

بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر شدت علائم سندرم قبل از قاعدگی

شهلا نورانی سعدالدین^۱، رقیه دادی گیوشاد^{۲*}، دکتر حبیب الله اسماعیلی^۳،
دکتر زهره سپهری شاملو^۴

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۵/۱۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۶/۲۸

خلاصه

مقدمه: سندرم قبل از قاعدگی، مجموعه ای از علائم ناخوشایند فیزیکی، روانی یا رفتاری است که به صورت تکرار شونده در فاز لوتئال چرخه قاعدگی مشاهده می شود. ۹۰ درصد زنان، درجاتی از نشانه های سندرم قبل از قاعدگی را تجربه می کنند. تاکنون درمانی برای سندرم قبل از قاعدگی تأیید نشده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر شدت علائم روانی و جسمانی سندرم قبل از قاعدگی دانشجویان انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروه از بهمن ماه سال ۱۳۹۱ تا پایان خرداد ماه سال ۱۳۹۲ بر روی ۶۸ دانشجوی سال اول کارشناسی ساکن در خوابگاه دانشگاه فردوسی مشهد انجام شد. افراد به طور تصادفی در دو گروه آموزش و کنترل قرار گرفتند. گروه آموزش، مهارت های زندگی را طی ۸ جلسه آموزش دیدند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه اطلاعات فردی و قاعدگی، پرسشنامه سلامت عمومی، فرم تشخیص موقت سندرم قبل از قاعدگی، فرم ثبت وضعیت روزانه علائم و فرم های سنجش آگاهی و نگرش درباره سندرم قبل از قاعدگی بود. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های من ویتنی، تی مستقل، تی زوج و کای اسکور مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: دو گروه از نظر متغیرهای سن، سن منارک، شاخص توده بدنی، تحصیلات و شغل پدر و مادر، رشته تحصیلی، طبقه اجتماعی - اقتصادی، دیسمنوره و شدت آن، شدت سندرم قبل از قاعدگی، تأخیر در انجام فعالیت های روزانه و غیبت از کلاس درس به دلیل سندرم قبل از قاعدگی، آگاهی و نگرش درباره سندرم قبل از قاعدگی همگن بودند. دو گروه از نظر شدت علائم روانی سندرم قبل از قاعدگی بعد از مداخله تفاوت معنی داری داشتند ($p=0/005$). اما از نظر شدت علائم جسمانی سندرم قبل از قاعدگی در بعد از مداخله، تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/907$).

نتیجه گیری: آموزش مهارت های زندگی، شدت علائم روانی سندرم قبل از قاعدگی را کاهش می دهد.

کلمات کلیدی: آموزش، دانشجویان، سندرم قبل از قاعدگی

مقدمه

حدود ۹۰-۸۰ درصد زنان در سنین باروری و قبل از شروع قاعدگی، علائمی را تجربه می کنند که آنها را از قریب الوقوع بودن قاعدگی آگاه می کند (۱). در ۴۰-۲۰ درصد موارد، افراد دچار ناتوانی جسمی یا روانی و ۵ درصد افراد، دچار پریشانی شدید می شوند (۲). طبق تعریف، سندرم قبل از قاعدگی عبارت است از: "مجموعه ای از علائم ناخوشایند فیزیکی، روانی یا رفتاری که به صورت تکرار شونده در طی فاز لوتئال چرخه قاعدگی فرد مشاهده می شود و شدت آنها به اندازه ای است که بر روابط فرد با اطرافیان، تأثیر سوء گذاشته و یا فعالیت های طبیعی فرد را مختل می کند" (۱). طیف بسیار وسیعی از علائم بدنی و رفتاری، به سندرم قبل از قاعدگی نسبت داده شده است (۳). بر اساس بررسی های داخل کشور نیز، شیوع سندرم قبل از قاعدگی در بین دانشجویان، متفاوت و بین ۴۴/۵ تا ۸۲/۵ درصد گزارش شده است. مطالعه سعادت (۲۰۰۹) در تهران نشان داد که ۶۵/۵ درصد از دختران دانشجو در شهر تهران به این سندرم مبتلا هستند (۴). با توجه به اینکه سندرم قبل از قاعدگی باعث غیبت های کاری، کاهش کارایی و کاهش عملکرد تحصیلی دانشجویان می شود، دارای پیامدهای اقتصادی می باشد. یکی دیگر از پیامدهای این سندرم، مجادلات خانوادگی است (۱). تشخیص سندرم پیش از قاعدگی به وجود علائم مشخصه سندرم، زمان بندی و شدت آنها و رد تشخیص های دیگر بستگی دارد (۳). بهترین روش جهت تعیین ماهیت علائم سندرم و تأثیر آنها بر کارکرد بیمار، استفاده از یک تقویم برای ثبت علائم در ماه های آینده توسط خود بیمار است (۵). مکانیسم دقیق این تغییرات و تنش ها، هنوز به درستی شناخته نشده است و به نظر می رسد عوامل متعددی در بروز آنها دخیل هستند. در حال حاضر در مطالعات تجربی، هیچ نوع درمانی برای سندرم قبل از قاعدگی مورد تأیید قرار نگرفته است (۶). اگر چه در برخی مطالعات انجام شده، مداخلات دارویی بر بهبود علائم متوسط و شدید سندرم قبل از قاعدگی مؤثر بوده اند، اما برخی مطالعات دیگر، نشان دهنده تأثیر مثبت مداخلات غیردارویی بر

بهبود علائم و افزایش قدرت تطابق زنان با سندرم قبل از قاعدگی بود (۷). زمانی که شدت علائم در فرد به اندازه ای باشد که باید کاری بیش از مشاوره ساده و اطمینان بخش برای او انجام شود، اولین اقدام، تلاش برای تغییر سبک زندگی است. اینگونه بیماران باید تشویق شوند که درباره مشکلاتشان با افراد مهم زندگی شان صحبت کنند. راهبردهای کاهش تنش نیز می تواند در این زمینه کمک کننده باشد. به کمک مشاوره می توان مهارت های ارتباطی و همچنین اعتماد بنفس بیمار را بهبود بخشید (۵). مطالعه دادوندی و همکاران (۲۰۱۱) تحت عنوان "اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری در کاهش علائم جسمانی سندرم قبل از قاعدگی"، نشان داد که آموزش، نقش بسزایی در کاهش علائم سندرم قبل از قاعدگی دارد و از رویکردهای آموزشی می توان به عنوان یک روش مفید جهت کاهش شدت این علائم استفاده کرد که از جمله آنها می توان به آموزش مهارت های زندگی اشاره کرد (۸).

آموزش مهارت های زندگی در مواقعی که فرد از یک اختلال روانی یا عاطفی رنج می برد، می تواند نقش مؤثری در بازیابی سلامت روانی داشته باشد و این آموزش، هم برای پیشگیری و هم برای درمان مشکلات روانی مناسب است (۹). سازمان جهانی بهداشت، مهارت های زندگی را به ۱۰ گروه تقسیم کرده است که شامل خودآگاهی، همدلی، برقراری ارتباط مؤثر، روابط بین فردی، تفکر خلاق، تفکر انتقادی، حل مسئله، تصمیم گیری، مقابله با استرس و مقابله با هیجانات می باشد (۱۰). نتایج مطالعات مختلف نشان داده اند که آموزش مهارت های زندگی در افزایش سلامت روانی، سلامت جسمی و ارتقاء کیفیت زندگی مؤثرند. مطالعه میکائیلی و همکاران (۲۰۱۱) تحت عنوان "بررسی مقایسه ای اثربخشی آموزش سه مهارت زندگی بر سلامت عمومی دانشجویان سال اول" نشان داد که این آموزش ها بر بهبود سلامت عمومی دانشجویان مؤثرند (۱۱).

مهارت های زندگی، افراد را قادر می سازد تا دانش، نگرش و ارزش هایشان را به توانایی های واقعی تبدیل کنند

مراکز مشاوره، آموزش مهارت‌های زندگی به خصوص مهارت مقابله با هیجانات و مهارت مقابله با استرس، به عنوان یک روش پیشگیری سطح اول و همچنین یک روش درمانی مورد استفاده قرار گیرد (۱۷).

از آنجایی که علائم روانی شایع سندرم قبل از قاعدگی شامل تحریک پذیری، تنش، تند مزاجی، خلق و خوی متغیر، دوری از اجتماعات و تمایل به تنهایی می باشد، به نظر می‌رسد که چهار مؤلفه از برنامه آموزش مهارت‌های زندگی (شامل مهارت‌های خودآگاهی، ارتباط مؤثر، مقابله با هیجانات منفی (خشم) و مقابله با استرس) بتواند مشکلات ناشی از علائم سندرم را تحت پوشش قرار دهد. خودآگاهی به معنای توانایی و ظرفیت فرد در شناخت خویش و همچنین شناسایی خواسته‌ها، نیازها و احساسات خویش است. در این مهارت، فرد می‌آموزد که چه شرایط یا موقعیت‌هایی برای او فشارآور است (۱۸). مهارت برقراری ارتباط مؤثر، به فرد کمک می‌کند تا بتواند نظرها، عقاید، خواسته‌ها، نیازها و هیجان‌های خود را ابراز و به هنگام نیاز، از دیگران درخواست کمک و راهنمایی کند (۱۹). فنون و مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر، به عنوان یکی از اصلی‌ترین قسمت‌های آموزش مهارت‌های زندگی در نظر گرفته می‌شود (۱۸). مهارت مقابله با هیجان‌ها، فرد را قادر می‌سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص داده، نحوه تأثیر هیجان‌ها بر رفتار را بداند و بتواند واکنش مناسبی به هیجان‌های مختلف نشان دهد (۱۹). خشم، یکی از هیجان‌های منفی است که اگرچه احساسی طبیعی است و جزء هیجان‌های پایه به شمار می‌رود، ولی با توجه به اینکه می‌تواند منجر به رفتار پرخاشگرانه شود، شناسایی و مهار آن به شیوه‌ای جامعه‌پسندانه و غیر پرخاشگرانه ضروری است (۱۸). مهارت مقابله با استرس شامل: شناخت استرس‌های مختلف زندگی و تأثیر آنها بر فرد است. شناسایی منابع بالقوه تنش‌زا و چگونگی تأثیر آنها، فرد را قادر می‌سازد تا با اعمال و موضع‌گیری‌های مناسب خود، فشار و استرس را کاهش دهد (۱۹). با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای در رابطه با تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر شدت علائم سندرم قبل از قاعدگی انجام نشده است،

(۱۲). ادوارد (۲۰۰۲) در مطالعه خود تحت عنوان "آموزش مهارت حل مسأله به نوجوانان" دریافت که با آموزش ای مهارت، میزان استرس در نوجوانان کاهش یافته و همین طور در تفکر به خودکشی و اقدام به انجام آن در مواقع بروز رویدادهای استرس‌زا، کاهش زیادی صورت گرفته است (۱۳). در حالی که مطالعه یادوا و همکاران (۲۰۰۹) در دهلی تحت عنوان "تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عزت نفس، سازگاری و همدلی در بین نوجوانان" نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود عزت نفس و همدلی در نوجوانان مؤثر است اما بر بهبود سازگاری اجتماعی تأثیری ندارد (۱۲). در مطالعه بارات و همکاران (۲۰۱۰) در هند، نوجوانانی که مهارت‌های زندگی را آموزش دیده بودند، اعتماد به نفس، مهارت مقابله با استرس و سازگاری عمومی بهتری به خصوص با معلمان در مدرسه و رفتار اجتماعی بهتری داشتند اما تفاوت آماری معنی‌داری از نظر سازگاری در خانه و با همسالانشان نداشتند (۱۴).

آموزش مهارت‌های زندگی، ابتدا بیشتر در حوزه تغییر رفتار و درمان بیماری‌های مزمن نظیر روان گسیختگی انجام می‌شد اما طی دو دهه گذشته، پیشرفت‌های قابل توجهی در آن صورت گرفته است؛ به گونه‌ای که تأثیر آن در افزایش کارکردهای اجتماعی، کیفیت زندگی، سلامت روان شناختی و کاهش علائم بیماری‌های روان شناختی مختلف، کارآمدتر از درمان‌های دارویی گزارش شده است (۱۵). در مطالعه شعبانی و همکاران (۲۰۱۲) در زنجان که با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در مبتلایان به سرطان پستان در زمینه سازگاری بهتر با مشکلات زندگی و افزایش سلامت روانی انجام شد، در گروه مداخله، نشانه‌های اضطراب و افسردگی، اختلال‌های روان تنی، اختلالات خواب و اختلالات عملکرد اجتماعی کاهش چشمگیری یافت (۱۶).

نتایج مطالعه یوسف پور و همکار (۲۰۰۹) نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود علائم جسمانی و روانی معلولان مؤثر است. همچنین پیشنهاد کردند که در مراکز بهداشت، بیمارستان‌ها، مراکز اجتماعی و

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر شدت علائم روانی و جسمانی سندرم قبل از قاعدگی انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروهه از بهمن ماه سال ۱۳۹۱ تا پایان خرداد ماه سال ۱۳۹۲ و با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر شدت علائم سندرم قبل از قاعدگی دانشجویان سال اول ساکن در خوابگاه دانشگاه فردوسی مشهد انجام شد. پژوهشگر پس از تأیید کمیته اخلاق و کسب معرفی نامه، به امور خوابگاه های دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کرد و معرفی نامه جهت انجام نمونه گیری برای مسئولین خوابگاه‌های پردیس ۲ و ۴ گرفت (به دلیل سکونت تمام دانشجویان سال اول مقطع کارشناسی در این دو خوابگاه) و پس از مراجعه به مسئولین خوابگاه‌ها، به آنان توضیحاتی درباره پژوهش، اهداف و نحوه انجام آن داد و از بین این دو خوابگاه، با سکه به روش شیر یا خط، یکی در گروه کنترل و دیگری در گروه آموزش قرار گرفتند (پردیس ۲، گروه کنترل و پردیس ۴ گروه آموزش). تمام دانشجویان سال اول مقطع کارشناسی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. ۳۳ نفر از دانشجویان پردیس ۴ به عنوان گروه آموزش و ۳۵ نفر از دانشجویان پردیس ۲، به عنوان گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند که به دلیل حذف برخی افراد در دو گروه، در نهایت ۲۷ نفر در گروه آموزش و ۲۸ نفر در گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند.

سپس با هماهنگی مسئولین خوابگاه‌ها، پژوهشگر با مراجعه به درب تمامی اتاق‌های خوابگاه، درباره اهداف و نحوه انجام مطالعه توضیحات لازم را به افراد داد و از بین دانشجویانی که فرم رضایت نامه را به طور کتبی تکمیل کردند، نمونه‌گیری را آغاز کرد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت جهت شرکت در مطالعه، ابتلاء به سندرم قبل از قاعدگی، مجرد و ایرانی بودن، دانشجوی ساکن خوابگاه دانشگاه فردوسی مشهد، داشتن عادت ماهیانه منظم (فاصله بین دو عادت

ماهیانه ۲۸-۳۳ روز و مدت خونریزی در هر سیکل قاعدگی ۱۰-۷ روز)، کسب نمره کمتر از ۲۸ در پرسشنامه سلامت عمومی، داشتن حداقل ۵ علامت از علائم فرم پرسشنامه سندرم قبل از قاعدگی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: سابقه فعالیت ورزشی منظم^۱ طی ۳ ماه قبل از شروع مطالعه و ضمن مطالعه، داشتن رژیم غذایی خاص^۲، استفاده از تدابیر درمانی دارویی، گیاهی و غیر دارویی^۳ جهت تسکین مشکلات قبل از قاعدگی از ۳ روز قبل از شروع مطالعه، سابقه بیماری‌های مزمن^۴، حادثه مهم و ناگوار (مانند فوت یکی از اقوام درجه یک، اختلافات شدید خانوادگی، مشکلات مالی شدید در خانواده) طی ۳ ماه قبل از شروع مطالعه، غیبت بیش از یک جلسه در کلاس‌های آموزش مهارت‌های زندگی، آشنایی با مهارت‌های زندگی (از طریق شرکت در کارگاه‌ها، مطالعه کتاب و سایر روش‌ها)، رشته‌های روانشناسی، جامعه‌شناسی، علوم تربیتی و پرورشی بود. افراد ابتدا فرم انتخاب واحد پژوهش را تکمیل کردند و در صورتی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، فرم پرسشنامه شماره ۱ (پرسشنامه سلامت عمومی) نیز به آنان داده شد تا تکمیل کنند. به افرادی که نمره پرسشنامه سلامت عمومی آنها ۲۸ و کمتر از آن بود، فرم شماره ۲ (تشخیص سندرم قبل از قاعدگی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست چهارم^۵) ارائه و جمع‌آوری شد. با وجود حداقل ۵ علامت از علائم موجود در فرم (یکی از ۵ علائم، باید از چهار علامت اول فرم شماره ۲ باشد)، افراد به عنوان واحد پژوهش انتخاب شدند. سپس فرم پرسشنامه شماره ۳ (اطلاعات فردی و قاعدگی) و فرم شماره ۵ (پرسشنامه آگاهی و نگرش درباره سندرم قبل از

^۱عضویت در تیم‌های ورزشی استانی یا کشوری و شرکت در برنامه‌های منظم ورزشی حداقل سه بار در هفته و بیشتر به مدت حداقل ۳۰ دقیقه
^۲گیاه‌خواری، خام‌خواری، آب‌درمانی و نخوردن برخی مواد غذایی
^۳آزمینات آرامسازی، یوگا، طب سوزنی، طب فشاری
^۴آسم، دیابت، فشار خون، صرع، میگرن، بیماری‌های تیروئید، کم‌خونی، بیماری‌های قلبی، تنفسی و کلیوی، اعصاب و روان

^۵ DSMIV

قاعدگی آغاز می شود و فرد شدت علائم را با استفاده از مقیاس ۰-۳ تعیین می کند. سپس شدت سندرم محاسبه می شود (۳). در صورتی که عدد حاصله کمتر از ۳۰ درصد باشد، شدت سندرم قبل از قاعدگی از نوع خفیف می باشد. در صورتی که این عدد ۳۰ درصد یا بیشتر و کمتر از ۵۰ درصد باشد، شدت سندرم از نوع متوسط و در صورتی که این عدد بین ۵۰ تا ۶۰ درصد باشد، شدت سندرم از نوع شدید و در صورتی که این رقم به بیشتر از ۶۰ درصد برسد، شدت سندرم از نوع بسیار شدید در نظر گرفته می شود (۲۱).

به منظور تعیین روایی پرسشنامه ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که اطلاعات به دست آمده از طریق مطالعه و بررسی کتاب ها و مقالات و مطالعات گوناگون در زمینه موضوع پژوهش، به صورت فرم های پرسشنامه زیر نظر اساتید راهنما و مشاور، تهیه و تنظیم شد و در اختیار ۱۰ تن از اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفت و پس از بررسی نظرات اصلاحی آنان منظور شد. روایی پرسشنامه سلامت عمومی در سال ۱۳۷۴ در ایران توسط پالاهنگ تأیید شده است (۲۲).

به منظور تعیین پایایی فرم پرسشنامه شماره ۱ (پرسشنامه سلامت عمومی)، از روش آلفا کرونباخ استفاده شد؛ بدین ترتیب که ابتدا پرسشنامه ها در اختیار ۱۰ نفر از افراد جامعه پژوهش قرار گرفت و سپس با ضریب آلفا کرونباخ $0/80$ تأیید شد. به منظور تعیین پایایی فرم های شماره ۲، ۴، ۵ و ۶ از روش بازآزمایی مجدد استفاده شد. پایایی فرم شماره ۲ (تشخیص سندرم قبل از قاعدگی) با $r=0/82$ ، پایایی فرم شماره ۴ (تقویم ثبت وضعیت روزانه علائم سندرم قبل از قاعدگی) با $r=0/82$ ، پایایی فرم پرسشنامه شماره ۵ (فرم سنجش آگاهی و سنجش نگرش درباره سندرم قبل از قاعدگی) به ترتیب با $r_p=0/92$ و $r_p=0/93$ در این مطالعه تأیید شد. پایایی وزنه با استفاده از یک وزنه ۲۰۰۰ گرمی و پایایی متر نواری با استفاده از خط کش غیر قابل انعطاف استاندارد چوبی سنجیده شد.

قاعدگی)، توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد و سپس جهت تعیین شدت سندرم قبل از قاعدگی، فرم شماره ۴ (ثبت وضعیت روزانه علائم به صورت آینده نگر) برای دو سیکل متوالی توسط نمونه ها تکمیل شد. بدین صورت که ابتدا یک فرم به افراد داده می شد تا از روز اول سیکل تکمیل کنند. از افراد خواسته شد تا پس از تکمیل فرم اول جهت تحویل فرم و دریافت فرم دوم، با پژوهشگر تماس بگیرند.

فرم پرسشنامه سلامت عمومی، اولین بار توسط کلدبرگ (۱۹۷۲) تنظیم شد و دارای ۲۸ سؤال می باشد و از ۴ خرده مقیاس تشکیل شده است که هر کدام از آنها دارای ۷ سؤال می باشد. سؤال ۱ تا ۷ مربوط به نشانه های جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب و بی خوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی می باشد. روش نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب بود که از گزینه الف تا د "نمره صفر، یک، دو و سه" تعلق می گرفت. در نتیجه، نمره فرد در هر یک از خرده مقیاس ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه، از صفر تا ۸۴ بود. در این پرسشنامه نمره کمتر، بیانگر سلامت روان بهتر بود (۲۰). فرم تشخیص سندرم قبل از قاعدگی بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست چهارم، شامل ۱۱ علامت از علائم سندرم قبل از قاعدگی است که در صورت داشتن ۵ مورد یا تعداد بیشتری از ۱۱ علائم سندرم قبل از قاعدگی (حداقل یکی از علائم باید از چهار علامت اول باشد)، فرد مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی در نظر گرفته می شود (۳). پرسشنامه آگاهی و نگرش درباره سندرم قبل از قاعدگی، یک فرم پژوهشگر ساخته است که شامل ۱۰ سؤال در زمینه سنجش آگاهی و ۱۰ سؤال درباره سنجش نگرش درباره سندرم قبل از قاعدگی می باشد. تقویم ثبت وضعیت روزانه علائم سندرم قبل از قاعدگی شامل ۲۲ علامت (۱۰ علامت از شایع ترین علائم گزارش شده فیزیکی و ۱۲ علامت از شایعترین علائم گزارش شده رفتاری) می باشد. فرد باید حداقل دو سیکل متوالی را ثبت کند. تقویم از روز اول چرخه

پس از تکمیل ثبت وضعیت روزانه علائم به صورت آینده نگر، برای گروه آموزش در دو سیکل متوالی، ۴ مهارت خودآگاهی، ارتباط مؤثر، مبارزه با هیجانات منفی (خشم) و استرس، طی ۸ جلسه و هر مهارت در ۲ جلسه طی یک هفته، آموزش داده شد. روش آموزش به کار گرفته شده، سخنرانی همراه با ارائه پاورپوینت و انجام فعالیت های گروهی توسط دانشجویان و پرسش و پاسخ بود. آموزش توسط یک پژوهشگر، پس از گذراندن دوره آموزش مهارت های زندگی در مرکز مشاوره مهارت های زندگی، مورد تأیید سازمان بهزیستی و کسب گواهینامه داده شد. صلاحیت پژوهشگر جهت آموزش، توسط روان شناس تأیید شد. در جلسه اول، مفاهیم خودآگاهی، ویژگی های افراد خودآگاه، مؤلفه ها و فواید خودآگاهی، خودپنداره و اهمیت آن توسط پژوهشگر آموزش داده شد و فعالیت های مربوطه شامل تکمیل کردن برگه احساسات، خودپنداره و نقاط ضعف انجام شد. در جلسه دوم، ادامه بحث خودآگاهی، مفاهیم عزت نفس و تاب آوری و ویژگی های افراد تاب آور آموزش داده شد و فعالیت های مربوطه شامل تکمیل کردن برگه خودآگاهی، عزت نفس و موقعیت انجام شد. در جلسه سوم، مفاهیم ارتباط و اهمیت ارتباط، ارتباط کلامی و غیر کلامی و اجزای ارتباط آموزش داده شد و فعالیت های گروهی شامل ارتباط غیر کلامی، آشنایی با اجزای ارتباط و چک لیست اجزای ارتباط انجام شد. در جلسه چهارم، ادامه مبحث ارتباط مؤثر، مفاهیم گوش دادن فعال و اهداف آن و روش های مؤثر برای گوش دادن فعال و توصیه هایی برای کارآمدتر کردن ارتباط کلامی و موانع ارتباط مؤثر آموزش داده شد و فعالیت مربوطه شامل تکمیل کردن چک لیست ارزیابی شنونده انجام شد. در جلسه پنجم، مفاهیم استرس و راه های مقابله با آن توسط پژوهشگر آموزش داده شد و فعالیت های مربوطه شامل توضیح توسط دانشجویان درباره مقابله با استرس و تجربارب استرس آور انجام شد. در جلسه ششم، ادامه مبحث مقابله با استرس، مفاهیم توصیه های کوچک برای مقابله سازگارانه با استرس، مدیریت مالی و تنظیم وقت و مهارت های مقابله ای آموزش

داده شد و سپس فعالیت های مربوط به این جلسه شامل تهیه فهرست اهداف کوتاه مدت و اولویت بندی آنها و روش های مقابله کارآمد با استرس توسط دانشجویان انجام شد. در جلسه هفتم، مفهوم خشم و علائم هشدار دهنده بروز خشم آموزش داده شد و فعالیت های مربوطه شامل بیان مثال هایی از خشم خود، احساسات بروز کننده در زمان خشم انجام شد و در جلسه آخر تدریس، ادامه مبحث مقابله با خشم، مفاهیم موقعیت های ایجاد کننده خشم، شیوه های ابراز خشم و شیوه های عملی کنترل خشم توسط پژوهشگر آموزش داده شد و فعالیت های مربوطه شامل تمرین آرام سازی در زمان خشم و تکمیل برگه موقعیت (قرار گرفتن در موقعیت های خشم آور) انجام شد. برای گروه کنترل نیز ۸ جلسه آموزش، با حضور پژوهشگر برگزار شد و در هر جلسه، یک پمفلت درباره بیماری های منتقله جنسی به دانشجویان داده شد تا مطالعه کنند و سپس درباره مطالب خوانده شده از افراد پرسش و پاسخ به عمل آمد و به سؤالات آنان پاسخ داده شد. پمفلت های ارائه شده در جلسات به ترتیب شامل: آشنایی با دستگاه تناسلی زنان، بیماری های آمیزشی، ایدز، واژینیت ها، عفونت های کلامیدیایی، سوزاک، سیفلیس، زگیل و تب خال تناسلی بود. پس از اتمام آموزش، واحدهای پژوهش در هر دو گروه، فرم ثبت روزانه علائم سندرم قبل از قاعدگی را به صورت آینده نگر در یک سیکل تکمیل کردند. سپس فرم ها جمع آوری شد و پرسشنامه ها کدگذاری شدند. در نهایت پس از اعمال معیارهای خروج از مطالعه، داده های حاصل از ۵۵ نفر (۲۷ نفر در گروه آموزش و ۲۸ نفر در گروه کنترل) با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. در این مطالعه جهت بیان مشخصات واحدهای پژوهش، از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و جهت آزمون های همگنی در دو گروه از آزمون های کای دو، تی زوجی و یا آزمون من ویتنی استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مطالعه حاضر جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی، از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیرهای سن منارک، شاخص توده بدنی در هر دو گروه مورد مطالعه دارای

توزیع نرمال بودند ($p > 0/05$) ولی متغیر سن، دارای توزیع نرمال نبود ($p < 0/001$). بر اساس نتایج مطالعه، دو گروه از نظر متغیرهای سن ($p = 0/31$)، سن منارک ($p = 0/913$) و شاخص توده بدنی ($p = 0/662$) همگن بودند (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین سن، سن منارک، شاخص توده بدنی در دو گروه کنترل و آموزش

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	(حدافل، حداکثر)	نتیجه آزمون آماری	درجه آزادی
سن (سال)	کنترل آموزش	۲۸	۱۹/۰	۱/۲	(۱۸،۲۳)	$p = 0/31$	-
		۲۷	۱۸/۷	۰/۹	(۱۸،۲۲)		
سن منارک (سال)	کنترل آموزش	۲۸	۱۳/۱	۱/۴	(۱۱،۱۶)	$p = 0/913$	۵۳
		۲۷	۱۳/۱	۱/۴	(۱۰،۱۵)		
شاخص توده بدنی	کنترل آموزش	۲۸	۲۱/۷	۴/۵	(۳۸/۱۶،۱/۱)	$p = 0/662$	۵۳
		۲۷	۲۱/۲	۳/۴	(۳۰/۱۵،۷/۲)		

در دو گروه آموزش و کنترل، ۱۱ نفر (۴۰/۷٪) را دانشجویان رشته الهیات و ۷ نفر (۲۵٪) را دانشجویان رشته مهندسی تشکیل می دادند. بر اساس نتایج آزمون های دقیق فیشر و کای اسکوئر، بین گروه و رشته تحصیلی، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت و دو گروه از این نظر همگن بودند. در گروه آموزش، بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات مادر، ابتدایی (۲۹/۶٪) و در گروه کنترل، تحصیلات متوسطه (۳۲/۱٪) بود و به طور کلی دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p = 0/363$).

در گروه آموزش، بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات پدر، عالی (۲۹/۶٪) و راهنمایی (۲۹/۶٪) بود و این میزان در گروه کنترل مربوط به تحصیلات متوسطه (۳۵/۷٪) بود و به طور کلی دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p = 0/694$).

شغل پدر اکثر واحدهای پژوهش در گروه کنترل (۵۰/۰٪)، آزاد و در گروه آزمون (۵۵/۶٪) کارمند بود. بر اساس آزمون من ویتنی، دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p = 0/300$). شغل مادر اکثر واحدهای پژوهش در گروه کنترل (۷۵٪) و آزمون (۸۵/۲٪)، خانه دار بود. بر اساس آزمون من ویتنی، دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p = 0/350$).

از نظر طبقه بندی اجتماعی - اقتصادی، اکثر واحدهای پژوهش (۴۵/۵٪) در دو گروه آموزش و کنترل در طبقه سوم بودند، بر اساس آزمون من ویتنی، بین گروه و طبقه اجتماعی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت و دو گروه از نظر این متغیر همگن بودند ($p = 0/331$). دو گروه کنترل و آموزش از نظر متغیرهای دسیمنوره و شدت آن، تفاوت آماری معنی داری نداشتند (به ترتیب $p = 0/611$ ، $p = 0/325$) و دو گروه از این نظر همگن بودند. همچنین دو گروه از نظر متغیرهای تأخیر در انجام فعالیت های روزانه و غیبت از کلاس درس به دلیل سندرم قبل از قاعدگی همگن بودند (به ترتیب $p = 0/891$ و $p = 0/787$). آگاهی اکثر واحدهای پژوهش در هر دو گروه آموزش (۶۶/۷٪) و کنترل (۵۷/۱٪) در زمینه سندرم قبل از قاعدگی در حد متوسط بود و هیچ کدام از افراد گروه آموزش، آگاهی "خوب" را گزارش نکردند. بر اساس آزمون آماری من ویتنی، بین گروه و آگاهی، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت و دو گروه از این نظر همگن بودند ($p = 0/859$). همچنین نگرش درباره سندرم قبل از قاعدگی در اکثر واحدهای پژوهش در هر دو گروه آموزش (۵۹/۳٪) و کنترل (۵۳/۶٪) "متوسط" بود. بر اساس آزمون آماری من ویتنی، بین گروه و نگرش، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت و دو گروه از این نظر همگن بودند

($p=0/412$). همچنین دو گروه از نظر شدت سندرم قبل از قاعدگی تفاوت معنی داری نداشتند و دو گروه از

جدول ۲- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب شدت سندرم قبل از قاعدگی بر اساس تقویم علائم روزانه قبل از مداخله در دو گروه کنترل و آموزش

نتیجه آزمون من ویتنی	گروه			شدت علائم سندرم قبل از قاعدگی
	کل	آموزش	کنترل	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
$p=0/876$	۳۴ (۶۱/۸)	۱۶ (۵۹/۳)	۱۸ (۶۴/۳)	خفیف
	۱۵ (۲۷/۳)	۹ (۳۳/۳)	۶ (۲۱/۴)	متوسط
	۶ (۱۰/۹)	۲ (۷/۴)	۴ (۱۴/۳)	شدید
	۵۵ (۱۰۰/۰)	۲۷ (۱۰۰/۰)	۲۸ (۱۰۰/۰)	کل

میانگین شدت علائم روانی سندرم قبل از قاعدگی قبل از مداخله در گروه آموزش بیشتر از گروه کنترل بود اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود ($p=0/230$). اختلاف نمرات قبل و بعد از مداخله در گروه آموزش و کنترل از

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار شدت علائم روانی سندرم قبل از قاعدگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آموزش و کنترل

سطح معنی داری	گروه		شدت علائم روانی سندرم قبل از قاعدگی
	کنترل	آموزش	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
$*p=0/230$	۲۷/۱۱ ± ۲۴/۷۳	۳۴/۷۱ ± ۲۱/۵۳	قبل از مداخله
$*p=0/752$	۲۳/۵۶ ± ۲۲/۰۰	۲۱/۸۶ ± ۱۷/۲۹	بعد از مداخله
$**p=0/005$	۳/۵۵ ± ۱۸/۲۰	۱۲/۸۵ ± ۱۴/۷	اختلاف
	$***p=0/312$	$***p<0/001$	نتیجه آزمون

*آزمون تی مستقل، **آزمون من ویتنی، ***آزمون تی زوجی

دو گروه آموزش و کنترل از نظر شدت علائم جسمانی، قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری نداشتند ($p=0/907$) و این نشان می دهد که آموزش مهارت های زندگی بر شدت علائم جسمانی سندرم قبل از قاعدگی تأثیری نداشته است (جدول ۴).

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار شدت علائم جسمانی سندرم قبل از قاعدگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آموزش و کنترل

سطح معنی داری	گروه		شدت علائم جسمانی سندرم قبل از قاعدگی
	کنترل	آموزش	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
$*p=0/629$	۲۲/۲۲ ± ۱۶/۴۷	۲۴/۷۰ ± ۲۱/۱۰	قبل از مداخله
$*p=0/690$	۱۸/۹۴ ± ۱۵/۳۸	۲۰/۹۱ ± ۲۰/۶۸	بعد از مداخله
$*p=0/907$	۳/۲۹ ± ۱۳/۸۴	۳/۷۹ ± ۱۷/۸۷	اختلاف
	$*p=0/219$	$**p=0/280$	نتیجه آزمون

*آزمون تی مستقل، **آزمون تی زوجی

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، آموزش مهارت های زندگی، شدت علائم روانی سندرم قبل از قاعدگی را کاهش داد، در حالی که در شدت علائم جسمانی قبل و بعد از مداخله، تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. در مطالعه یوسف پور و همکار (۲۰۰۹) که با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر بهبود بهداشت روانی، علائم جسمانی و اضطراب معلولان جسمی بهزیستی شهرستان تبریز انجام شد، علائم جسمانی معلولان جسمی بر اثر آموزش مهارت های زندگی، بهبود یافت. همچنین بین پیش آزمون و پس آزمون اضطراب، اختلاف بسیار معنی داری مشاهده شد؛ یعنی اضطراب معلولان جسمی بر اثر آموزش مهارت های زندگی بهبود یافته بود. در این مطالعه به آموزش ۴ مهارت از مهارت های ۱۰ گانه زندگی شامل خودآگاهی، حل مسأله، مقابله با استرس و مهارت ارتباط در ۱۲ جلسه یک ساعته به دلیل محدودیت زمان و مکان اکتفا شده بود (۱۷). در مطالعه حاضر به دلیل متفاوت بودن تعداد جلسات آموزشی، مرتبط بودن علائم جسمانی سندرم قبل از قاعدگی به تغییرات هورمونی، متفاوت بودن ابزار سنجش علائم جسمانی، متفاوت بودن پژوهش و استفاده از مهارت مقابله با خشم در مطالعه حاضر و استفاده از مهارت حل مسأله در مطالعه یوسف پور، نتایج در زمینه بهبودی علائم جسمانی همخوانی نداشت. در مطالعه تقی زاده و همکاران (۲۰۰۹) در تهران، انجام مشاوره گروهی به عنوان یک روش غیر دارویی، باعث کاهش شدت کلی سندرم قبل از قاعدگی، علائم جسمانی، اضطراب، حساسیت در روابط بین فردی و پرخاشگری مرتبط با سندرم قبل از قاعدگی شد و تنها در بُعد افسردگی، کاهش معناداری مشاهده نشد (۷). در مطالعه حاضر نیز آموزش مهارت های زندگی، شدت علائم روانی سندرم قبل از قاعدگی را کاهش داد که با نتایج مطالعه فوق همخوانی داشت. شاید یکی از دلایل این امر، آموزش مهارت های کنترل استرس در هر دو مطالعه باشد. ولی در مطالعه حاضر، آموزش مهارت های زندگی بر علائم جسمانی مؤثر نبود که این امر، ناشی از متفاوت بودن محتوای آموزشی در دو مطالعه، تغییر

عادات غذایی و الگوی فعالیت بدنی آموزش داده شده در مطالعه تقی زاده بود. نتایج مطالعه دادوندی و همکاران (۲۰۱۱) در تهران نشان داد که آموزش گروهی شناختی - رفتاری، بر کاهش سردرد، پرخوری و نفخ شکم ناشی از سندرم قبل از قاعدگی در مادران تأثیر دارد. همچنین نتایج نشان داد که آموزش گروهی شناختی - رفتاری، دردناکی پستان ها و ورم انتهاها ناشی از سندرم پیش از قاعدگی در مادران را به میزان بسیار اندکی کاهش می دهد و در مجموع می توان گفت که آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر کاهش علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی در مادران تأثیر دارد (۸) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. از دلایل این امر می توان به محتوا و روش آموزش، ابزارهای استفاده شده و جامعه پژوهش متفاوت در دو مطالعه اشاره کرد. در مطالعه آرمنند و همکار (۲۰۱۲) تحت عنوان "اثر بخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات روان شناختی و علائم سندرم پیش از قاعدگی"، افراد گروه آزمون در نمره کل سندرم پیش از قاعدگی و نمرات افسردگی و استرس، کاهش معنی داری نسبت به گروه کنترل در پس آزمون نشان دادند (۲۳) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت که دلیل آن می تواند ناشی از محتوای مشابه جلسات دو مطالعه در دو بُعد آموزش مدیریت خشم و استرس باشد. در مطالعه میکائیلی و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی مدیریت تنیدگی، خودآگاهی و ارتباط مؤثر بر سلامت عمومی دانشجویان سال اول انجام شد، این آموزش ها تأثیر مثبتی بر بهبود سلامت عمومی داشت. مقایسه اثربخشی سه مهارت زندگی نشان داد آموزش مهارت برقراری ارتباط مؤثر بیش از دو مهارت دیگر در بهبود وضعیت سلامت عمومی و مؤلفه های آن مؤثر بود. نکته قابل توجه در یافته های مطالعه، تأثیر بیشتر آموزش مهارت برقراری ارتباط مؤثر بر بهبود نشانه های بدنی در مقایسه با دو آموزش دیگر به ویژه مهارت مدیریت تنیدگی بود. در مطالعه میکائیلی، آموزش مدیریت تنیدگی، بیشترین میزان تأثیر را در زیر مؤلفه اضطراب و سپس به ترتیب بر زیر مؤلفه های ناکنش وری اجتماعی، افسردگی و خیم

و نشانه های بدنی داشت. در مهارت خودآگاهی، بررسی تک تک مؤلفه های سلامت عمومی نشان داد که بزرگترین تغییر در مؤلفه افسردگی و سپس به اضطراب و بی خوابی تعلق داشت (۱۱). در مطالعه حاضر نیز شدت علائم روانی سندرم قبل از قاعدگی بعد از مداخله کاهش یافت که همسو با مطالعه میکائیلی است که شاید به دلیل آموزش خودآگاهی و مدیریت استرس در هر دو مطالعه باشد. اما در مطالعه حاضر، آموزش مهارت های زندگی بر نشانه های جسمانی تأثیری نداشت که شاید دلیل این تفاوت، متفاوت بودن ابزار سنجش و مرتبط بودن بیشتر علائم جسمانی سندرم قبل از قاعدگی به تغییرات هورمونی باشد.

در مطالعه حاضر سن منارک اکثر واحدهای پژوهش (۵۲/۷٪)، ۱۴-۱۲ سال بود که با نتایج مطالعه دهقان منشادی و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی داشت (۲۴).

از جمله محدودیت های مطالعه حاضر می توان به امتحانات میان ترم دانشجویان اشاره کرد که می توانست بر پاسخگویی و تکمیل فرم ها و همچنین فراگیریشان در جلسات آموزشی برگزار شده مؤثر باشد. از دیگر محدودیت های مطالعه حاضر، محدودیت زمان مطالعه بود. به دلیل محدودیت زمان، چهار مهارت از ۱۰ مهارت زندگی جهت آموزش به دانشجویان انتخاب شدند، لذا به

انجام مطالعات بیشتر در این زمینه نیاز می باشد تا بتوان بیان کرد که آیا این آموزش ها بر شدت علائم جسمانی سندرم قبل از قاعدگی تأثیری خواهد داشت یا نه. همچنین انجام مطالعه در دانشجویان علوم پزشکی و جوامع غیر دانشجویی با پیگیری طولانی تر و تعداد بیشتر جلسات آموزشی توصیه می شود.

نتیجه گیری

آموزش مهارت های زندگی، شدت علائم روانی سندرم قبل از قاعدگی را کاهش می دهد. لذا پیشنهاد می شود که کلاس های آموزش مهارت های زندگی برای دانشجویان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی برگزار شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه دانشجویی و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. بدین وسیله از آن معاونت و مسئولین محترم اداره خوابگاه های دانشگاه فردوسی مشهد، خصوصاً سرپرستان خوابگاه های پردیس ۲ و ۴ و دانشجویان محترمی که ما را در انجام این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- Poormohsen M, Zoonemat A, Taavoni S, Hosseini AF. [Effect of description of both calcium and vitamin D on premenstrual syndrome] [Article in persian]. J Nurs Midwifery 2010;23(65):8-14.
- Kiani A, Haydari M, Mohammadi S, Faghizadeh S. [Prevalence of signs, symptoms and risk factors of premenstrual syndrome in employed women] [Article in Persian]. J Shahed Med Univ 2009;16(81):45-54.
- Fritz MA, Speroff L. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 8th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2011.
- Pakgohar M, Moradi M, Jamshidi AH, Mehran A. [Assessment of vitex agnus-castus L: extract effect on treatment premenstrual syndrome] [Article in Persian]. J Med Plants 2009;8(32):98-107.
- Reid RL. premenstrual syndrome. In: Gibbs RS, Karlan BY, Hany AF, Nygaard I. Danforth's obstetrics and gynecology. 10th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2008:862-73.
- Gharekhani P, Sadatian S. [Cardinal manifestations & management of diseases]. 2nd ed. Tehran:Noordanesh Publication;2007:65-72. [in Persian].
- Taghizadeh Z, Shirmohammadi M, Mirmohammadi M, Arbabi M, Haghghani H. [Impact of counseling on symptoms associated with premenstrual syndrome] [Article in Persian]. Hayat 2009;15(4):23-34.
- Dadvandi M, Navabi S, Lotfi F. [The efficacy of training cognitive -behavioral in reduction physical symptoms of premenstrual syndrome] [Article in Persian]. J Islam Azad Univ Med Sci 2011;2(21):14-20.
- Babae A, Hajebaba Kashani H. [Life skills training] [Article in Persian]. J Psychol Educ Sci 2007;6(1):3-5.
- Nejadrahshidi M, Miri S, Bahramnejad B. [Impact of life skills training workshop on feeling, thinking and behavior of nursing students BAM] [Article in Persian]. J Nurs Midwifery 2010;10(20):47-53.
- Michaeli Manee F, Ahmadi Khouiee S, Zaree H. [The effect of three life skills instruction on the general health of college freshmen] [Article in Persian]. J Mazandaran Univ Med Sci 2011;21(85):127-37.

12. Yadav P, Iqbal N. Impact of life skill training on self-esteem, adjustment and empathy among adolescents. *J Indian Academy Applied Psychol* 2009 Oct;35(Special Issue):61-70.
13. Edward CC. Predicting suicide ideation in an adolescence population: Examining the role of social problem solving as a moderator and a mediator. *Personal Individ Differ* 2002;32(7):1279-91.
14. Bharath S, KishoreK. Empowering adolescents with life skills education in schools – School mental health program: does it work? *Indian J Psychiatry* 2010;52(4):334-9.
15. Poorsayyed R, Habib S, Faramarzi S. [Effectiveness of the life skills training program on adaptation blind and low vision students] [Article in Persian]. *J Strateg Educ* 2010;3(1):7-11.
16. Shabani M, Moghimi M, Eghdam Zamiri R, Nazari F, Mousavinasab N, Shajari Z. Life skills training effectiveness on non-metastatic breast cancer mental health: a clinical trial. *Middle East J Cancer* 2012;3(4):109-17.
17. Yoosofpoor M, Gorose M. Tthe effect of life skills training on improving the mental health,physical symptoms and anxiety physically disabled welfare Tabriz city. *J Women Fam Stud* 2009;1(3):123-37.
18. Fata L, Mootabi F, Mohammadkhani S, Kazemzade M. Practical guidelines of life skills workshops for students: a guid book for educators.Tehran:Danjh Publication; 2006..
19. Emami N. Life skills rfor employed adults: a guid for aducators. Tehran :Honar Abi Publication;2010.
20. Taghavi M. [Standardization general health questionnaire in Shiraz University students] [Article in Persian]. *Daneshvar* 2008;15(28):1-13.
21. Khajehei M, Abdali K, Parsanezhad ME, Tabatabaee HR. Effect of treatment with dydrogesterone or calcium plus vitamin D on the severity of premenstrual syndrome. *Int J Gynecol Obstet* 2009 May;105(2):158-61.
22. Palahang H, Nasr M, Baraheni M. [Epidemiology of mental disorders in Kashan] [Article in Persian]. *Thought Behav* 1995;2(4):19-27.
23. Armand A, Talaee A. [Investigating the efficacy of cognitive- behavioral stress-management training on decreasing the psychological problems and symptoms of premenstrual syndrome of afflicted women] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 20123;15(21):24.
24. Dehghan Manshadi F, Emami M, Ghamkhar L, Shahrokhi B, Ghanbari Z. [The effect of three-month regular aerobic exercise on premenstrual syndrome] [Article in Persian]. *J J Rafsanjan Univ Med Sci* 2008;7(2):89-98.