

الگوی دیسمنوره اولیه در دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های تبریز

مریم شعبانی نشتایی: کارشناس ارشد مامایی

دکتر سکینه محمد علیزاده: دکترای بهداشت باروری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز (نویسنده رابط)

Email: Alizades@tbzmed.ac.ir

دریافت: ۸۹/۷/۱۷ پذیرش: ۸۹/۹/۹

چکیده

مقدمه: دیسمنوره اولیه یک اختلال شایع بخصوص در میان دختران جوان می‌باشد. هدف این پژوهش تعیین توزیع شدت دیسمنوره اولیه، تأثیر آن بر فعالیت روزمره و روش درمانی مورد استفاده و ارتباط برخی مشخصات افراد با شدت درد قاعدگی در دانشجویان دختر خوابگاهی بود.

مواد و روشها: در این مطالعه توصیفی ۱۰۸ دانشجوی دختر ۲۲-۱۸ ساله مجرد مقیم در خوابگاه‌های دانشگاه‌های دولتی تبریز که دیسمنوره اولیه داشته و فاقد هرگونه بیماری جسمی- روانی بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌ای که شامل بخش سؤالات مشخصات فردی- اجتماعی، تاریخچه طبی و قاعدگی، تعیین شدت درد قاعدگی با استفاده از مقیاس مقایسه بصری بود جمع-آوری شدند و با استفاده از آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: حدود سه چهارم (۷۴٪) از دانشجویان مورد مطالعه دیسمنوره متوسط تا شدید (نمره مساوی و بالاتر از ۵) داشتند. بیش از یک سوم (۳۸٪) گزارش نمودند که دیسمنوره اغلب/ همیشه آنان را از انجام فعالیت‌های روزمره باز می‌دارد و سه چهارم دانشجویان جهت تسکین درد دیسمنوره اغلب/ همیشه از مسکن استفاده می‌کرده‌اند. افرادی که خواهر یا مادرشان دچار درد هنگام قاعدگی بودند و آن‌هایی که شدت درد قاعدگی اغلب یا همیشه آنها را از انجام کارهای روزمره بازمی‌داشت، قاعدگی دردناک با شدت بالاتر (نمره مساوی و بالاتر از ۵) را بطور معنی‌داری بیشتر تجربه می‌کردند ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: دیسمنوره متوسط تا شدید که عامل بازدارنده از فعالیت‌های روزمره در بین دانشجویان دچار دیسمنوره اولیه بوده است شیوع بالایی داشته، لذا توجه ویژه‌ای را در بخش بهداشت عمومی می‌طلبد.

کلمات کلیدی: دیسمنوره اولیه / درد قاعدگی / دانشجویان

مقدمه

به این علت در همان کشور ۶۰۰ میلیون ساعت در سال تخمین زده می‌شود که نتیجه اقتصادی آن ۲ بیلیون دلار در سال برآورد می‌گردد (۴، ۵).

از آنجایی که امروزه اکثر زنان به علت پرهیز از حاملگی‌های متعدد، دوران قاعدگی را بیشتر تجربه می‌کنند، دیسمنوره نیز بیشتر از گذشته شیوع پیدا کرده

دیسمنوره یا قاعدگی دردناک شایع‌ترین اختلال تجربه شونده در زمینه بیماری‌های زنان بخصوص در میان دختران جوان بشمار می‌آید (۳، ۲، ۱)، که توأم با عوارض اقتصادی، فردی و اجتماعی زیادی است (۴). در آمریکا دیسمنوره شایع‌ترین علت غیبت زنان از مدرسه و محل کار خود می‌باشد، ساعات کار تلف شده

دچار ناتوانی‌های مشخص خواهند گردید و این در حالی است که علی‌رغم شیوع بالای دیسمنوره اولیه، اغلب این اختلال از سوی بیمار و پزشک مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد و با وجود درمان‌های مؤثر جهت تخفیف علایم، تنها تعداد کمی از مبتلایان از روش‌های درمانی به طرز صحیح استفاده می‌کنند (۱۰).

با توجه به اثرات سوء دیسمنوره بر عملکرد زنان و بویژه دختران نوجوان و مشکلات متعدد جسمی، روحی و اجتماعی که در ایشان ایجاد می‌نماید، مطالعه حاضر با هدف تعیین توزیع شدت دیسمنوره اولیه، تأثیر آن بر فعالیت روزمره و روش درمانی مورد استفاده در دانشجویان دختر خوابگاهی تبریز در سال ۱۳۸۹ اجرا گردیده است.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی بوده و جامعه پژوهش شامل کلیه دختران دانشجوی ساکن در کل خوابگاه‌ها بود، که از قاعدگی دردناک اولیه رنج می‌بردند. به منظور انجام پژوهش حاضر، پس از کسب اجازه از معاونت محترم پژوهشی و مدیریت خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دانشگاه تبریز، دو خوابگاه از دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کوشر، فجر) و دو ساختمان از خوابگاه دانشگاه تبریز (شهدا) بصورت تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول برآورد یک نسبت و با در نظر گرفتن شیوع ۷۰ درصد شدت درد قاعدگی بیشتر از ۵، از مطالعه مشابه (۱۱) و محدوده خطا ۹ درصد، ۱۰۴ نفر برآورد گردید که در نهایت ۱۰۸ دانشجوی دختر ۲۲-۱۸ ساله مجرد مقیم در خوابگاه‌های فوق که دیسمنوره اولیه داشته و فاقد هرگونه بیماری جسمی- روانی بودند با روش نمونه-گیری در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. به این ترتیب که پژوهشگر جهت انتخاب و توجیه نمونه-های مورد پژوهش به خوابگاه‌ها مراجعه نمود و به کلیه دانشجویان داوطلب شرکت در تحقیق که به سؤال پژوهشگر مبنی بر اینکه «از قاعدگی دردناک رنج می‌برید یا نه؟» پاسخ مثبت دادند، پس از توضیح اهداف

است (۳). تقریباً ۵۰ درصد تمام زنان دیسمنوره را تجربه می‌کنند (۳، ۲، ۱). در یک مطالعه طولی در آمریکا در دختران ۱۹-۱۷ ساله دانشجوی، ۱۳ درصد افراد اعلام کردند، در بیش از نیمی از سیکل‌های قاعدگی خود دچار درد شدیدی می‌شوند و ۴۲ درصد افراد حداقل یکبار تداخل دیسمنوره با فعالیت‌ها را گزارش کردند.

همچنین، در ایالات متحده گزارش شده که حدود ۶۰ درصد از نوجوانانی که قاعده می‌شوند به دیسمنوره مبتلا هستند و ۱۴ درصد آنان به طور مکرر از مدرسه غیبت می‌کنند (۱).

بسته به وضعیت پاتولوژی آناتومیک، دیسمنوره را به دو نوع اولیه یا ثانویه تقسیم می‌کنند. منظور از دیسمنوره اولیه، قاعدگی دردناکی است که در سیکل‌های همراه با تخمک‌گذاری در غیاب بیماری‌های مشخص لگنی رخ می‌دهد و معمولاً در طی ۶ تا ۱۲ ماه بعد از منارک شروع می‌شود (۵). یک پژوهش در سوئد نشان داد که بیشتر از ۷۲ درصد از زنان ۱۹ ساله از دیسمنوره اولیه شاکی بودند و علایم خفیف در ۳۴ درصد و علایم متوسط در ۲۳ درصد و علایم شدید در ۱۵ درصد از زنان مورد پژوهش گزارش گردید (۵). در بررسی‌های انجام شده در ایران، طی مطالعاتی مشابه شیوع دیسمنوره اولیه در بین دانش‌آموزان دبیرستانی و دانشجویان حدود ۷۱-۸۵/۵ درصد گزارش شده است (۶، ۷، ۸).

در سال‌های اخیر روش‌های درمانی و تغذیه‌ای مختلفی در درمان دیسمنوره اولیه از جمله روش‌های غیرتهاجمی مانند روان‌درمانی، هیپنوتیزم، طب سوزنی، طب فشاری و تحریک الکتریکی از طریق پوست (TENS)، استفاده از ویتامین‌ها و نیز درمان‌های دارویی مانند استفاده از داروهای مهارکننده پروستاگلاندین‌ها، داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی و قرص جلوگیری از بارداری خوراکی بکار گرفته شده است (۹).

با توجه به اینکه امروزه اکثریت زنان در صحنه‌های مختلف اجتماعی فعالیت دارند، چنانچه درمانی در مورد این اختلال صورت نگیرد، هر ماه به مدت ۱ تا ۳ روز

قاعدگی و ۵۰ درصد در زمان غیر قاعدگی هرگز فعالیت ورزشی منظم نداشتند یا بندرت چنین فعالیتی داشتند. ۵۷ درصد (۶۲ نفر) از آنها، خواهر یا مادرشان دچار درد هنگام قاعدگی بودند. حدود سه چهارم دانشجویان (۷۴٪) دیسمنوره متوسط تا شدید ($VAS \geq 5$) داشتند (جدول ۱).

سه چهارم (۷۵٪) دانشجویان با درد قاعدگی اغلب و همیشه جهت تسکین درد و علائم قاعدگی از مسکن استفاده می‌کردند که در این میان ایبوپروفن به تنهایی یا همراه با مسکن دیگر بیشتر از همه (۵۲٪) استفاده می‌شده است. میزان مصرف مسکن در بیش از نصف موارد (۵۸٪) در طول زمان تغییر نکرده بود. تقریباً همه (۹۹٪) دانشجویان همزمان یا بعد از ظهور خونریزی، شروع به مصرف داروی مسکن می‌کردند. در ۹۹ درصد دانشجویان درد و علائم قاعدگی بدنبال مصرف مسکن بهبود می‌یافت (جدول ۲).

افرادی که خواهر یا مادرشان دچار درد هنگام قاعدگی بودند و آنهایی که شدت درد قاعدگی اغلب یا همیشه آنها را از انجام کارهای روزمره باز می‌داشت، قاعدگی دردناک با شدت بالاتر ($VAS \geq 5$) را بطور معنی‌داری بیشتر تجربه می‌کردند ($P < 0.05$). در این مطالعه، درصد $VAS \geq 5$ در افرادی که اغلب یا همیشه فعالیت ورزشی منظم در حین قاعدگی داشتند خیلی کمتر از افرادی بود که هرگز چنین فعالیتی نداشتند (۶۰٪ در مقابل ۸۳٪) ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. ارتباط معنی‌داری بین طول روزهای خونریزی قاعدگی، فعالیت ورزشی منظم در زمان غیر قاعدگی و طول مدت سیکل قاعدگی با افزایش شدت درد قاعدگی وجود نداشت ($P > 0.05$). جهت بررسی وجود ارتباط بین سن شروع اولین دیسمنوره بعد از منارک و سن منارک با شدت درد قاعدگی نیز آزمون آماری بعمل آمد که ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۳).

پژوهش پرسشنامه‌ای محقق ساخته که مربوط به تعیین مشخصات فردی-اجتماعی، تاریخچه قاعدگی و بیماری‌های زنان، سلامتی عمومی، مشکلات روان-پزشکی و مقیاس شدت درد قاعدگی^۱ واحد پژوهش بود، داده شد.

برای تعیین اعتبار یا روایی علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا و جهت کسب اعتماد علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش آزمون مجدد استفاده شد، به این ترتیب که مقیاس مقایسه بصری با پرسش از ده نفر از دانشجویان در مورد میزان درد در زمان خونریزی قاعدگی تکمیل شد و مجدداً این عمل یک هفته بعد تکرار گردید و سپس با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، ضریب پایایی ($r = 0.98$) محاسبه گردید. به منظور دستیابی به اهداف تحقیق، تجزیه و تحلیل داده‌ها بوسیله نرم‌افزار SPSS/ver13 و با استفاده از توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار در بخش آمار توصیفی و آزمون مجذور کای در بخش تحلیلی انجام شد. طرح این تحقیق توسط شورای پژوهشی گروه مامایی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه و همچنین، کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورد تصویب قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد پژوهش 17.0 ± 20.7 و میانگین سن شروع قاعدگی این دانشجویان 13.3 ± 13.2 سال بوده که ۹۵ درصد آنها در مقطع کارشناسی در حال تحصیل بوده‌اند. طول دوره عادت ماهانه از ۵ تا ۸ روز با میانگین 6.5 ± 0.8 روز ذکر شده است. در اکثریت آنها (۵۵٪) شدت درد دیسمنوره با گذر زمان تغییر نکرده بود. در ۳۸ درصد (۴۱ نفر) دانشجویان، شدت درد قاعدگی اغلب یا همیشه آنها را از انجام کارهای روزمره باز می‌داشت. ۸۱ درصد در حین

جدول ۱: مشخصات دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه‌های دولتی تبریز (N=۱۰۸)

مشخصات	تعداد (درصد)	مشخصات	تعداد (درصد)
مقطع تحصیلی		بازداشتن از انجام فعالیت‌های روزمره	
کاردانی	۲ (۱/۹)	هرگز/ بندرت	۶۷ (۶۲/۱)
کارشناسی	۱۰۳ (۹۵/۴)	اغلب/ همیشه	۴۱ (۳۸)
دکترا	۳ (۲/۸)	فعالیت‌های ورزشی منظم در زمان غیر قاعدگی	
سن منارک (سال)	13.3 ± 1.3 *	هرگز	۵ (۴/۶)
۱۰-۱۳	۶۳ (۵۸/۳)	بندرت	۴۹ (۴۵/۴)
۱۴-۱۷	۴۵ (۴۱/۷)	اغلب	۴۱ (۳۸)
طول سیکل قاعدگی (روز)	28.9 ± 1.5 *	همیشه	۱۳ (۱۲)
کمتر از ۲۶	۷ (۶/۵)	فعالیت‌های ورزشی منظم در حین قاعدگی	
۲۶-۳۰	۸۷ (۸۰/۶)	هرگز	۴۶ (۴۲/۶)
۳۱ و بالاتر	۱۴ (۱۳)	بندرت	۴۲ (۳۸/۹)
طول مدت خونریزی (روز)	6.5 ± 0.8 *	اغلب	۱۵ (۱۳/۹)
۵-۶	۴۷ (۴۳/۵)	همیشه	۵ (۴/۶)
۷ و بالاتر	۶۱ (۵۶/۵)	سابقه خانوادگی قاعدگی دردناک**	
زمان اولین دیسمنوره (ماه بعد از منارک)**		دارد	۶۲ (۶۶/۷)
۱-۶	۳۷ (۳۴/۳)	۳۷ (۳۴/۳)	۳۱ (۳۳/۳)
۷-۴۸	۷۱ (۶۵/۷)	تغییر شدت درد قاعدگی در طی زمان	
شدت درد قاعدگی (VAS)		بیشتر شده	۲۰ (۱۸/۵)
VAS<5	۲۸ (۲۵/۹)	۲۸ (۲۵/۹)	۲۸ (۲۵/۹)
VAS≥5	۸۰ (۷۴/۱)	بدون تغییر مانده	۶۰ (۵۵/۶)

* Mean ± SD ** پاسخ‌های نمی‌دانم، کنار گذاشته شده‌اند.

جدول ۲: توزیع فراوانی دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه‌های دولتی تبریز بر حسب ویژگی‌های مصرف داروهای مسکن

ویژگی‌های مصرف داروی مسکن	تعداد (درصد)	ویژگی‌های مصرف داروی مسکن	تعداد (درصد)
استفاده از داروی مسکن به منظور تسکین درد قاعدگی		زمان شروع به مصرف داروی مسکن	
هرگز	۱۰ (۹/۳)	قبل از ظهور خونریزی	۱ (۱)
بندرت	۱۷ (۱۵/۷)	همزمان با ظهور خونریزی	۵۸ (۵۹/۲)
اغلب	۳۹ (۳۶/۱)	بعد از خونریزی	۳۹ (۳۹/۸)
همیشه	۴۲ (۳۸/۹)	تغییر مصرف داروی مسکن در طی زمان	
نوع داروی مسکن مصرف شده		بیشتر شده	۱۲ (۱۲/۲)
ایبوپروفن	۴۴ (۴۴/۹)	کمتر شده	۲۹ (۲۹/۶)
مفنامیک اسید	۲۰ (۲۰/۴)	بدون تغییر مانده	۵۷ (۵۸/۲)
ژلوفن	۱۲ (۱۲/۲)	بهبود درد و علائم قاعدگی بدنبال مصرف مسکن	
استامینوفن	۹ (۹/۲)	بندرت	۱ (۱)
ناپروکسن	۱ (۱)	اغلب	۴۵ (۴۵/۹)
ایبوپروفن و مفنامیک اسید	۱۱ (۱۱/۲)	همیشه	۵۲ (۵۳/۱)
ایبوپروفن و استامینوفن	۱ (۱)		

جدول ۳: فراوانی شدت درد قاعدگی متوسط تا شدید ($VAS \geq 5$) بر حسب برخی مشخصات افراد مورد پژوهش

P	مشخصات	تعداد	VAS ≥ 5 (درصد)	P	مشخصات	تعداد	VAS ≥ 5 (درصد)
۰/۳۳	طول روزهای خونریزی قاعدگی (روز)	۴۷	۳۷ (۷۸/۷)	۰/۳۳	فعالیت ورزشی منظم در زمان غیر قاعدگی	۵۴	۴۲ (۷۷/۸)
		۶۱	۴۳ (۷۰/۵)		هرگز/ بندرت	۵۴	۳۸ (۷۰/۴)
					اغلب/ همیشه		
۰/۴۴	زمان شروع اولین دیسمنوره (ماه بعد منارک)	۳۷	۳۴ (۹۱/۹)	۰/۱۴	فعالیت ورزشی منظم در حین قاعدگی	۴۶	۳۸ (۸۳/۲)
		۷۱	۲۳ (۸۵/۲)		هرگز	۴۲	۳۰ (۷۱/۴)
					بندرت		
۰/۶۶	طول مدت سیکل قاعدگی (روز)	۵۴	۴۱ (۷۵/۹)		اغلب/ همیشه	۲۰	۱۲ (۵۹/۹)
		۵۴	۳۹ (۷۲/۲)	۰/۰۰۲	سابقه خانوادگی قاعدگی دردناک*	۶۲	۵۱ (۸۲/۳)
					دارد	۳۱	۱۶ (۵۱/۶)
					ندارد		
۰/۰۵۴	سن منارک (سال)*	۶۳	۵۱ (۸۱)	<۰/۰۰۱	ممانعت از انجام کارهای روزمره	۲۶	۸ (۳۰/۸)
		۴۵	۲۹ (۶۴/۴)		هرگز	۴۱	۳۳ (۸۵/۵)
					بندرت		
					اغلب/ همیشه	۴۱	۳۹ (۹۵/۱)

* پاسخ‌های نمی‌دانم، کنار گذاشته شده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

تاریخچه مثبت خانوادگی (خواهر یا مادر) در ۵۷ درصد از دانشجویان با دیسمنوره اولیه مشاهده گردید که در ۸۲ درصد موارد دیسمنوره متوسط تا شدید ($VAS \geq 5$) داشته‌اند. گزارش تحقیقات انجام شده در پاکستان توسط پروین^۳ تاریخچه مثبت خانوادگی را در مادر یا خواهر در ۷۵/۶ درصد و در ۲۴/۸ درصد موارد در مادر و خواهر هر دو نشان داده که از درد قاعدگی با شدت بالاتر رنج می‌بردند و بر اساس نتایج تحقیق آنسال در ترکیه، حدود ۵۰ درصد از دانشجویان با تاریخچه مثبت خانوادگی دیسمنوره داشته‌اند (۱۳، ۱۴). بعنوان توضیحی برای این مسأله، بعضی از محققین گزارش کرده‌اند دختران مادرانی که از قاعدگی دردناک رنج می‌برند، نیز قاعدگی دردناک را تجربه می‌کنند و دلیلی که برای این مسأله می‌تواند وجود داشته باشد مربوط به رفتاری است که از مادر آموخته می‌شود (۱۵، ۱۶).

اکثریت دانشجویان مبتلا به دیسمنوره جهت تسکین

یافته‌های مطالعه ما حاکی از آن است که ۷۴ درصد دانشجویان مورد پژوهش از دیسمنوره متوسط تا شدید ($VAS \geq 5$) رنج می‌بردند که در ۳۸ درصد موارد، اغلب یا همیشه آنها را از انجام کارهای روزمره باز می‌داشت. بر اساس مطالعه آنسال^۱ در ترکیه، دیسمنوره متوسط تا شدید در بین دانشجویان ۶۶ درصد ذکر شده (۱۲) و ماریو اورتیز^۲ در بررسی بعمل آورده در بین دانشجویان مکزیکی دیسمنوره متوسط تا شدید را در ۶۴ درصد موارد گزارش کرده که منجر به محدودیت انجام فعالیت‌های روزانه در ۶۵ درصد موارد با دیسمنوره گردیده است (۱۳). این یافته‌ها حاکی از این مسئله است که دیسمنوره هنوز هم یک مشکل بهداشتی جامعه است و با توجه به تأثیر منفی که می‌تواند بر عملکرد زنان و بویژه دختران جوان در ابعاد مختلف جسمی، روحی و اجتماعی داشته باشد، توجه و مراقبت بهداشتی مربوطه را می‌طلبد.

اشاره نمود که درد بطور کلی و درد قاعدگی به طور خاص پدیده‌ای ذهنی است و از عوامل مختلفی نظیر فرهنگ، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و غیره تأثیر می‌پذیرد (۱۹)، با توجه به تفاوت فرهنگی و اجتماعی دختران دانشگاهی از سایر دختران جامعه نتایج این مطالعه ممکن است قابل تعمیم به کل دختران و زنان جوان نباشد، بنابراین انجام چنین مطالعه‌ای در بین سایر گروه‌ها نیز پیشنهاد می‌شود. همچنین، با توجه به پایین بودن چشمگیر درصد موارد دارای شدت درد قاعدگی متوسط تا شدید در افراد دارای فعالیت ورزشی منظم در حین قاعدگی و معنی‌دار نبودن آماری این تفاوت پیشنهاد می‌شود که تأثیر فعالیت ورزشی منظم حین قاعدگی بر شدت درد قاعدگی در مطالعات بعدی مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مسوولین محترم خوابگاه‌های کوثر، فجر و شهدا و تمامی دانشجویانی که صمیمانه ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر می‌نماییم.

درد و علایم قاعدگی اغلب یا همیشه از مسکن استفاده می‌کرده‌اند و بیشترین نوع مسکن مصرفی ایبوپروفن بوده‌است که با نتایج نوروزی و همکاران در بوشهر مطابقت دارد (۱۷). استفاده از داروهای مسکن در ۹۰ درصد موارد اغلب یا همیشه منجر به بهبودی علایم می‌گردیده است، که بر اساس مطالعه ماریو اورتیز^۱ در مکزیک، استفاده از مسکن‌های تجویز شده در ۷۸ درصد موارد منجر به تسکین خفیف تا متوسط و در ۱۸/۴ درصد منجر به بهبودی کامل در علایم قاعدگی گردیده است (۱۲).

با توجه به نتایج این پژوهش در زمینه تأثیر بازدارنده بسزایی که دیسمنوره بر انجام فعالیت‌های روزمره بیش از یک سوم افراد مورد پژوهش داشت و وجود روش‌های کم‌عارضه مؤثر برای پیشگیری و درمان دیسمنوره از جمله روش‌های غیردارویی (۱۸)، لازم است تأکید بیشتری بر لزوم آموزش استفاده صحیح از این روش‌ها به این گروه انجام گیرد تا از اتلاف نیرویی کاری کارآمد و مضرات اقتصادی ناشی از آن بر جامعه پیشگیری شود.

از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به این مسأله

References

1. Barbieri R.L, Ryan K.J (1999). The menstrual cycle. In: Ryan K.J, Berkowitz R.S, Barbieri R.L, Dunaif A, (eds). *Kistner's Gynecology and Women's Health*, 7th ed. Mosby, Boston, 52-54.
2. EL-Minawi A.M, Howard F.M (2000). Dysmenorrhea. In: Howard F.M, Perry CP, Carter JE, EL-Minawi AM, (eds). *Pelvic Pain Diagnosis & Management*, 1st ed. Philadelphia, LWW, 34-39.
3. Berek J.S (2007). *Berek & Novak's Gynecology*, 14th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 171-81, 506-9, 516-19, 1162.
4. Smit R.P (1997). *Gynecology in Primary Care*, 1st ed. Baltimore, Williams and Wilkins Pub, 389-404.
5. Andrea J, Rapkin R.C, Gambone J.C (2004). Dysmenorrhea and chronic pelvic pain. In: Symond E.M, Symond IM, (eds). *Essentials of Obstetrics and Gynecology*, 4th ed. Churchill, Edinburgh, 287.

6. Jalili Z, Safizadeh H, Shams pour N. (2004). [The prevalence of primary dysmenorrhea among students of pre-university centers of syrjan and dealing with it]. *Payesh*, 4(2), 61-67. (Persian)
7. Mirzaei F, Bakhshi H, Yasini M, Bashardoost N. (2003). [Distribution of severity of dysmenorrhea according to personality type in female students of Rafsanjan high schools]. *Rafsanjan Uni Med Sc J*, 2(7), 151-157. (Persian)
8. Kamjou A. (2001). [Pain severity, prevalence and relevant factors of dysmenorrhea in dormitory students of Bandar Abbas University]. *Hormozgan Uni Med Sc J*, 5(9), 3-6. (Persian)
9. Speroff L, Fritz M.A (2004). *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 342.
10. Dmitrovic R, Peter B, Cvitkovic-Kuzmic A. (2003). Severity of Symptoms in Primary Dysmenorrhea: a doppler study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 107(59), 191-94.
11. Chen H.M, Chung H.C. (2005). Related factors and consequences of menstrual distress in adolescent girls with dysmenorrhea. *Kaohsiung J Med Sci*, 21(2), 121-7.
12. Unsal A, Ayranic U, Tozun M, Arslan G, Calik E. (2010). Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Ups J Med Sci*, 115(2), 138-145.
13. Ortiz M.I. (2010). Primary dysmenorrheal among Mexican University Students: Prevalence, impact and treatment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 296 (3), 125-30.
14. Parveen N, Majeed R, Rajar U.D. (2009). Familial predisposition of dysmenorrhea among The Medical Students. *Pak J Med Sci*, 25(5), 857-60.
15. Polat A, Celik H, Gurates B, Kaya D, Nalbant M, Kavak E, et al. (2008). Prevalence of primary dysmenorrhea in young adult female university students. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 279(4), 527-32.
16. Dorn L.D, Negriff S, Huang B, Pabst S, Hillman J, Braverman P, et al. (2009). Menstrual symptoms in adolescent girls: association with smoking, depressive symptoms, and anxiety. *J Adolesc Health*, 44(8), 237-43.
17. Norouzi A, Tahmasebi R. (2003). [Menstrual pattern, hirsutism and dysmenorrheal in Medical Science Students of Persian Golf-Boushehr University]. *Hormozgan Uni Med Sci J*, 7(4), 203-9. (Persian)
18. Kamali fard M, Allahverdizadeh Sh (2008). [Nonpharmacological Methods for Relieving Labor Pain]. 1st ed, Tehran, Golban publisher, 44-5. (Persian)
19. McGillion M.H, Watt- Watson J.H (2007). Pain. In: Monahan F.D, Sands J.K, Neighbors M, Marek J.F, Green C.J, (eds). *Phipps' Medical Surgical Nursing*, 8th ed. Mosby, Philadelphia, 333-8.