

تأثیر روان درمانی گروهی شناختی- رفتاری / روایتی

بر سندرم پیش از قاعدگی دانشجویان دختر

دکتر ایران داودی^۱، سکینه ایزدی مزیدی^{۲*}، دکتر مهناز مهربابی زاده هنرمند^۳

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۳. استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۴/۲۶

خلاصه

مقدمه: سندرم پیش از قاعدگی یکی از شایع ترین مشکلات زنان است که می تواند منجر به کاهش کارایی تحصیلی، شغلی و اختلال در روابط بین فردی شود. بنابراین استفاده از برخی مداخلات جهت رفع این مشکل ضروری به نظر می رسد. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی گروهی شناختی- رفتاری / روایتی در سندرم پیش از قاعدگی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه تجربی میدانی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد که از آبان ماه ۸۸ تا دی ماه ۸۹ بر روی ۴۰ دانشجوی دختر ساکن خوابگاه با میانگین سنی $23 \pm 3/25$ سال انجام شد. افراد مورد مطالعه به روش تصادفی از بین ۷۳ دانشجوی داوطلب دارای سندرم پیش از قاعدگی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. افراد دو گروه پرسشنامه مشخصات فردی و مقیاس "فرم ثبت روزانه شدت مشکلات" را در مرحله پیش آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه و هر هفته ۹۰ دقیقه، گروه درمانی را دریافت کردند سپس از هر دو گروه پس آزمون و پی گیری گرفته شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج تحلیل کواریانس، روان درمانی شناختی- رفتاری / روایتی باعث کاهش معنی داری در نمره کل سندرم پیش از قاعدگی و هر یک از خرده مقیاس های آن در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون ($p < 0/001$) و پیگیری دو ماهه ($p < 0/001$) شد.

نتیجه گیری: روان درمانی گروهی شناختی- رفتاری / روایتی در کاهش سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است.

کلمات کلیدی: درمان شناختی- رفتاری / روایتی، روان درمانی، سندرم پیش از قاعدگی، قاعدگی، نشانه

* نویسنده مسئول مکاتبات: سکینه ایزدی مزیدی؛ دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۹۱۷۱۳۴۶۰۴۰
پست الکترونیک: s.izadi.m@gmail.com

مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی^۱ شامل تغییرات فیزیکی، شناختی، خلقی و رفتاری است که به صورت دوره‌ای در فاز لوتئال سیکل قاعدگی رخ می‌دهند (۱). این علائم با شروع خونریزی قاعدگی و یا پس از آن به تدریج از بین می‌رود و یک دوره بدون علامت آغاز می‌شود (۲). شایعترین علائم سندرم پیش از قاعدگی شامل اضطراب، افسردگی، خستگی، عصبانیت، تحریک پذیری، احساس از دست دادن کنترل، گیجی، تغییر در الگوی خواب و اشتها، سردرد، تورم، حساسیت پستان، دردهای مفصلی یا عضلانی می‌باشد (۳). این نشانگان کیفیت زندگی زنان مبتلا به آن را تحت تأثیر قرار داده و بر زمینه‌های متعددی از جمله فعالیت‌های روزانه در منزل، روابط بین فردی، فعالیت اجتماعی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، اعمال جنسی، کار و کارآمدی تأثیری منفی دارد (۴). علاوه بر آن، دارای هزینه‌های مستقیم بهداشتی و هزینه‌های غیرمستقیم مربوط به کاهش کارآمدی و بهره‌وری شغلی است (۵). اتیولوژی سندرم پیش از قاعدگی چند وجهی و شامل عوامل جسمانی، روانشناختی و فرهنگی می‌باشد اما مطالعات مربوط به فرآیند درمان آن بیشتر بر مداخلات فیزیکی متمرکز شده است (۶). در عین حال، درمان روان‌شناختی سندرم پیش از قاعدگی نیز پیشرفت‌هایی داشته است.

کیرک بای (۱۹۹۴) اثر درمان شناختی- رفتاری را بر گروهی از زنان با سندرم پیش از قاعدگی مورد بررسی قرار داد و اثر بخشی آن را با یک گروه لیست انتظار و گروهی دیگر که درمان غیر اختصاصی دریافت کرده بودند، مقایسه کرد. پس از درمان و نه ماه پی گیری پس از آن، سندرم پیش از قاعدگی در گروهی که درمان شناختی- رفتاری دریافت کرده بودند، نسبت به دو گروه دیگر کاهش معنی داری داشت، اما گروه لیست انتظار و گروه کنترل در هیچ زمانی از آزمون تفاوت معنی داری نداشتند (۷). کریس تنسن و همکار (۱۹۹۵) کارآمدی درمان شناختی- رفتاری را در درمان سندرم پیش از قاعدگی با درمان متمرکز بر آگاهی بخشی^۲ مورد مقایسه قرار دادند و

به این نتیجه رسیدند که هر دو روش به طور معنی داری در کاهش علائم اختلال مؤثر است (۸).

بلیک و همکاران (۱۹۹۸) تأثیر شناخت درمانی را بر سندرم پیش از قاعدگی از طریق مقایسه با گروه کنترل و لیست انتظار مورد بررسی قرار دادند، عملکرد اجتماعی و روانشناختی آزمودنی‌ها در هنگام ورود به مطالعه، دو ماه پس از مطالعه و در پایان دوره درمان مورد ارزیابی قرار گرفت و مشخص شد که درمان شناختی مؤثر بوده و علائم پیش از قاعدگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود معنی داری داشته است (۹). در مطالعه هانتر و همکاران (۲۰۰۲) که اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری، دارو درمانی (فلوکستین) و ترکیب این دو درمان بر بهبود سندرم پیش از قاعدگی با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفت، ۶ ماه پس از درمان، بهبود قابل توجهی در هر سه گروه رخ داد، اما دارو درمانی با بهبود سریع‌تری همراه بود. یک سال پس از درمان، افرادی که تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفته بودند، بهبود علائم را بیشتر حفظ کردند. ترکیب این دو درمان تأثیر بیشتری نداشت (۱۰). اشر و همکاران (۲۰۰۲) در یک مطالعه کنترل شده تصادفی، درمان روان‌شناختی زن محور^۳ (با ترکیب درمان شناختی- رفتاری و روایت درمانی) را بر گروهی از زنان با نشانگان متوسط تا شدید قبل از قاعدگی به کار بردند و تأثیر آن را با داروهای بازدارنده باز جذب سروتونین (فلوکستین) مورد مقایسه قرار دادند، نتایج مطالعه آنان نشان داد که این درمان، پس از یک دوره ۶ ماهه به اندازه فلوکستین در کاهش سندرم پیش از قاعدگی مؤثر بوده و پس از یک سال پیگیری، از فلوکستین مؤثرتر بوده است. تأثیر این درمان در بهبود علائم پیش از قاعدگی هنوز به طور وسیعی مورد مطالعه قرار نگرفته است (۶).

میبینی (۱۳۸۴) در یک مطالعه نیمه آزمایشی، اثر بخشی کاربرد شناخت درمانی را در بهبود سندرم پیش از قاعدگی مورد مطالعه قرار داد و به این نتیجه رسید که شناخت درمانی منجر به کاهش نگرش‌های منفی نسبت به قاعدگی و کاهش علائم روانی سندرم پیش از قاعدگی می‌شود، اما در کاهش علائم جسمانی تأثیری ندارد

¹ Premenstrual syndrome

² Information-focused therapy

³ Woman-Centered Psychological Intervention

(۱۱). مطالعه تقی زاده و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که با انجام مشاوره گروهی، شدت کلی نشانگان، علائم جسمانی، اضطراب، حساسیت در روابط بین فردی و پرخاشگری مرتبط به سندرم پیش از قاعدگی به طور معناداری کاهش می‌یابد و تنها در بعد افسردگی کاهش معناداری مشاهده نشد (۱۲).

با توجه به اهمیت نقش زنان در خانواده و جامعه، مبتلا شدن آنان به هر نوع بیماری، هزینه‌هایی را برای جامعه به همراه دارد، بنابراین تلاش در جهت سلامت روان آن‌ها و بکار بردن راهبردهایی جهت روبه‌رو شدن با مشکلات و چالش‌هایی که پیش‌رو دارند، ضرورتی انکارناپذیر است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر بخشی روان‌درمانی گروهی شناختی-رفتاری / روایتی بر کاهش سندرم پیش از قاعدگی در یک نمونه ایرانی انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه تجربی میدانی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است که از آبان ماه ۸۸ تا دی ماه ۸۹، بر روی ۴۰ دانشجوی دختر ساکن خوابگاه با میانگین سنی $23 \pm 3/25$ سال انجام شد. جامعه آماری آن شامل کلیه دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه شهید چمران اهواز بود و نمونه پژوهش از طریق فراخوان و از بین کلیه دانشجویانی که پیش از قاعدگی شان ناراحتی‌های جسمانی و روانی را تجربه می‌کردند، انتخاب شدند. داوطلبان پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه و کسب توضیحات لازم در مورد اهداف مطالعه، فرم فارسی ثبت روزانه شدت مشکلات^۱ را دریافت کردند تا به مدت دو ماه، علائم خود را به صورت روزانه در آن ثبت کنند. طی این فراخوان ۲۰۸ نفر مراجعه و فرم را دریافت کردند. از این تعداد ۱۲۲ نفر فرم را تکمیل و برگرداندند. بر اساس دستورالعمل آزمون، ۸۰ نفر دارای سندرم پیش از قاعدگی و ۳۲ نفر فاقد این نشانگان تشخیص داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سیکل قاعدگی منظم (با فواصل ۲۴ تا ۳۵ روز)، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، ویتامین، هورمونی و یا ضد بارداری خوراکی،

باردار یا شیرده نبودن، عدم رخداد وقایع فشارزای روانی مانند فوت نزدیکان، عدم ازدواج یا عمل جراحی طی ۳ ماه گذشته، عدم قرار داشتن تحت هر نوع درمان به منظور تخفیف علائم در طول مدت مطالعه، عدم ابتلاء به اختلال داخلی یا زنانه در گذشته و اکنون و هر گونه اختلال روان‌پزشکی بود که افراد دارای سندرم پیش از قاعدگی از طریق مصاحبه از این نظر غربال شدند.

پس از انجام مصاحبه، ۷۳ نفر از افراد دارای سندرم پیش از قاعدگی باقی ماندند. حجم نمونه مطالعه با استفاده از مطالعه راهنما و فرمول محاسبه میانگین‌ها در هر گروه ۱۵ نفر برآورد شد که با احتساب ریزش احتمالی واحدهای پژوهش در هر گروه ۲۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. بنابراین از بین ۷۳ فرد دارای سندرم پیش از قاعدگی، تعداد ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و نیز به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش، مداخله درمانی دریافت کرد و در پایان مداخله، از هر دو گروه آزمایشی و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد. پس از دو ماه به منظور انجام پی‌گیری، مجدداً پس‌آزمون تکرار شد. به دلیل افت آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون، ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه کنترل باقی ماندند و در مرحله پیگیری، ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه کنترل باقی ماندند. در گروه آزمایش، میانگین سنی افراد ۲۲/۵ سال، انحراف استاندارد ۲/۲۲ و طیف سنی آنان ۲۵-۲۰ سال، در گروه کنترل، میانگین سنی افراد ۲۳/۴۷ سال، انحراف استاندارد ۴/۰۱ و طیف سنی آنان ۲۷-۱۹ سال و در مجموع دو نمونه، میانگین سنی ۲۳ سال، انحراف استاندارد ۳/۲۵ و طیف سنی ۲۳-۲۰ سال داشتند. از بین آزمودنی‌ها، ۲۷ نفر (۶۷/۵٪) در مقطع تحصیلی کارشناسی، ۱۱ نفر (۲۷/۵٪) در مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد و ۲ نفر (۵٪) در مقطع تحصیلی دکتری مشغول به تحصیل بودند. همه شرکت‌کنندگان مجرد بودند (جدول ۱).

¹ Daily Record of Severity of Problems (DRSP)

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش، کنترل و کل نمونه و توزیع فراوانی آزمودنی‌های بر حسب مقطع تحصیلی

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	کل آزمودنی‌ها
سن	۲۲/۵۰	۲۳/۴۷	۲۳
انحراف استاندارد	۲/۲۲	۴/۰۱	۳/۲۵
میانگین	۱۳ (٪۶۵)	۱۴ (٪۷۰)	۲۷ (٪۶۷/۵)
کارشناسی	۵ (٪۲۵)	۶ (٪۳۰)	۱۱ (٪۲۷/۵)
کارشناسی ارشد	۲ (٪۱۰)	۰ (٪۰)	۲ (٪۵)
دکتری			
فراوانی (درصد)			

ابزار پژوهش

فرم ثبت روزانه شدت مشکلات: این فرم توسط اندیکات، نی و هریسون (۲۰۰۵) و با هدف کمک به متخصصان بالینی جهت ارزیابی ملاک‌های چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا^۱ برای اختلال ملال پیش از قاعدگی و سندرم پیش از قاعدگی و همچنین ارزیابی شدت علائم در مراحل مختلف چرخه قاعدگی، ساخته شده است. با توجه به این که یکی از ملاک های DSM-IV برای اختلال ملال پیش از قاعدگی و سندرم پیش از قاعدگی، داشتن این علائم به مدت ۲ ماه پی در پی می باشد، بنابراین آزمودنی‌ها باید به مدت ۲ ماه متوالی این فرم را تکمیل می کردند. در این فرم، ۱۱ علامت جسمانی و روانشناختی در ۲۱ ماده مجزا مطرح شده است. به علاوه ۳ ماده نیز انواع خاص اختلال در عملکرد را توصیف می کند که به وسیله این علائم ایجاد شده اند. این سه ماده جهت تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی به کار می رود و در تشخیص سندرم پیش از قاعدگی کاربردی ندارد. بنابراین این ۳ ماده در تحلیل آماری استفاده نمی شود. هر یک از ماده‌های این فرم روی یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (به صورت ۱= اصلاً تا ۶ = خیلی شدید) درجه بندی می شود (۱۳).

اندیکات و همکاران (۲۰۰۵) برای بررسی پایایی این فرم ۲۷ زن بدون سندرم پیش از قاعدگی، دارای نشانگان خفیف و واجد ملاک های اختلال ملال پیش از قاعدگی را به صورت مختلط مورد بررسی قرار دادند و پایایی

مداخله صورت گرفته در این پژوهش طی ده هفته متوالی (هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) انجام شد. روان درمانی توسط یک متخصص و یک کارشناس ارشد روان شناسی بالینی انجام شد. جلسه اول شامل معرفی و وضوح بخشی درمان، آموزش راجع به سیکل قاعدگی، بررسی روایت مراجعین از سندرم پیش از قاعدگی، معنای این نشانگان برای مراجعین و تأثیر آن بر زندگی شان بود. جلسه دوم: تمرکز روی ارتباط بین استرس و سندرم پیش از قاعدگی، معرفی آموزش آرمیدگی و ثبت شناختها جلسه سوم و چهارم: ارائه برنامه مدیریت خشم و ابراز وجود، تشویق مراجعین به کسب حمایت اجتماعی و افزایش منابع شخصی جلسه پنجم: کار روی بازسازی شناختی، صحبت درباره توقعات اجتماعی از زنان و مشکلات نقش های متعدد و اغلب متعارض، برنامه ریزی منظم برای فعالیت و طرح ریزی کارهای مثبت به صورت روزانه، تأکید بر اهمیت رژیم غذایی و فواید ورزش منظم برای سلامت عمومی جلسه ششم و هفتم: ادامه دادن به کار روی بازسازی شناختی، تنظیم مجدد روایت مراجعان جلسه هشتم و نهم: آموزش حل مسئله، ادامه به کار روی بازسازی روایت اعضا جلسه دهم: مرور مداخله و اهداف درمان، بحث درباره روایت فعلی مراجعین بود. معیار خروج از مطالعه غیبت بیش از ۲ جلسه از جلسات روان درمانی بود.

¹. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders-Fourth edition (DSM-IV)

بازآزمایی را برای نمره کلی و سه خرده مقیاس در سه فاز لوتئال، فاز فولیکولار و تغییرات فاز لوتئال تا فولیکولار را با مقایسه درجه بندی در دو دوره به دست آوردند که در جدول ۲ نشان داده شده است (۱۳).

جدول ۲- ضرایب پایایی بازآزمایی نمره کلی و خرده مقیاس های DRSP در دو سیکل قاعدگی

امتیازهای خلاصه	فاز فولیکولار	فاز لوتئال	تغییرات فاز لوتئال تا فولیکولار
نمره کلی	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۸
خرده مقیاس افسردگی	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۷
خرده مقیاس جسمانی	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۶
خرده مقیاس عصبانیت/تحریک	۰/۸۶	۰/۹۷	۰/۹۷

اندیکات و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) نیز محاسبه کردند. نتایج حاصل از محاسبه همسانی درونی نمره کلی و سه خرده مقیاس پرسشنامه در دو فاز لوتئال و فولیکولار، در دو سیکل متوالی، در جدول ۳ ارائه شده است (۱۳).

جدول ۳- ضرایب همسانی درونی نمره کلی و خرده مقیاس ها در دو سیکل قاعدگی

مقیاس	دوره ۱		دوره ۲	
	لوتئال	فولیکولار	لوتئال	فولیکولار
نمره کلی	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۹۶	۰/۹۵
علائم افسردگی	۰/۹۴	۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۹۳
علائم جسمانی	۰/۵۷	۰/۵۵	۰/۵۰	۰/۵۳
خشم/ تحریک پذیری	۰/۸۸	۰/۵۷	۰/۸۶	۰/۵۶

ایزدی (۱۳۸۹) جهت بررسی پایایی، همسانی درونی نمره کلی و سه خرده مقیاس در دو سیکل و در دو فاز لوتئال و فولیکولار را مورد بررسی قرار داد که در جدول ۴ نشان داده شده است. داده های به دست آمده حاکی از پایایی قابل قبول فرم فارسی این پرسشنامه است (۱۴).

جدول ۴- ضرایب پایایی همسانی درونی در دو سیکل قاعدگی

مقیاس	دوره ۱		دوره ۲	
	لوتئال	فولیکولار	لوتئال	فولیکولار
نمره کلی	۰/۷۶	۰/۷۱	۰/۸۱	۰/۷۹
علائم افسردگی	۰/۸۱	۰/۷۸	۰/۸۴	۰/۸۰
علائم جسمانی	۰/۵۵	۰/۶۳	۰/۵۴	۰/۵۱
خشم/ تحریک پذیری	۰/۷۱	۰/۵۰	۰/۶۸	۰/۵۳

همیلتون ۰/۳۸، با نمره کل مقیاس های سازگاری اجتماعی ۰/۴۵- و با نمره کل پرسشنامه کیفیت رضایت و لذت از زندگی ۰/۴۴- گزارش دادند (۱۳). در مطالعه ایزدی (۱۳۸۹) جهت محاسبه روایی از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. از شرکت کنندگان خواسته

اندیکات و همکاران (۲۰۰۵) برای تعیین روایی این فرم از مقیاس سازگاری اجتماعی، پرسشنامه کیفیت رضایت و لذت از زندگی و مقیاس درجه بندی افسردگی همیلتون استفاده کردند، همبستگی نمره کل فرم DRSP را با نمره کل مقیاس درجه بندی افسردگی

داده‌های جمع‌آوری شده در مطالعه حاضر با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار نمره سندرم پیش از قاعدگی در گروه آزمایش و کنترل، در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری در جدول ۵ نشان داده شده است.

شد که طی یکی از روزهای هفته قبل از قاعدگی پرسشنامه بک را کامل کنند. سپس همبستگی نمره کل فرم و سه خرده مقیاس آن در هفته قبل از قاعدگی با نمره کل مقیاس افسردگی محاسبه شد. همبستگی نمره کل پرسشنامه بک با نمره کل فرم DRSP، ۰/۴۱، با خرده مقیاس افسردگی ۰/۶۱، با خرده مقیاس علائم جسمانی، ۰/۴۸ و با خرده مقیاس عصبانیت / تحریک پذیری، ۰/۳۴ به دست آمد که در سطح $p < 0.01$ معنی دار بوده و حاکی از روایی قابل قبول فرم فارسی است (۱۴).

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار نمره‌های سندرم پیش از قاعدگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مرحله	گروه	شاخص های آماری	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد
پیش آزمون	آزمایش		۸/۴۰ \pm ۶۹/۵۳	۱۶
	کنترل		۱۴/۶۹ \pm ۶۷/۵	۱۷
پس آزمون	آزمایش		۶/۱۹ \pm ۴۳/۴۷	۱۶
	کنترل		۱۴/۶۰ \pm ۶۶/۵۵	۱۷
پیگیری	آزمایش		۶/۳۷ \pm ۴۲/۹۵	۱۲
	کنترل		۱۳/۷ \pm ۶۸/۸۶	۱۴

کنترل مشاهده نشد (جدول ۵) و نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیر سندرم پیش از قاعدگی در مرحله پس آزمون و پیگیری معنی‌دار است ($p < 0.01$) (جدول ۶).

میانگین نمره کل سندرم پیش از قاعدگی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون (۴۳/۴۷) و پیگیری (۴۲/۹۵) نسبت به مرحله پیش آزمون (۶۹/۵۳) کاهش معنی داری داشت. در حالی که تغییر چندانی در گروه

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره کل سندرم پیش از قاعدگی در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری

مرحله	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
پس آزمون	گروه	۴۴۵۶/۷۸	۱	۴۴۵۶/۷۸		
	خطا	۳۸۳/۲۱۵	۲۹	۱۳/۲۱۴	۳۳۷/۲۷	< 0.01
	کل	۱۰۹۹۰۳/۹۱۰	۳۳	-		
پیگیری	گروه	۳۷۸۴/۶۳	۱	۳۷۸۴/۶۳		
	خطا	۲۰۴/۹۷	۲۲	۹/۳۱	۴۰۶/۲۰	< 0.01
	کل	۹۱۴۳۰/۰۱	۲۶	-		

سندرم پیش از قاعدگی (خشم، افسردگی و علائم جسمانی) در مرحله پس آزمون ($p < 0.01$) و همچنین

روان درمانی بکار رفته در این مطالعه همچنین باعث کاهش نمره آزمودنی‌ها در هر یک از خرده مقیاس‌های

تداوم کاهش نمره آزمودنی‌ها در هر یک از این خرده مقیاس‌ها در مرحله پیگیری ($p < 0/001$) شده است (جدول ۷).

جدول ۷- نتایج حاصل از تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های سندرم پیش از قاعدگی در مرحله پس از آزمون و پیگیری

مرحله	خرده مقیاس	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
پس آزمون	خشم	گروه	۶۲/۵۵	۱	۶۲/۵۵	۴۱۹/۷۱	$< 0/001$
	افسردگی	گروه	۴۰۳/۰۸	۱	۴۰۳/۰۸	۳۵۹/۰۳	$< 0/001$
	علائم جسمانی	گروه	۲۳/۰۳	۱	۲۳/۰۳	۱۱۹/۲۷	$< 0/001$
پیگیری	خشم	گروه	۶۱/۶۴	۱	۶۱/۶۴	۱۸۰/۴۳	$< 0/001$
	افسردگی	گروه	۳۱۵/۶۶	۱	۳۱۵/۶۶	۳۹۰/۹۸	$< 0/001$
	علائم جسمانی	گروه	۴۵/۹۱	۱	۴۵/۹۱	۱۵/۳۴	$< 0/001$

در نظر بگیرند. درمان شناختی- رفتاری بر عقاید زنان و پاسخ هایشان به تغییرات جسمانی، باورهای مربوط به سلامت و اسنادهای آسیب دیده که باعث افزایش پریشانی و بازداری از حل مسئله به طور مؤثر می‌شود، متمرکز است و این اسنادها را مورد ارزیابی انتقادی قرار می‌دهد. بنابراین به درمان جو کمک می‌کند تا بتواند تفکرات و طرحواره‌های مضر را به چالش بکشد، برداشت خود را درباره بیماری مورد بازنگری قرار دهد، به طور مؤثری با مشکل کنار بیاید و از این چرخه معیوب رهایی یابد.

دوم) مدیریت استرس: فشار روانی نقش مهمی را در آسیب‌پذیری فرد در برابر سندرم پیش از قاعدگی و تشدید علائم ایفا می‌کند. اثرات منفی فشار روانی می‌تواند به صورت آشفتگی در سیستم ایمنی بدن فرد آشکار شود (۱۵). بنابراین، کاربرد آموزش مدیریت استرس در این روش درمانی احتمالاً از طریق کاهش فشار روانی و تعدیل هیجانات ناخوشایند، کیفیت زندگی را در افراد مبتلا به این عارضه بهبود می‌بخشد.

سوم) آموزش آرمیدگی: با آموزش آرمیدگی یک مجموعه تغییرات فیزیولوژیکی در بدن ایجاد می‌شود که نقطه مقابل تغییرات فشار روانی است. کاهش تنش در عضلات باعث افزایش احساس سلامت روانی و آرامش ذهنی می‌شود. نقش مثبت آرمیدگی در چارچوب یک تکنیک انحراف توجه نیز قابل تبیین است. روش

بنابراین در این مطالعه استفاده از روان درمانی باعث بهبود سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان دختر، در مرحله پس از آزمون و تداوم بهبود سندرم پیش از قاعدگی در مرحله پیگیری شد.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که روان درمانی گروهی شناختی- رفتاری / روایتی بر بهبود سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است که با نتایج مطالعه اشر و همکاران (۲۰۰۲) همخوانی داشت (۶). سایر مطالعات عیناً درمان شناختی رفتاری / روایتی را به کار نبرده اند اما در مطالعات هانتر و همکاران (۲۰۰۲)، کریس تنسن و اویی (۱۹۹۵)، کیرک بای (۱۹۹۴)، بلیک و همکاران (۱۹۹۸)، مبینی (۱۳۸۴) و تقی زاده و همکاران (۱۳۸۸) از درمان شناختی- رفتاری یا شناختی استفاده شده و نتایج آن‌ها با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در تبیین اثر بخشی روش درمانی به کار رفته در مطالعه حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

اول) تغییر باورهای نادرست: هانتر و همکاران (۲۰۰۲) در رابطه با کارآمدی تکنیک‌های شناختی- رفتاری در کاهش سندرم پیش از قاعدگی اشاره کردند که چون بیماران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی باورهای نادرستی در مورد علت بیماری خود دارند و اغلب زمینه مشکل خود را عضوی تلقی می‌کنند، تمایلی ندارند تا نقشی را برای عوامل روانشناختی به عنوان علت نشانگان

آرمیدگی با تأکید بر آرامش عضلانی می‌تواند سبب جهت‌گیری مجدد توجه بر احساسات خوشایند درونی شده و برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از هیجانات مثبت را ایجاد نماید، در نتیجه فرد بر موقعیت‌ها و محرک‌های تنش‌زا و اضطراب‌انگیز کمتر تمرکز می‌کند (۱۶).

چهارم) رویکرد روایتی: این روش با استفاده از رویکرد روایتی به عوامل اجتماعی-فرهنگی می‌پردازد که فرض می‌شود بر ظهور سندرم پیش از قاعدگی تأثیر دارند (۶). با استفاده از روایت درمانی روایت‌های آزمودنی‌ها در مورد قاعدگی به عنوان یک پدیده منفور و تابو، که ریشه در فرهنگ دارد، به پدیده‌ای مثبت که ادامه بشریت به آن وابسته است و نشانه سلامت زن می‌باشد تغییر می‌یابد. همچنین تغییر روایت‌های مرتبط با علت شناسی سندرم پیش از قاعدگی از کاملاً زیست‌شناختی که در واقع انکار دیگر مشکلات در زن است و باعث می‌شود نقش رویدادهای استرس‌زا یا آسیب‌هایی که ممکن است در علائم پیش از قاعدگی دخیل باشند را نادیده بگیرد، به یک پدیده زیستی-روانی-اجتماعی مد نظر قرار گرفت. ساختار شکنی روایت‌های مرتبط با زنانگی و توسعه روایت‌های جدید و سازگارانه نیز با استفاده از تکنیک‌های روایت‌درمانگری انجام گرفت.

پنجم) آموزش مهارت‌های مدیریت خشم، جرأت‌ورزی و حل مسئله: عصبانیت و تحریک‌پذیری یکی از علائمی است که بسیاری از افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی از آن رنج می‌برند. این علائم در بسیاری از موارد بر روابط بین فردی این افراد تأثیر منفی دارد. زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی نسبت به زنان بدون این نشانگان، حمایت اجتماعی بیشتری را قبل از قاعدگی جستجو می‌کنند. بنابراین زنانی که حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند با احتمال زیادتری ممکن است علائم پیش از قاعدگی را شدیدتر تجربه کنند (۱۷). بدین ترتیب، آموزش مهارت مدیریت خشم به این افراد کمک می‌کند به جای ابراز واکنش‌های خشونت‌آمیز از روش‌های مفید و مناسبی برای حل تعارضات خود استفاده کنند (۱۸). از سوی دیگر، ابراز وجود نیز یکی از عوامل مهم ارتباطات بین فردی است که می‌تواند حمایت اجتماعی را در شرایط فشارزا افزایش دهد.

ارتباطات ضعیف می‌توانند به روابط ناسالم منجر شوند و فشار روانی را افزایش دهند (۱۹). مهارت حل مساله نیز راهبرد دیگری بود که در این برنامه به کار گرفته شد. زمانی که افراد با فشارهای روانی منفی پیش از قاعدگی روبرو می‌شوند توانایی حل مساله و مهارت‌های مقابله‌ای نقش مهمی در بهداشت روانی و جسمانی آنان ایفا می‌کند.

ششم) ایجاد تغییر در رژیم غذایی و تأکید بر فعالیت‌های بدنی: به نظر می‌رسد رسیدن به درک لازم جهت ایجاد تغییر در رژیم غذایی مصرفی در زمان نزدیک به قاعدگی به صورت کاهش مصرف کافئین، نمک، قندهای ساده و افزایش نسبت کربوهیدرات‌ها و ویتامین B6 در رژیم غذایی نقش مثبتی در کاهش شدت علائم مربوط دارد. این تغییر رژیم غذایی بر این نظریه استوار است که افزایش مصرف کربوهیدرات‌ها، سبب افزایش نسبت اسید آمینه ترپتوفان به سایر اسید آمینه‌های خنثی در گردش خون شده و به عنوان یکی از پیش‌سازهای سروتونین منجر به افزایش سطح آن و در نتیجه بهبود خلق و خو در افراد مبتلا می‌شود (۱۲). از دیگر عوامل مؤثر بر کاهش شدت علائم جسمانی می‌توان به نقش مثبت فعالیت‌های بدنی در تنظیم سطوح استروژن (به صورت کاهش استروژن فعال در گردش خون) و اندروفین و بهبود تحمل به گلوکز اشاره نمود (۱۲) که در این مطالعه مورد تأکید قرار گرفت.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: این مطالعه بر روی یک نمونه از دانشجویان در دسترس مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی انجام گرفته است، بنابراین تعمیم نتایج آن به افراد مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی و غیر دانشجویان باید با دقت صورت گیرد. نداشتن گروه کنترل دارونما جهت مقایسه‌های بیشتر از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود.

توصیه می‌شود این روش در مراکز درمانی و مشاوره‌ای دانشجویی توسط متخصصین بهداشت روانی استفاده شود. همچنین برنامه‌های آموزش عمومی بر اساس عناصر این درمان تهیه و در مدارس و دانشگاه‌ها اجرا شود.

نتیجه گیری

روان‌درمانی گروهی شناختی رفتاری- روایتی در کاهش مشکلات دانشجویان دارای سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمامی دانشجویانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- Balaha MH, Amr MA, Moghannum M, Saab Al Muhaidab N. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study. *Pan Afr Med J* 2010 Apr 23;5:4.
- Wallenstein GV, Blaisdell-Gross B, Gajria K, Guo A, Hagan M, Kornstein SG, et al. Development and validation of the Premenstrual Symptoms Impact Survey (PMSIS): a disease-specific quality of life assessment tool. *J Womens Health (Larchmt)* 2008 Apr;17(3):439-50.
- Eissa M. Personality and psychosocial factors affecting premenstrual syndrome. *Curr Psychiatry* 2010;17(1):55-62.
- Dean BB, Borenstein JE, Knight K, Yonkers K. Evaluating the criteria used for identification of PMS. *J Womens Health (Larchmt)* 2006 Jun;15(5):546-55.
- Borenstein J, Chiou CF, Dean B, Wong J, Wade S. Estimating direct and indirect costs of premenstrual syndrome. *J Occup Environ Med* 2005 Jan;47(1):26-33.
- Ussher JM, Hunter MS, Cariss M, Brown M, Jelly S. A woman-centered psychological intervention for premenstrual symptoms, drawing on cognitive-behavior and narrative therapy. *J Psychol Psychother* 2002;9:319-31.
- Krikby RJ. Changes in premenstrual symptoms and irrational thinking following cognitive-behavioral coping skills training. *J Consult Clin Psychol* 1994 Oct;62(5):1026-32.
- Christensen AP, Oei TP. The efficacy of cognitive behavior therapy in treating premenstrual dysphoric change. *J Affect Disord* 1995 Jan 11;33(1):57-63.
- 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.
- Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Cariss M, Jelley R, Katz M. A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical (flouxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2002 Sep;23(3):193-9.
- Mobini S. [Review the application of cognitive therapy in reducing symptoms of premenstrual] [Thesis in Persian]. Tehran:Al Zahra University;2005.
- Taghizadeh Z, Shirmohammadi M, Mirmohammadali M, Arbabi M, Haqqani H. [Impact of counseling on symptoms related premenstrual syndrome] [Article in Persian]. *Hayat* 2009;15(4):23-34.
- Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health* 2005 Jan;9(1):41-9.
- Izadi S. [Review the effectiveness of women-centered group psychotherapy on premenstrual syndrome and quality of life of female students in Shahid Chamran University] [Thesis in Persian]. Ahvaz:Shahid Chamran University;2010.
- Lustyk MB, Olson KC, Gerrish WG, Holder A, Widman L. Psychophysiological and neuroendocrine responses to laboratory stressors in women: implications of menstrual cycle phase and stressor type. *Biol Psychol* 2010 Feb;83(2):84-92.
- Nasri S, Najarian B, Mehrabizadeh Honarmand M, Shokrkon H. [Comparative efficacy of two psychological treatment in reducing symptoms of chronic fatigue syndrome in female nurse in Tehran] [Article in Persian]. *J Educat Sci Pschol Ahvaz Uni Med Sci* 2002;1,2:53-88.
- Fontana AM, Palfai TG. Psychological factors in premenstrual dysphoria: stressors, appraisal and coping processes. *J Psychosom Res* 1994 Apr;38(6):557-67.
- Shakibai F, Tehranidost M, Sharivar Z, Asari Sh. [Anger management group therapy with a cognitive approach-behavior in a juvenile institution] [Article in Persian]. *Tazehaye Olome Shenakhti* 2004;1,2:59-65.
- Rahimi J, Haghighi J, Mehrabizadeh Honarmand M, Bashlidesh K. [Effect of assertiveness training on making social skills, social anxiety and assertiveness in first year of high school students] [Article in Persian]. *J Educat Sci Pschol Ahvaz Uni Med Sci* 2006;1:111-24.