

# اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات روان شناختی و علائم سندرم پیش از قاعدگی

اکرم آرمند<sup>۱\*</sup>، دکتر علی طلایی<sup>۲</sup>

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.
۲. دانشیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۲۷

## خلاصه

**مقدمه:** سندرم پیش از قاعدگی، یکی از شایع ترین اختلالات سنین باروری می باشد که زندگی زنان را به میزان قابل توجهی مختل می سازد و لزوم انجام مطالعات بیشتر در این زمینه احساس می شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات روان شناختی و علائم سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا به آن انجام شد.

**روش کار:** مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله ای با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه زنان آموزش و پرورش شهرستان کاشمر در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ بود. از بین این افراد، بعد از مرحله غربالگری به وسیله پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی، ۴۰ زن مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی به شیوه نمونه-گیری تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۸ هفته آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری را تجربه کردند در حالی که گروه شاهد بدون مداخله پیگیری شدند. پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) به عنوان ابزار ارزشیابی در پیش آزمون و پس آزمون به کار گرفته شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و شاخص های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه (۵۳/۳٪) در محدوده سنی ۳۶-۴۰ سال قرار داشتند. ۱۸ نفر (۶۰٪) از افراد گروه کنترل و آزمایش دارای مدرک تحصیلی لیسانس، ۱۰ نفر (۳۳/۴٪) دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم و ۲ نفر (۶/۶٪) دارای تحصیلات دیپلم و فوق لیسانس بودند. اکثر زنان مورد مطالعه (۶۳/۳۴٪) دارای دو فرزند بودند. افراد گروه آزمون در نمره کل سندرم پیش از قاعدگی ( $p < 0/01$ ) و نمرات افسردگی ( $p < 0/05$ ) و استرس ( $p < 0/01$ ) کاهش معنی داری نسبت به گروه کنترل در پس آزمون نشان دادند.

**نتیجه گیری:** آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات روان شناختی و علائم سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است.

**کلمات کلیدی:** سندرم پیش از قاعدگی، درمان شناختی رفتاری، مدیریت استرس، مشکلات روان شناختی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: اکرم آرمند؛ دانشگاه پیام نور کاشمر، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۱۳۶۴۹۴۰؛ پست الکترونیک: Armand.akram@gmail.com

## مقدمه

چرخه قاعدگی مهمترین نشانه عملکرد دستگاه تولید مثل در جنس مؤنث بالغ می باشد، ولی گاهی این پدیده با نشانه ها و علائمی همراه است که آزار دهنده بوده و باعث بروز مشکلات جسمی و روانی برای زنان می شود. به این مجموعه علائم جسمانی، روانی و هیجانی که در برخی زنان به صورت دوره ای پیش از قاعدگی رخ داده و با شروع قاعدگی از بین می رود، سندرم پیش از قاعدگی (PMS)<sup>۱</sup> می گویند (۱). بسیاری از محققین، سندرم پیش از قاعدگی را به عنوان یکی از شایعترین اختلالات روان تنی<sup>۲</sup> در نظر می گیرند که زندگی زنان را به میزان قابل توجهی مختل می سازد (۲، ۳). تمام گروه های سنی تحت تأثیر این سندرم قرار دارند، اما شایع ترین سن ابتلاء به آن ۲۵-۴۵ سال و زمان مراجعه برای درمان آن اواسط یا اواخر دهه سوم زندگی می باشد. همچنین به نظر می رسد که افزایش سن نقش مهمی در افزایش علائم آن داشته باشد (۴-۶).

تعیین میزان شیوع این سندرم به دلیل تنوع شکل های بروز علائم آن، امکان پذیر نیست. با این حال، میزان وقوع این نشانگان در جوامع مختلف بین ۵-۹۵٪ برآورد شده است (۱). میزان شیوع این نشانگان با توجه به عواملی نظیر فرهنگ، نگرش، سن، ورزش، تغذیه و بیماری های زمینه ای متفاوت است (۳). اگرچه بیش از ۵۰ سال از زمان تشخیص این سندرم می گذرد، اما فقط در سال های اخیر توجه بسیاری به مجموعه کامل علائم آن متمرکز شده که دلیل آن درگیری زنان در مشاغل خارج از منزل و پذیرش موقعیت های حساس و با اهمیت است که گاهی اوقات این علائم، زنان را از به دست آوردن کارایی بیشتر باز می دارد (۷). تاکنون بیش از ۲۰۰ علامت برای PMS شناخته شده است که مربوط به تغییرات جسمی، خلقی و رفتاری می باشد که در این دوران رخ می دهد (۸، ۹).

نشانه های این سندرم شامل: علائم احساسی، علائم شناختی، علائم عصبی، علائم رفتاری و علائم مربوط به سیستم عصبی مرکزی و درد می باشد (۳). این سندرم

در تمام فرهنگ ها وجود داشته و دارای اثرات گوناگون بر موقعیت های اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی و حرفه ای زنان می باشد (۱۰). در مطالعه الکساندر و همکاران (۲۰۰۰) مشخص شد که شدیدترین اثرات سندرم پیش از قاعدگی را در خانه و خانواده می توان یافت، به گونه ای که حدود ۸۲٪ زنان در ارتباط با والدین خود و ۶۱٪ آنان در ارتباط با فرزندانشان دچار مشکل شده بودند (۱۱). یکی از مشکلات عمده PMS، اختلالات خلقی است که بر روی احساس فرد نسبت به خودش، دنیایی که در آن زندگی می کند و کسانی که با او در ارتباط هستند، تأثیر می گذارد. افسردگی، یکی از مشکلات عمده افراد مبتلا به PMS می باشد (۱۲، ۱۳). همچنین پرخاشگری، عصبانیت و حساس شدن بیش از حد که خود عامل بسیاری از دعوها، طلاق ها، قتل ها و خودکشی ها است در این افراد بیشتر مشاهده می شود (۱۴). مشکل دیگر زنان مبتلا به PMS، استرس و پیامدهای ناشی از آن است. استرس، صرف نظر از منشأ آن، زنان را برای ابتلاء به این نشانگان مستعد می سازد (۳). استرس به طور نزدیک با بیماری های فیزیکی، احساسی، روانی، افسردگی و رفتارهای غیرعادی در ارتباط می باشد (۱۱، ۱۳).

نشانه های استرس در ۴ بعد جسمانی، رفتاری، هیجانی و شناختی، ارتباط بسیار نزدیکی با نشانگان PMS دارد. با توجه به این که استرس، در نتیجه ارزیابی های شناختی فرد از موقعیت، که به دلیل کمبود اطلاعات و باورهای غلط ایجاد می شود، برخی از رویکردهای کنار آمدن با استرس، به تعدیل الگوهای رفتاری و فکری افراد تأکید کرده اند. مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس<sup>۳</sup> که توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور افزایش می دهد، می تواند در کاهش علائم و نشانگان PMS مؤثر باشد. این مداخله، ترکیبی از عناصری نظیر افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی<sup>۴</sup>، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله<sup>۵</sup>، آموزش مهارت های ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود<sup>۶</sup> و برنامه ریزی

<sup>3</sup> Stress management

<sup>4</sup> Relaxation

<sup>5</sup> Problem solving

<sup>6</sup> Self management

<sup>1</sup> Premenstrual Syndrome (PMS)

<sup>2</sup> Psychosomatic

فعالیت‌ها می‌باشد (۱۵). درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس از اساس نظری قوی برخوردار بوده و مطالعات متعدد اثربخشی آن را در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران مختلف تأیید کرده‌اند (۱۶).

با توجه به وجود مشکلات و عوارض متعدد ناشی از PMS، اهمیت درمان آن بدیهی است. از آنجایی که علت این سندرم ناشناخته است، هیچ درمان قطعی برای درمان آن وجود ندارد و درمان آن به صورت علامتی می‌باشد (۱۶). پیشرفت مداخلات موفق برای کاهش علائم پیش از قاعدگی، امری چالش برانگیز است و مداخلات بر جنبه‌های خاصی از نشانه‌شناسی پیش از قاعدگی نظیر: آموزش و مشاوره، ژرف‌اندیشی، تغییر سبک زندگی (مهارت‌های ارتباطی، رژیم غذایی، ورزش)، درمان گیاهی، درمان‌های دارویی، روان‌درمانی، درمان جراحی و درمان پلاسبو تمرکز دارند (۲۰-۱۸). به طور کلی هدف از درمان PMS، کاهش یا برطرف کردن علائم و اثرات آن بر فعالیت‌ها و روابط شخصی و کاهش اثرات مضر آن و به طور کلی، ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به آن می‌باشد (۲۱).

با توجه به کمبود مطالعات در زمینه بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی، لزوم مطالعات بیشتر در این زمینه احساس می‌شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و علائم سندرم پیش از قاعدگی طرح ریزی و انجام شد.

## روش کار

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه مداخله‌ای با طرح پیش-آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است که تنها در یک گروه مداخله انجام شد و جامعه آماری آن را کلیه زنان آموزش و پرورش شهرستان کاشمر در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ تشکیل می‌داد. در مرحله اول پس از تکمیل پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی، که روایی و اعتبار آن توسط سیه‌بازی و همکاران مورد تأیید قرار گرفت (۱۰)، زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی شناسایی شدند. سپس در مرحله دوم، ۴۰ زن مبتلا به

سندرم پیش از قاعدگی به صورت تصادفی انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. معمولاً مبنای تعیین حجم نمونه در مطالعات روان‌شناسی، دیدگاه تجربی صاحب‌نظران است. در مطالعه حاضر، بر اساس نظرات کارشناسی در فرانس‌های کتب روان‌شناسی (۲۲)، حجم نمونه تخصیصی برای هر یک از دو گروه مداخله و کنترل، ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: افراد واجد ملاک‌های تشخیصی PMS (بر اساس شرایط ذکر شده در پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی)، عدم دریافت درمان‌های دارویی یا روان‌شناختی، نداشتن هیجان‌ات روحی شدید مانند طلاق یا فوت یک عزیز در ۶ ماه اخیر و موافقت جهت شرکت در مطالعه بود. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت کنندگان هدف از مطالعه توضیح داده شد. همچنین به آنان اطمینان داده شد که نتایج مطالعه به صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و اطلاعات مرتبط با آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و آن‌ها مختار خواهند بود که در مطالعه شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند از مطالعه خارج شوند. گروه آزمون به مدت ۸ جلسه دو ساعته و به مدت ۸ هفته، آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری را دریافت کردند، در حالی که گروه شاهد تنها پیگیری شدند. در ضمن، ۵ نفر از گروه آزمایش و ۵ نفر از گروه شاهد به دلایل مختلف از جمله غیبت و عدم شرکت در پس آزمون از مطالعه خارج شدند. بنابراین داده‌های به دست آمده از ۳۰ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار ارزشیابی در پیش-آزمون و پس‌آزمون، پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۱</sup> بود. پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی، شامل ۱۹ سؤال در ۲ بخش می‌باشد (بخش اول شامل ۱۴ علائم خلقی، جسمی و رفتاری و بخش دوم، تأثیر این علائم بر زندگی افراد می‌سجد و شامل ۵ سؤال است) که استانداردسازی، ترجمه و اعتبارسنجی آن توسط سیه-بازی و همکاران (۱۳۸۹) مورد بررسی قرار گرفته است.

<sup>۱</sup> DASS (Depression anxiety and stress scale)

شد (۲۵). لازم به ذکر است که این برنامه توسط خود پژوهشگر که دوره‌های درمان شناختی رفتاری را آموزش دیده، اجرا شد. بلافاصله پس از جلسه پایانی، اعضاء هر دو گروه به پس آزمون پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)<sup>۵</sup>، پاسخ دادند.

### یافته‌ها

برخی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه، ۱۶ نفر (۵۳/۳٪) در محدوده سنی ۳۶-۴۰ سال قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۱۸ نفر (۶۰٪) از افراد گروه کنترل و آزمایش دارای مدرک تحصیلی لیسانس، ۱۰ نفر (۳۳/۴٪) دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم و ۲ نفر (۶/۶٪) دارای تحصیلات دیپلم و فوق لیسانس بودند. اکثر زنان مورد مطالعه (۶۳/۳۴٪) دارای دو فرزند بودند.

جدول ۱- توزیع فراوانی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بر حسب برخی از ویژگی‌های جمعیتی شناختی

| متغیر                    | دامنه                    | تعداد (درصد) |
|--------------------------|--------------------------|--------------|
| سن                       | زیر ۳۰ سال               | ۱ (۳/۴۰)     |
|                          | ۳۰ تا ۳۵                 | ۷ (۲۲/۳۰)    |
|                          | ۳۶ تا ۴۰                 | ۱۶ (۵۳/۳)    |
| سطح تحصیلات              | بالای ۴۰                 | ۶ (۲۰/۰۰)    |
|                          | دیپلم                    | ۱ (۳/۳)      |
|                          | فوق دیپلم                | ۱۰ (۳۳/۴)    |
| تعداد فرزندان            | لیسانس                   | ۱۸ (۶۰/۰۰)   |
|                          | فوق لیسانس               | ۱ (۳/۳)      |
|                          | فاقد فرزند               | ۱ (۳/۳۳)     |
|                          | دارای یک فرزند           | ۴ (۱۳/۳۳)    |
| دارای چهار فرزند و بیشتر | دارای دو فرزند           | ۱۹ (۶۳/۳۴)   |
|                          | دارای سه فرزند           | ۵ (۱۶/۶۷)    |
|                          | دارای چهار فرزند و بیشتر | ۱ (۳/۳۳)     |

در آزمون تعیین پایایی این پرسشنامه، سازگاری درونی<sup>۱</sup>، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، در بخش علائم ۰/۹۰، در بخش تأثیر علائم بر روی زندگی ۰/۹۱ و در کل سؤالات ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین همبستگی درون خوشه<sup>۲</sup> بین دو بخش ۰/۸ بود.

در بحث روایی، که از دو شاخص نسبت روایی محتوا (CVR)<sup>۳</sup> و شاخص روایی محتوا (CVI)<sup>۴</sup> استفاده شد، مقادیر این دو شاخص، به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ به دست آمد (۱۰). دیگر ابزار مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس بود که یک پرسشنامه خود گزارش دهی ۴۲ سؤالی در مورد افسردگی، اضطراب و استرس است که به وسیله لووی‌بند در سال ۱۹۹۵ طراحی شد. در مطالعه فعلی و همکاران (۱۳۸۶) همبستگی مقیاس افسردگی آن با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۸۴ و مقیاس اضطراب آن با مقیاس اضطراب زونگ ۰/۸۳ و ضریب آلفای محاسبه شده برای خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ بود (۲۳). داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

خلاصه محتوای جلسات درمان در جلسه اول: بحث در رابطه با استرس و نشانه‌های آن، جلسه دوم: شناسایی موقعیت‌های استرس آفرین و بیان شیوه‌های مقابله با استرس، جلسه سوم: آموزش سبک زندگی سالم، آرام سازی و کنترل تنش، جلسه چهارم: آموزش مهارت‌های حل مسئله، جلسه پنجم: آموزش مدیریت خشم و فنون آن، جلسه ششم: آموزش مدیریت زمان و تعیین اهداف، جلسه هفتم: آموزش برنامه‌ریزی، سارقین زمان و موانع مدیریت زمان و جلسه هشتم شامل آموزش نحوه استفاده از شبکه حمایت اجتماعی و توصیه‌های کوچک برای مدیریت استرس و پس آزمون بود (۲۴). ساختار جلسات بر مبنای روش شناختی رفتاری گروهی طراحی

<sup>1</sup> Internal consistency

<sup>2</sup> Inter- class correlation

<sup>3</sup> Content validity ratio

<sup>4</sup> Content validity index

<sup>5</sup> Depression anxiety and stress scale

افزایش علائم PMS است، میانگین نمره گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش معنی داری داشت (۱۸/۰۶ در برابر ۲۳/۷۳).

جدول ۱ شاخص های توصیفی متغیر وابسته نمره کل سندرم پیش از قاعدگی را به تفکیک گروه ها و مراحل نشان می دهد. از آنجایی که کسب نمره بیشتر در پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی نشان دهنده

جدول ۲- نتایج میانگین و انحراف معیار و تحلیل کواریانس برای متغیر PMS و مؤلفه های روانشناختی در پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل و آزمایش در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی

| متغیر               | آزمایش       |              | کنترل        |              | سطح معنی داری* |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
|                     | پیش آزمون    | پس آزمون     | پیش آزمون    | پس آزمون     |                |
| سندرم پیش از قاعدگی | ۲۶/۸۶ ± ۵/۱۱ | ۱۸/۰۶ ± ۵/۱۸ | ۲۷/۲۰ ± ۳/۷۲ | ۲۳/۷۳ ± ۳/۹۱ | ۰/۰۰۳          |
| افسردگی             | ۱۷/۷۳ ± ۸/۲۱ | ۱۲/۵۳ ± ۶/۴۲ | ۱۷/۱۳ ± ۴/۰۶ | ۱۷/۲۶ ± ۶/۷۱ | ۰/۰۲           |
| استرس               | ۲۵/۲۶ ± ۶/۲۳ | ۱۸/۷۳ ± ۵/۹۵ | ۲۴/۰۰ ± ۴/۳۹ | ۲۴/۲۶ ± ۴/۱۳ | ۰/۰۰۰          |
| اضطراب              | ۱۴/۲۰ ± ۴/۱۴ | ۱۳/۲۳ ± ۷/۶۲ | ۱۳/۴۰ ± ۴/۴۸ | ۱۴/۲۰ ± ۴/۱۴ | ۰/۴۵           |

\* آزمون تحلیل کواریانس

## بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا انجام شد. با توجه به نتایج تحلیل کواریانس که در جدول ۲ ارائه شده است، گروه آزمایش پس از تعدیل میانگین ها و کنترل متغیرهای مداخله گر در مجموع کاهش معنی داری را در نمرات PMS، نسبت به گروه کنترل به دست آوردند. لذا مطالعه حاضر نشان دهنده اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی است، در واقع استرس بیماران با استفاده از مهارت های مقابله ای کارآمد، کاهش و علائم PMS آنان نیز کاهش یافت. نتایج مطالعه حاضر با نتایج سایر مطالعاتی که معتقدند درمان شناختی- رفتاری (CBT)<sup>۱</sup> دارای تأثیرات عمده بر کاهش مشکلات روانشناختی و علائم پیش از قاعدگی است، همخوانی دارد. از جمله مطالعه کیرک بای (۱۹۹۴) نشان داد که آموزش مهارت های کنار آمدن بر اساس درمان شناختی- رفتاری به زنان مبتلا به PMS، باعث کاهش چشمگیر در علائم بیماری نسبت به گروه کنترل شد (۲۶). همچنین مطالعه کریستین و همکار (۱۹۹۵) نشان

داد که درمان شناختی- رفتاری و درمان متمرکز بر اطلاعات (I.F.T)<sup>۲</sup> به یک اندازه در کاهش علائم پیش از قاعدگی و سطح افسردگی و تأثیرات و تفکرات منفی مؤثرند (۲۷). بلک و همکاران (۱۹۹۸) طی مطالعه ای که به منظور مقایسه تأثیرات درمان شناختی- رفتاری با یک گروه شاهد درمان نشده انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی- رفتاری دارای تأثیرات عمده بر کاهش علائم روانشناختی پیش از قاعدگی می باشد (۲۸). در مطالعه هانت و همکاران (۲۰۰۲)، اثر سه گروه درمان: درمان شناختی- رفتاری، فلوکستین روزانه و درمان شناختی- رفتاری همراه با فلوکستین بر روی اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن نشان داد که گروه درمان شناختی- رفتاری و گروه ترکیبی، از خط مبنا در سه ماه کاهش داشتند (۲۹). در مطالعه اسلاد (۱۹۸۹) با عنوان توصیف نشانه های پیش از قاعدگی در پاسخ به درمان های چند وجهی درمان شناختی- رفتاری که بر روی ۴ زن بیمار در ۶ چرخه قاعدگی متوالی انجام شد، علائم PMS در هر ۴ زن در دوره ارزشیابی اولیه بهبود یافت (آموزش درمان شناختی- رفتاری چند وجهی و شامل: آرام سازی، به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی، ارزیابی خصوصیات، مدیریت استرس و مهارت های حل مشکل

<sup>2</sup> Information focused therapy

<sup>1</sup> Cognitive- behavior therapy

بود که تمام این مهارت‌ها در مطالعه حاضر آموزش داده شده است) (۳۰).

مورسه و همکاران (۱۹۹۱) طی مطالعه‌ای، زنان مبتلا را در سه گروه: درمان شناختی- رفتاری، درمان با پروژسترون و آرام‌سازی مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بهبود از طریق درمان شناختی- رفتاری با تأخیر صورت می‌گیرد (۳۱) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. در مطالعه مورسه و همکاران (۱۹۸۹) در استرالیا که ۶ زن مبتلا به PMS، یک دوره ۱۰ هفته‌ای یک ساعته درمان شناختی- رفتاری را اجرا کردند، در بیماران تا مرحله دوم پیش از قاعدگی، بهبود روانی مشاهده نشد، اما در پیگیری یک ساله، بهبود چشمگیری در علائم جسمی در مرحله اول پیش از قاعدگی و همچنین کاهش معنی داری در خط مبنا مشاهده شد (۳۲).

به نظر می‌رسد تفاوت در زمان تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم PMS که در این مطالعات ذکر شده است، ناشی از تفاوت در روش، تفاوت فرهنگی و یا مهارت‌های درمانگران و نیز کم بودن اعتبار بیرونی این مطالعات به دلیل محدود بودن تعداد نمونه و سطح سواد افراد مبتلا و فهم و پذیرش آن‌ها از درمان شناختی- رفتاری که یکی از شرایط تأثیر این نوع درمان است، باشد. روش‌های مختلف شناختی- رفتاری از جمله چالش با افکار، نگرش‌های خودآیند منفی و بازسازی شناخت‌ها و باورهای فرد (به خصوص در مورد PMS)، میزان استرس را کاهش می‌دهد که این موضوع می‌تواند باعث کاهش افسردگی ناشی از تلقی PMS به عنوان یک بیماری ناتوان‌کننده شود. با وجود محدود بودن مطالعات کنترل شده در مورد اثر مداخلات درمانی برای PMS، نتیجه این مطالعه با نتایج مطالعات گذشته هماهنگ است. از آنجایی که آموزش‌های مدیریت استرس و مهارت‌های زندگی، برای کاهش استرس و علائم اضطراب و افسردگی جمعیت عمومی مؤثر شناخته شده است (۳۳)، ارائه این آموزش‌ها برای افراد مبتلا به PMS نیز می‌تواند سودمند باشد. در اثر آموزش مدیریت زمان و تشویق بیماران به افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و برنامه‌ریزی فعالیت‌هایی که منجر به افزایش موفقیت‌های روزمره می‌شود، خلق این افراد به میزان قابل توجهی بهبود

یافت. علاوه بر این، آموزش سبک ارتباطی صحیح (سبک‌های جرأت‌مندانه) و ابراز وجود و آموزش مهارت‌های مفید (هنر گوش دادن، درخواست کردن، نه گفتن) به این افراد، همراه با تمرین رفتار، باعث افزایش میزان روابط اجتماعی مطلوب و در نتیجه افزایش دریافت حمایت اجتماعی شد که این یکی از عواملی است که خلق افسرده را در این بیماران بهبود بخشد. آموزش مدیریت خشم نیز می‌تواند باعث آگاهی از موقعیت‌های ایجادکننده خشم، چگونگی تجربه خشم توسط فرد و روش‌های مطلوب بروز خشم و انجام اعمال اصلاحی در بیماران شود (۳۴). مجموع تکنیک‌های فوق باعث کاهش علائم در مرحله پس‌آزمون شد.

بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش علائم روانشناختی PMS، یکی دیگر از هدف‌های مطالعه حاضر بود. نتایج تحلیل کواریانس حاکی از اثربخشی این مداخله بر کاهش علائم افسردگی و استرس افراد مبتلا و عدم تأثیر آن بر اضطراب آن‌ها بود. با توجه به موارد فوق، نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه محرابی و همکاران (۲۰۰۸)، دوازده امامی و همکاران (۲۰۰۹)، رنجبر و همکاران (۲۰۱۰)، سجادی نژاد و همکاران (۲۰۰۸)، میزونی و همکاران (به نقل از شیربیم و همکاران) (۲۰۰۸) و یعقوبی نصرآبادی و همکاران (۲۰۰۳) همخوانی داشت که نشان دادند گروه درمانی شناختی- رفتاری و آموزش کنترل و مقابله با استرس، نمرات افراد را در افسردگی به طور معنی داری کاهش می‌دهد. همچنین مطالعه محرابی و همکاران (۲۰۰۸) و تیمرمن و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد که آموزش مدیریت استرس می‌تواند فشار روانی (استرس) را کم کند (۳۵-۴۱) که با نتایج مطالعه یعقوبی نصرآبادی و همکاران که به بررسی تأثیر گروه- درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی پرداخته و به این نتیجه رسیدند که این روش در کاهش اضطراب بیماران تأثیر چشمگیری ندارد، همخوانی داشت (۳۹). از طرفی با نتایج مطالعه محرابی و همکاران، تیمرمن و همکاران، شیربیم و همکاران و میزونی و همکاران (به نقل از

شیربیم و همکاران) که بیان کردند این آموزش می‌تواند اضطراب را کم کند، همخوانی نداشت (۳۵، ۴۰، ۴۱).

تبیین این ناهم‌سویی می‌تواند به دلیل محدودیت زمانی باشد که امکان بررسی عوامل زمینه ساز و تداوم بخش اضطراب افراد و اجرای کاربردی مراحل آرامش در جلسات متعدد را نداشت. آرام سازی به عنوان تکلیف خانگی به آن‌ها محول شد. بنابراین به دلیل عدم امکان نظارت بر روی اجرای آرام سازی، ممکن است این تمرین به طور مستمر و صحیح در شرایط استاندارد اجرا نشده باشد.

بررسی منابع مطالعاتی موجود نشان داد که تاکنون مطالعه منتشر شده ای در زمینه اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات روانشناختی و علائم PMS وجود ندارد. لذا نوآوری و ابتکار مطالعه حاضر در استفاده از این آموزش برای زنان مبتلا به PMS بود و نتایج آن حاکی از اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش علائم PMS و نیز کاهش افسردگی و استرس زنان مبتلا بود. لذا مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری می‌تواند به عنوان شیوه درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در کاهش علائم PMS و بهبود زندگی افراد مبتلا به کار گرفته شود. از محدودیت های این مطالعه می‌توان به فقدان پیگیری برای نتایج مربوط به PMS و عدم اختصاصی بودن برنامه آموزشی به کار گرفته شده در این مطالعه برای

بیماران PMS و عدم وجود یک گروه کنترل دیگر با جلسات مشاوره معمولی به منظور حذف اثر دارونمایی گروه درمانی بود که به دلیل محدودیت امکانات، رعایت این امر ممکن نبود. پیشنهاد می‌شود در تعمیم نتایج به افراد دیگر، جانب احتیاط رعایت شود، همچنین مطالعات آینده این نکته را مورد توجه قرار دهند تا بتوان نتایج مطالعه را با اطمینان بیشتری به تأثیر متغیر روان درمانی نسبت داد. همچنین باید سنجش نیازهای آموزشی قبل از ارائه آموزش، مورد توجه قرار گیرد.

### نتیجه گیری

آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات روانشناختی و علائم سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد اکرم آرمند بوده و نتیجه آن با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشت. به این وسیله از تمام شرکت کنندگان در مطالعه، فرهنگیان محترم آموزش و پرورش شهرستان کاشمر و همچنین از همکاری صمیمانه سرکار خانم دکتر لادن فتی و نیز سرکار خانم شیوا سیه بازی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

### منابع

- Olive DL, Palter SF. Reproductive physiology. In: Berek JS. Novaks gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:161-84.
- Talaei A, Fayyazi Bordbar MR, Nasiraei A, Pahlavani M, Dadgar S. [Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS) in students of Mashhad University of Medical Sciences]. [Article in Persian]. Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility 2009;12(2):15-22.
- Zare H, Taraj S. [The effect of premenstrual syndromes on the function of short-term, long-term and provident memory of afflicted women] [Article in Persian]. Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility 2009;12(3):1-8.
- Kloch SC. Psychological aspects of women's reproductive health. In: Ryan KI, Berkowitz RS, Barbieri RL, Donaf A. Kistner's gynecology and women's health. 7<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby; 1999:519-39.
- Havens CS, Sullivan ND, Tilton P. Manual of out patient gynecolog. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Little Brown; 1991:61-9.
- Lowder milk DL, Perry SE. Maternity and women's health care. 8<sup>th</sup> ed. St Lois: Mosby 2004:161-3.
- Willson JR, Carrington ER. Obstetrics and gynecology. 9<sup>th</sup> ed. St Lois: Mosby; 1991:115-20.
- Hacker NF. Hacker and Moore's premenstrual syndrome. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 1994:1011-15.
- Mortola JF. Premenstrual syndrome. In: Goldman MB, Hatch MC. Women and health. New York: Springer Academic Press; 2000:114-21.
- Siahbazi SH, Harriri F, Montazari A, Banaem L. The questionnaire of premenstrual syndrome screening test (PSST). Translation and psychometry of Iranian type; 2010, under Print.
- Alexander M, Fawcett JN, Punciman PJ. Nursing practice: hospital and home: the adult. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000:232-6.

12. Geary A. Food and mood handbook: find relief at last from depression, anxiety, PMS, cravings and mood swings. London:Thomsons;2001:1-6.
13. Sayegh R, Schiff I, Wurtman J, Spiers P, McDermott J, Wurtman R. The effect of a carbohydrate-rich beverage on mood, appetite and cognitive function in women with premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol* 1995 Oct;86(4 Pt 1):520-8.
14. Carson VB. Mental health nursing: the nurse-patient journey. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia:Saunders;2000:1-6.
15. Sarafino EP. Health psychology. Ahmadi Abhari SA. (translator). Tehran, Roshd; 2005:177-228.
16. Javaheri R, Neshatdoost HT, Molavi H, Zare M. [The efficacy of cognitive-behavioral stress management therapy on improving the quality of life in with temporal lobe epilepsy] [Article in Persian]. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2010 Summer;13(2):32-43.
17. Kariman NS, Rezaeian M, Nassaji F, Valaei N, Gachkar L. [The effect of exercise on premenstrual syndrome (PMS)] [Article in Persian]. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences* 2006 Winter;13(53):8-15.
18. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE. Danforth's obstetrics and gynecology.9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2008.
19. Jannati Y, Khaki N. [Psychiatric in midwifery]. Theran:Salemi Publications;2005:122-4.
20. Speroff L, Feritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility.7<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2005.
21. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndromes. *Am Fam Physician* 2003 Apr 15;67(8):1743-52.
22. Sahebi A. Research methods in clinical psychology. Tehran: SAMT, 2007: 99-101.
23. Samari A. The Effectiveness of reality therapy group intervention on reducing emotional disorders and increasing adjustment and quality of life of patients with type 2 diabetes. Thesis to get PhD in health psychology. Islamic Azad University, Karaj 2011.
24. Kazemzadeh Atoofi M, Bolhari J, Mootabi F. [Stress management]. Tehran:Tehran University of Medical Sciences;2008:57-64. [in Persian].
25. Ferry M. The practical guide for recognition of group therapy. Mohammadi M, Farnam R. (translators). Tehran, Roshd; 1999: 71-72.
26. Kirkby RJ. Changes in premenstrual symptoms and irrational thinking following cognitive-behavioral coping skills training. *J Consult Clin Psychol* 1994 Oct;62(5):1026-32.
27. Christensen AP, Oei TP. The efficacy of cognitive behavior therapy in treating premenstrual dysphoric changes. *J Affect Disord* 1995 Jan;33(1):57-63.
28. Blake F, Salkovskis P, Gath D, Day A, Garrod A. Cognitive therapy for premenstrual syndrome: a controlled trial. *J Psychosom Res* 1998 Oct;45(4):307-18.
29. Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Jolley R, Katz M. A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical (Fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002 Sep;23(3):193-9.
30. Slade P. Psychological therapy for premenstrual emotional symptoms. *Behav Psychother* 1989;17(2):135-50.
31. Morse CA, Dennerstein L, Farrell E, Varnavides K. A comparison of hormone therapy, coping skills training, and relaxation for the relief of premenstrual syndrome. *J Behav Med* 1991 Oct;14(5):464-89.
32. Morse CA, Bernard ME, Dennerstein L. The effects of rational emotive therapy and relaxation training on premenstrual syndrome: a preliminary study. *J Rational Emotive Cogn Behav Ther* 1989;7:98-110.
33. Granath J, Ingvarsson S, Thiele U, Lundberg U. Stress management: a randomized study of cognitive behavioral therapy and yoga. *Cogn Behav Ther* 2006;35(1):3-10.
34. Antoni MH, Ironson G, Schneiderman N. Cognitive-behavioral stress management. Oxford:Oxford University Press;2008;230-3.
35. Mehrabi A, Fata L, Davazdah Emami MH, Rajab A. [The efficacy of cognitive-behavioral stress management training on the control of diabetes and decreasing the emotional problems of type 1 diabetic patients] [Article in Persian]. *J Diabetes Lipid Iran* 2008;2:103-14.
36. Davazdah Emami MH, Roshan R, Mehrabi A, Attari A. [The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on glycemic control and depression in patients with type 2 diabetic] [Article in Persian]. *Iran J Endocrinol Metabol* 2009;11(4):385-92.
37. Ranjbar F, Ashke Torab T, Dadgari A.[Efficacy of group cognitive-behavioral therapy on depression] [Article in Persian]. *Journal of Shahid Sadughi University of Medical Sciences* 2010;18(4):299-306.
38. Sajjadi-Nejad MS, Mohammadi N, Taghavi MR, Ashjzadeh N.[The effect of cognitive-behavioral group therapy on the depression and inability feeling due to headache in patients with tensional migraine and headache] [Article in Persian]. *Journal of psychiatry and clinical psychology* 2008;4:411-8.
39. Yaghubi Nasrabadi M, Atefvahid MK, Ahmmadzadeh Gh. [The efficacy of cognitive-behavioral group therapy in reducing the level of depression and anxiety in patients with mood disorder] [Article in Persian]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2003;9(2):56-63.
40. Timmerman IG, Emmelkamp PM, Sanderman R. The effects of a stress-management training program in individuals at risk in the community at large. *Behav Res Ther* 1998 Sep;36(9):863-75.
41. Shirbim Z, Soudani M, Shafi Abadi A. [The effectiveness of the stress management skills training on increase of the scholar's mental health] [Article in Persian]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2008;2(8):8-18.