانی و روانی فردی، به بررسی راهبردهایی برای مبارزه با باورهای نادرست و آشنایی با رفتارهای مشکل‌آفرین در سندرم پرداخته شد.

اطلاعات به دست آمده از هر فرد به صورت جداگانه کدگذاری شد و کلیه داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تی مستقل استفاده شد. در این مطالعه P value کمتر از ۵ درصد به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

با کمک آزمون کلمو گروف اسمیرنوف، نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش ارزیابی شد که توزیع نرمالی داشت. از این رو برای ارزیابی فرضیات پژوهش از آزمون‌های پارامتری استفاده شد.

در نتایج دموگرافیک، متوسط سن افراد ۱۶ سال است و دو گروه آزمون و کنترل در حیطه‌های شغل/تحصیلات پدر و شغل/تحصیلات مادر، سکونت با والدین، بیماری والدین تفاوت آماری معناداری ندارند ($P > 0/05$) (جدول ۱).

در گروه آزمون، براساس شدت سندرم پیش از قاعدگی، ۱۰۰ درصد موارد متوسط و شدید پس از مداخله به ۶۱/۱ درصد شیوع متوسط تا شدید کاهش یافت که نشانه تأثیر

1. Pre Menstrual Syndrome

2. Pre Menstrual Dysphoric Disorder

جدول ۱. مقایسه متغیرهای دموگرافیک (کیفی) در گروه‌های کنترل و آزمون (۱۲۰ نفر)

سطح معنی داری	نتایج آزمون کای دو	مداخله		کنترل		متغیر
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۹۸	df=۴ X ² =۰/۳۳	۲(۳/۳)	۲(۳/۳)	بی سواد		تحصیلات
		۱۶(۲۶/۷)	۱۶(۲۶/۷)	ابتدایی و راهنمایی		
		۸(۱۳/۳)	۱۰(۱۶/۷)	دبیرستان و سیکل		
		۱۹(۳۱/۷)	۱۷(۲۸/۳)	دیپلم	مادر	
۰/۳۹	df=۴ X ² =۴/۰۷	۱۵(۲۵)	۱۵(۲۵)	دانشگاهی		تحصیلات
		۱(۱/۷)	۲(۳/۳)	بی سواد		
		۲۴(۴۰)	۱۶(۲۶/۷)	ابتدایی و راهنمایی		
		۱۰(۱۶/۷)	۸(۱۳/۳)	دبیرستان و سیکل	پدر	
۰/۱۹	df=۱ X ² =۱/۷	۱۳(۲۱/۷)	۲۱(۳۵)	دیپلم		مادر
		۱۲(۲۰)	۱۳(۲۱/۷)	دانشگاهی		
		۴۹(۸۱/۷)	۵۴(۹۰)	خانه‌دار		
۰/۶۴	df=۱ X ² =۰/۲	۱۱(۱۸/۳)	۶(۱۰)	شاغل		شغل پدر
		۳(۵)	۲(۳/۳)	بیکار		
۰/۳۲	df=۱ X ² =۱	۵۷(۹۵)	۵۸(۹۶/۶)	شاغل		زندگی با والدین
		۶۰(۱۰۰)	۵۹(۹۸/۳)	والدین		
۰/۱۸	df=۱ X ² =۱/۷۴	۰(۰)	۱(۱/۷)	بستگان		والدین
		۷(۱۱/۶)	۳(۵)	دارد		
۰/۱۷	df=۱ X ² =۱/۸۲	۵۳(۸۸/۳)	۵۷(۹۵)	ندارد		بیماری مادر
		۱(۱/۷)	۴(۶/۷)	دارد		
		۵۹(۹۸/۴)	۵۶(۹۳/۳)	ندارد		پدر

جدول ۲. فراوانی شدت سندرم پیش از قاعدگی در گروه‌های کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله

متغیر	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	گروه کنترل فراوانی (%)	گروه آزمون فراوانی (%)	گروه کنترل فراوانی (%)	گروه آزمون فراوانی (%)
خفیف	۰(۰)	۰(۰)	۲۲(۳۶/۷)	۴(۶/۷)
متوسط	۲۲(۳۶/۷)	۲۳(۳۸/۳)	۲۸(۴۶/۷)	۲۲(۳۶/۷)
شدید	۳۸(۶۳/۳)	۳۷(۶۱/۷)	۱۰(۱۶/۷)	۳۴(۵۶/۷)

سیاسگزاری

پژوهش حاضر در قالب پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد با پشتیبانی مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1395.220 انجام و کد کارآزمایی بالینی IRCT2015052615341N6 شده است. نویسندگان مراتب تشکر خود را از مسئولان آموزش و پرورش، مدیران و دانش‌آموزان دبیرستان‌هایی که در تحقیق شرکت کردند اعلام می‌کنند. بی‌شک بدون همکاری آنها انجام این پژوهش ممکن نبود.

تعارض منافع

سهم تمام نویسندگان در این مطالعه یکسان است و هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به صادق نبودن افراد در تکمیل پرسش‌نامه‌ها اشاره کرد، که با بیان توضیحات لازم به شرکت‌کنندگان درباره اهمیت پاسخ‌هایشان در نتایج تحقیق و جلب مشارکت صادقانه آنها سعی در حل این محدودیت شد. علاوه بر این، همکاری نکردن آموزش و پرورش برای برگزاری جلسات بیشتر و پیگیری مستمر دانش‌آموزان دختر از موانع اجرای تحقیق بود.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این مطالعه و مطالعات مشابه، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که مشاوره دادن به دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند نقش بسزایی در کاهش شدت علائم سندرم داشته باشد. بنابراین با اطمینان بیشتری می‌توان تأثیر مشاوره را در درمان این سندرم تأیید کرد.

References

1. Baghdassarias A, Bagheri KA. The effect of dietary and reflexology over premenstrual syndrome symptoms relief. 2013.
2. Leila Af, Farokhi F, Abbasi A. Prevalence, Severity, and Clinical Manifestations of Premenstrual Syndrome among the Students Residing in the Dormitories of Arak University of Medical Sciences, Iran. 2014. <http://www.sid.ir/En/Journal/ViewPaper.aspx?ID=354127>
3. Direkvand Moghadam A, Kaikhavani S, Sayehmiri K. The worldwide prevalence of premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis study. The Iranian journal of obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013;16(65):8-17.
4. Washington MJ, Brown C, Ling FW. Premenstrual syndrome premenstrual dysphoric disorder. In: Clinical Gynecology, Second Edition 2015. Cambridge University Press.
5. Salehi A, Momeni H, Seraji A. Comparison of the effects of Hypericum and Vitex agnus premenstrual syndrome compared with vitamin E: a randomized clinical trial. Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & Midwifery. 2013;3(1):395-405.
6. Nazemi M, Hassani MH. Effect of taking soybean supplement and regular aerobic exercise in water on mental and physical symptoms of premenstrual syndrome among female students. J Knowl Health. 2014;9(2):58-65.
7. Ramezani Tehra F, Robab Allameh M. Prevalence of premenstrual syndrome and some of its relative factors in reproductive age. The Horizon of Medical Sciences. 2012;18(3):121-7.
8. Tatari F, Shaker J, Hosseini M, Amirian M, Amirian F. Frequency of premenstrual dysphoric disorder (PMDD), premenstrual syndrome (PMS) and some related factors in students of girls' high schools of kermanshah. 2007.
9. Bakhshani N, Hasanzadeh Z, Raghibi M. Prevalence of premenstrual symptoms and premenstrual dysphoric disorder among adolescents students of Zahedan. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2012;13(8):29-34.
10. Maly Y. Premenstrual syndrome. Novin pezeski. 2012;516:548-53.
11. Masoumi SZ, Alamoti MK, Shobeiri F, Roshanaei G, Mohaghahi H. Evaluating the prevalence of premenstrual syndrome among female undergraduate students of school of nursing and midwifery, Hamadan university of medical sciences in Iran. research journal of pharmaceutical biological and chemical sciences. 2016;7(2):831-7.
12. Zandi G, Osori K. The prevalence of symptoms of premenstrual syndrome and premenstrual disorders in students of Islamic Azad University. New cell- Molecular biology. 20(3).
13. Ashtari N, Pourebrahim T, Koolae AK, A. Khoskonesh, Khatiban M. The efficacy of group awareness training of premenstrual syndrome on psychological resilience and quality of life in female high school students. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2015;23(1):63-73.
14. Kapur N. Premenstrual Symptoms and Social Disability. International Journal of Innovative Knowledge Concepts. 2016;2(1).
15. Anita B, Afsaneh BK. The effect of dietary and reflexology over premenstrual syndrome symptoms relief. journal of psychological researches 2013;5(17).
16. Tonekaboni MM. Effect of Two Different Intensity Regular Aerobic Exercises on Clinical Symptoms of PreMenstrual Syndrome. Cen-

- tral Tehran Branch. Faculty of Physical Education and Sport Science; 2011. PMID:[23056811](#) PMCID:PMC3446190
17. Mohebi Dehnavi Z, Jafarnejad F, Mojahedi M, Shakeri MT, Sardar MA. The relationship between warm and cold temperament with symptoms of premenstrual syndrome. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016;18(179):17-24.
 18. Ramezanzpour F, Bahri N, Bagheri L, Fathi Najafi T. Incidence and severity of premenstrual syndrome and its relationship with social and demographic characteristics among students' College, Gonabad-2013. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015;18(170.16):21-8.
 19. Delaram M, Farkhondeh J. The effect of fennel on the pre-menstrual syndrome. 2011.
 20. Kashanian M, Fekrat M, Masoomi Z, Ansari NS. Comparison of active and expectant management on the duration of the third stage of labour and the amount of blood loss during the third and fourth stages of labour: a randomised controlled trial. *Midwifery*. 2010;26(2):241-5. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.03.004> PMID:[18706744](#)
 21. Masoumi SZ, Garousian M, Khani S, Oliaei SR, Shayan A. Comparison of quality of life, sexual satisfaction and marital satisfaction between fertile and infertile couples. *International journal of fertility & sterility*. 2016;10(3):290. PMID:[27695611](#) PMCID:PMC5023039
 22. Momeni KH. The effectiveness of muscle relaxation to reduce the symptoms of premenstrual syndrome. *Research in Medicine Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*. 2014;3(38):157-61.
 23. Bagherzadeh R, Zahmatkeshan N, Moatamed N, Khorramroudi R, Ganjoo M. Prevalence of maternal blues, postpartum depression and their correlation with premenstrual syndrome in women referred to health centers affiliated to Bushehr University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2009;12(3):9-15.
 24. Abedy H, Neksereshgt A, Tashakoriyan F. The effects of resistance and endurance exercise on physical and psychobehavioral symptoms of pre-menstruation syndrome. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2014;12(3).
 25. Viswanathan P, Pinto N. The Effects of Classical Music based Chakra Meditation on the Symptoms of Premenstrual Syndrome. 2015.
 26. Gao HM, Gao X, Ma BX, Li LM. Electroacupuncture treats premenstrual syndrome based on neuroscience principles. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2016;55(1):147. PMid:[26927272](#)
 27. Seedhom AE, Mohammed ES, Mahfouz EM. Life style factors associated with premenstrual syndrome among El-Minia University Students, Egypt. *ISRN Public Health*. 2013;2013.
 28. Kaur K, Saini P. Effectiveness of Sensitization Programme on Knowledge Regarding Premenstrual Syndrome (PMS) among Adolescent Girls. *International Journal of Nursing Education*. 2016;8(1):60-4. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2016.00011.8>
 29. 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 Journal of Nursing (2008-5923)*. 2013;25(80).
 30. Schilling R. *New Treatments For Premenstrual Syndrome*. 2017.
 31. Tartagni M, Cicinelli MV, Tartagni MV, Alrasheed H, Matteo M, Baldini D, et al. Vitamin D supplementation for premenstrual syndrome-related mood disorders in adolescents with severe hypovitaminosis D. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2016;29(4):357-61. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.006> PMID:[26724745](#)
 32. Masoumi SZ, Ataollahi M, Oshvandi K. Effect of Combined Use of Calcium and Vitamin B6 on Premenstrual Syndrome Symptoms: a Randomized Clinical Trial. *Journal of caring sciences*. 2016;5(1):67. <https://doi.org/10.15171/jcs.2016.007> PMID:[26989667](#)
 33. Dadkhah H, Ebrahimi E, Fathizadeh N. Evaluating the effects of vitamin D and vitamin E supplement on premenstrual syndrome: A randomized, double-blind, controlled trial. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21(2):159-64. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.178237> PMid:[27095989](#) PMCID:PMC4815371
 34. Siahbazi S, Behboudi-Gandevani S, Moghaddam-Banaem L, Montazeri A. Effect of zinc sulfate supplementation on premenstrual syndrome and health-related quality of life: Clinical randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43(5):887-94. <https://doi.org/10.1111/jog.13299> PMID:[28188965](#)
 35. Mousavi P, Zaheri H, Najari S, Afshari P. The effect of Vitagnus on physical and emotional symptoms of premenstrual syndrome: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015;4(1):68-76.
 36. Sohrabi N, Kashanian M, Seyed Ghafoori S. Evaluation of the effect of omega-3 fatty acids on

- the treatment of pre-menstrual syndrome. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2010;17(73):37-45.
37. Nourani Saadoldin S, Dadi Givshad R, Esmaily H, Sepehri Shamloo Z. Investigating the Impact of Life Skills Education on Symptoms Severity of Premenstrual Syndrome. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013;16(68):1-11.
 38. Abbasinia K, Hosini F. A comparative study of the effects of omega-3 and perforan on severity mood symptoms in premenstrual syndrome. *Complementary. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2013;3(3):529-40.
 39. Sepehrirad M, Toozandehjani H. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy training and nutritional strategies based on traditional medicine on Premenstrual Syndrome. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015;18(177):11-9.
 40. Armand A, Talaei A. The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on reducing psychological problems and symptoms of premenstrual syndrome. *bstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012;15(21):24-31.
 41. Kues JN, Janda C, Kleinstaubler M, Weise C. Internet-based cognitive behavioural self-help for premenstrual syndrome: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2014;15:472. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-472> PMID:25467540 PMCID:PMC4265499
 42. Taghizadeh Z, Shirmohammadi M, Feizi A, Arbabi M. The effect of cognitive behavioural psycho-education on premenstrual syndrome and related symptoms. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20(8):705-13. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01965.x> PMID:22957993
 43. Özdel K, Kervancıoğlu A, Taymur İ, Efe C, Türkçapar AF, Güriz SO, et al. Premenstrual Symptom Screening Tool: A Useful Tool for DSM-5 Premenstrual Dysphoric Disorder Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci: DSM-5 Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğunu Taramada Kullanışlı bir Gereç.
 44. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(3):203-9. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0018-4> PMID:12920618
 45. Hariri FZ, Moghaddam-Banaem L, Siah Bazi S, Saki Malehi A, Montazeri A. The Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): a validation study. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(6):531-7. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0375-6> PMID:23974654
 46. Abadi MAJ, Mohammadi SM. *Statistical Series: An Introduction to Inferential Statistics (Numerical Estimation, Reliability Distance, and Assumption Test)*. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid*. 2013;12(3):173-92.
 47. Kim H-Y. Statistical notes for clinical researchers: effect size. *Restorative dentistry & endodontics*. 2015;40(4):328-31. <https://doi.org/10.5395/rde.2015.40.4.328> PMID:26587420
 48. Masoumi S, Shayan A, Shobeiri F, Roshanaei G, KhaniaLlamooti M. The effect of training premenstrual coping skills in undergraduate students in the schools of nursing and midwifery, Hamedan-Iran. 2017.