

# اثربخشی افشای هیجانی بر سندرم پیش از قاعدگی

دکتر جهانگیر کرمی<sup>۱</sup>، سمیه زالی پور<sup>۲\*</sup>، دکتر منیره پورجوادی<sup>۳</sup>

۱. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۲. دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۳. استاد گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲

## خلاصه

**مقدمه:** سندرم پیش از قاعدگی شامل تغییرات فیزیکی، شناختی، خلقی و رفتاری و یکی از شایع ترین اختلالات سنین باروری است که باعث اختلال در عملکرد زنان می شود. لذا به کارگیری روش های کم هزینه و مؤثر جهت تخفیف و یا بهبود علائم مبتلایان ضرورت دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی افشای هیجانی بر سندرم پیش از قاعدگی انجام شد.

**روش کار:** مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و گواه می باشد که در سال ۱۳۹۲ بر روی ۳۰ دانشجوی دختر ساکن در خوابگاه های شبانه روزی دانشگاه رازی کرمانشاه که مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بودند، انجام شد. افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش طی دو هفته، ۴ تا ۵ جلسه نیم ساعته به افشای هیجانی نوشتاری پرداختند و گروه گواه به همین میزان به نوشتن درباره مسائلی که جنبه عاطفی کم اهمیتی داشتند پرداختند. سپس از اعضای هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. تجزیه و تحلیل داده ها استفاده از آزمون کواریانس انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** بر اساس نتایج حاصل از تحلیل کواریانس، افشای هیجانی نوشتاری باعث کاهش معنادار در نمره کل سندرم پیش از قاعدگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس آزمون شد ( $p < ۰/۰۰۳$ ).

**نتیجه گیری:** افشای هیجانی در کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است.

**کلمات کلیدی:** افشای هیجانی، درمان مکمل، سندرم پیش از قاعدگی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: سمیه زالی پور؛ دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. تلفن: ۰۸۳۱-۸۳۵۲۸۵۱؛ پست الکترونیک:

sz15649@gmail.com

## مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی شامل تغییرات فیزیکی، شناختی، خلقی و رفتاری است که به صورت دوره ای در فاز لوتئال سیکل قاعدگی رخ می دهد (۳-۱). این علائم با شروع خونریزی قاعدگی و یا پس از آن به تدریج از بین می روند و یک دوره بدون علامت آغاز می شود (۴، ۵). این سندرم یکی از بحث برانگیزترین موضوعات در مورد زنان است (۶). سندرم پیش از قاعدگی، یکی از شایع ترین اختلالات سنین باروری است که به درجات مختلف در ۹۰-۸۵ درصد از زنان در سنین باروری مشاهده می شود (۷-۹). مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف، حکایت از جهانی بودن این مشکل دارد (۱۰). اگرچه سندرم پیش از قاعدگی عارضه ای جدی است، ولی تاکنون متناسب با اهمیت ویژه آن، به این موضوع پرداخته نشده است (۱۱). این نشانگان که شامل تغییرات و اختلال در حالت های خلقی یا عاطفی زنان است، از اهمیت ویژه ای برخوردار است، زیرا حالت های خلقی، نقش اساسی در تعیین راه و روش زندگی ایفا می کنند (۱۲). اکثر زنان ۷ تا ۱۰ روز قبل از قاعدگی، ناراحتی هایی را تجربه می کنند. زنان مبتلا در دوران پیش از قاعدگی، بیشتر از مواقع دیگر از حضور در محل کار خودداری می کنند، گاهی مصدوم و نیازمند بستری در بیمارستان می شوند، ناراحتی های روانی پیدا می کنند و حتی ممکن است اقدام به خودکشی کنند. این افراد اگر در این روزها ناگزیر به شرکت در جلسه امتحان یا مصاحبه کاری باشند، نمره کسب شده توسط آن ها به طور میانگین ۱۰٪ کاهش می یابد (۱۳). علت سندرم پیش از قاعدگی ناشناخته باقی مانده و یافته ها حاکی از چند عاملی بودن علت آن است (۱۴ و ۱۵). عوامل متعددی مانند نوسانات هورمونی استروژن و پروژسترون، اختلالات نورواندوکرینی و تنوع گیرنده های استروژن، سنتر پروستاگلاندین ها و عوامل محیطی نظیر الکل و استرس در سبب شناسی آن دخیل هستند (۱۶). یکی از نخستین و قدیمی ترین فرضیه های مربوط به موضوع سندرم پیش از قاعدگی و عوارض ناشی از آن احتمالاً به یونان باستان باز می گردد، زیرا نخستین

تعریف با عنوان رفتارهای طوفانی پیش از قاعدگی به بقراط نسبت داده می شود (۱۷). در رابطه با سندرم پیش از قاعدگی، هیچ درمان واحدی که به طور جهانی پذیرفته شده باشد، وجود ندارد اما با این حال افراد مبتلا به این عارضه می توانند با کنترل کردن نشانه های سندرم پیش از قاعدگی، از بروز بسیاری از مشکلات در زندگی خود جلوگیری کنند و توان و کارایی خود را افزایش دهند. مطالعات انجام شده اثربخشی برخی مداخلات درمانی مانند تغییر سبک زندگی، آموزش های شناختی و شناختی رفتاری، مدیریت استرس، ماساژ، بازتاب درمانی، یوگا، ورزش، ریلکسیشن، درمان های گیاهی، رایحه درمانی، مصرف ویتامین ها و دارو درمانی را در درمان سندرم پیش از قاعدگی نشان داده اند (۱۸).

قدمت مطالعه درباره هیجان ها به بررسی های علمی داروین در دهه ۱۸۷۰ بر می گردد (۱۹). بیان هیجان ۴ عملکرد اصلی دارد: نظم دهی به برانگیختگی، درک خود، ارتقاء مهارت های مقابله ای و بهبود روابط بین فردی (۲۰). در منابع مختلف از افشای هیجانی نوشتاری با عنوان پارادایم نوشتن یاد می شود (۲۴-۲۱). مفهوم افشای هیجانی برای اولین بار تحت عنوان "پالایش روانی" در نوشته های ارسطو مطرح شد. وی باور داشت که یکی از بهترین روش ها برای تسکین آلام، برانگیختن هیجان ها از طریق صحنه های نمایشی است (۲۵، ۲۶). افشای هیجانی را برای نخستین بار پنه بیکر در سال ۱۹۸۳ آزمایش کرد (۲۷). افشای هیجانی به دو صورت گفتاری و نوشتاری انجام می شود و در واقع به این معنی است که یک فرد، عمیق ترین تجارب هیجانی خود را به صورت گفتاری یا نوشتاری برای دیگران یا خود بیان کند (۲۴، ۲۸). دو نظریه اصلی درباره چگونگی تأثیر این روش، مطرح شده است.

اولین نظریه، نظریه بازداری است که نقش بازداری هیجان ها را در اشغال ظرفیت های فیزیولوژیکی - روانی و تأثیر ضد بازداری افشا مطرح می کند. به لحاظ نظری، افشای هیجانی با شکستن فرآیند بازداری، باعث کاهش استرس و از این طریق باعث کاهش مشکلات جسمانی و روانی می شود. نظریه دوم، نظریه

تغییرات شناختی است که بر اساس آن، ابراز هیجان‌ها و احساسات در قالب کلمات، باعث بازنگری در رویدادها و تجارب هیجانی شده و شیوه‌های سازماندهی و بازجذب آن‌ها را تغییر می‌دهد (۲۲، ۲۷). طی چند سال اخیر مطالعات متعددی در مورد نقش افشای هیجانی در افزایش سلامت و کاهش مشکلات جسمی انجام شده است (۲۹). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که فرآیند افشای هیجانی درباره تجربیات عاطفی و هیجان‌ها با نفوذ بر خود، باعث تقویت فرد برای کاهش خلق منفی، کاهش بازداری، احساس کنترل شخصی و انتخاب رفتارهای سازش یافته می‌شود. افشای هیجانی، فرآیند بازداری را در هم شکسته و فرد را در مقابل هیجان‌ها و احساسات منفی عمیقی قرار می‌دهد، که برای وی دردناک و ناراحت کننده بوده‌اند. افشای این هیجان‌ها به دلیل احیاء خاطرات منفی، در کوتاه مدت خلق فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، ولی در بلند مدت باعث باز جذب این تجارب به عنوان یک تجربه عادی در نظام شناختی شده و احساسات مثبت، جایگزین هیجان‌های منفی می‌شود. در مجموع یافته‌های پژوهشی مربوط به پیامدهای مثبت افشای هیجانی نشان داده‌اند که افشای هیجانی را می‌توان به عنوان یکی از سبک‌های مقابله‌ای سازش یافته به افراد آموزش داد (۳۰).

لی پور و همکار (۲۰۰۲) در بررسی تأثیر افشای هیجانی بر ارتباط افکار مزاحم و افسردگی به این نتیجه رسیدند که افشای هیجانی نوشتاری، تأثیر افکار مزاحم بر روی علائم افسردگی را تعدیل کرده و از این طریق باعث کاهش علائم افسردگی می‌شود (۳۱). در مطالعه استرلینگ و همکاران (۱۹۹۴) در پایان جلسات افشا، هر دو گروه افشای هیجانی گفتاری و نوشتاری در مقایسه با گروه کنترل، عملکرد ایمنی بهتری را نشان دادند، ولی گروه افشای کلامی نتایج نسبتاً بهتری داشتند. در مجموع نتایج مطالعات حاکی از آن است که اشکال مختلف افشای هیجانی، تأثیرات قابل توجهی بر سلامت جسمانی، روانی و عملکرد عمومی دارد (۲۹، ۳۲، ۳۳). برخی مطالعات نیز تأثیر افشای هیجانی بر کاهش اضطراب را نشان دادند (۲۶، ۳۲). با توجه به

اینکه سندرم پیش از قاعدگی دارای بُعد عاطفی و هیجانی نیز هست و در روزهای پیش از قاعدگی، مبتلایان را دچار نوسانات و تنش‌های خلقی می‌سازد، و با توجه به تأثیر افشای هیجانی بر بهبود خلق، به نظر می‌رسد افشای هیجانی بتواند از اثرات مخرب عاطفی و روانی سندرم پیش از قاعدگی به‌کاهد. در مطالعات متعددی اثربخشی افشای هیجانی نشان داده شده است اما هیچ پیشینه‌ای در زمینه بررسی اثربخشی این روش بر سندرم پیش از قاعدگی وجود ندارد؛ لذا با توجه به سهولت به‌کارگیری این روش و بی‌هزینه بودن آن و از سوی دیگر با توجه به شیوع بالای سندرم پیش از قاعدگی و اثرات مخرب آن بر زندگی مبتلایان و عوارض و هزینه‌های ناشی از دارو درمانی و روش‌های درمانی مرسوم، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر افشای هیجانی بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه می‌باشد که در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۱ بر روی ۳۰ دانشجوی دختر ساکن در خوابگاه‌های شبانه روزی دانشگاه رازی کرمانشاه که مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بودند، انجام شد.

فرم ثبت روزانه شدت علائم، 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 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 اینکه یکی از ملاک‌های اختلال ملال پیش از قاعدگی و سندرم پیش از قاعدگی، داشتن این علائم به مدت ۲ ماه پی‌درپی می‌باشد، بنابراین آزمودنی‌ها باید به مدت ۲ ماه متوالی این فرم را تکمیل می‌کردند. در این فرم، ۱۱ علامت جسمانی و روان شناختی در ۲۱ ماده مجزا مطرح شده است. ۳ ماده نیز انواع خاص اختلال

جهت شرکت در مطالعه، عدم ابتلاء به بیماری های روانی مزمن و سوء مصرف دارو و الکل طی ۲ سال گذشته، عدم تجربه سوگ، برخوردار نبودن از درمان های دارویی و روان شناختی دیگر برای سندرم پیش از قاعدگی عدم ابتلاء به بیماری های دستگاه تناسلی، کم خونی شدید و کم کاری تیروئید، اقامت در خوابگاه دانشجویی، عدم بارداری و دارا بودن ملاک های سندرم پیش از قاعدگی بر اساس پرسشنامه سنجش شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: سیکل های قاعدگی نامنظم و افشای هیجانی نوشتاری کمتر از ۳ بار طی یک هفته بود. پس از جایگزینی تصادفی افراد در دو گروه افشای هیجانی و گواه، از اعضای گروه افشای هیجانی خواسته شد که طی چهار هفته، ۴ تا ۵ جلسه نیم ساعته را به صورت انفرادی و به صورت نوشتاری در محیطی خلوت و مناسب، بر اساس دستورالعمل افشای هیجانی که توسط آزمونگر به صورت مفصل توضیح داده شده بود، در مورد خاطرات ناخوشایند هیجانی خود شروع به نوشتن کنند. از اعضاء گروه گواه نیز خواسته شد که در طول این ۲ هفته، به نوشتن درباره موضوعات معمولی مانند برنامه های روزمره بپردازند. پس از گذشت ۲ هفته پس از آزمون به عمل آمد؛ به این صورت که اعضاء هر دو گروه (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه گواه) مجدداً با پرسشنامه سندرم پیش از قاعدگی مورد سنجش قرار گرفتند و نمره های پیش از آزمون و پس از آزمون هر دو گروه از طریق آزمون کواریانس مورد سنجش قرار گرفت. پس از اتمام پژوهش، با توجه به ملاحظات اخلاقی، دستورالعمل افشای هیجانی به اعضاء گروه کنترل نیز آموزش داده شد. تجزیه و تحلیل داده ها استفاده از آزمون کواریانس انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

میانگین و انحراف معیار نمره های پس از آزمون دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۱ نشان داده شده است.

در عملکرد را توصیف می کند که به وسیله این علائم ایجاد شده اند. این ۳ ماده جهت تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی به کار می روند و در تشخیص سندرم پیش از قاعدگی کاربردی ندارند. بنابراین این ۳ ماده در تحلیل آماری استفاده نمی شوند. هر یک از ماده های این فرم بر روی یک طیف ۶ درجه ای لیکرت به صورت (۱=اصلاً تا ۶=خیلی شدید) درجه بندی می شود (۳۴). اندیکات و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) محاسبه کرده و آلفای کرونباخ نمره کلی را در دو فاز لوتثال و فولیکولار ۰/۹۶ و ۰/۹۶ و ۰/۹۳ و ۰/۹۵ در طی دو سیکل متوالی به دست آمد. 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؛ که همبستگی نمره کل این پرسشنامه با نمره کل مقیاس درجه بندی افسردگی 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 شد (۳۵).

در این مطالعه روش نمونه گیری به این صورت بود که یکی از خوابگاه های دانشجویی دخترانه دانشگاه رازی کرمانشاه به صورت تصادفی خوشه ای انتخاب شد (لیست خوابگاه های موجود تهیه شد و از بین آن ها یک خوابگاه انتخاب و سپس از بین بلوک های خوابگاه مورد نظر، یک بلوک به طور تصادفی انتخاب شد) و پرسشنامه سندرم پیش از قاعدگی در بین دانشجویان توزیع و طریقه ثبت علائم به صورت روزانه به آنان آموزش داده شد. پس از گذشت ۲ سیکل پی درپی، پرسشنامه ها جمع آوری و نمره گذاری شد. سپس معیارهای ورود و خروج در بین کسانی که واجد ملاک های سندرم پیش از قاعدگی بودند، بررسی شد و ۳۰ نفر به صورت داوطلب انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه برای دانشجویان شامل: گذشتن حداقل یک ترم از ثبت نام در دانشگاه، تمایل

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و گواه قبل و پس از مداخله

میانگین شدت علائم سندرم قبل و بعد از مداخله		گروه
قبل از مداخله	بعد از مداخله	
۷۳/۹۸ ± ۱/۵۷	۷۰/۵۳ ± ۰/۵۴	آزمایش
۷۳/۴۱ ± ۲/۳۱	۷۳/۰۳ ± ۱/۵۰	شاهد

بر اساس جدول ۱، میانگین و انحراف معیار سندرم پیش از قاعدگی قبل از مداخله، در گروه آزمایش و گواه به ترتیب  $73/98 \pm 1/57$  و  $73/41 \pm 2/31$  و پس از مداخله  $70/53 \pm 0/54$  و  $73/03 \pm 1/50$  بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود.

### بحث

مطالعه حاضر که با هدف بررسی اثربخشی افشای هیجانی بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی انجام شد، نشان داد که افشای هیجانی بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است.

با توجه به اینکه در مطالعه حاضر تفاوت نتایج افشای نوشتاری هیجانی عمیق و افشای نوشتاری هیجانی سطحی نیز مورد توجه بود، از اعضای گروه گواه خواسته شد تا درباره برنامه‌های عادی و روزمره خود به نوشتن بپردازند. فرض بر این بود که نوشتن عادی نمی‌تواند تفاوت معنی‌داری در علائم بالینی گروه گواه ایجاد کند. نتایج مطالعه مبنی بر تفاوت معنادار دو گروه در نتایج افشای هیجانی، این فرض را تأیید می‌کند. این یافته‌ها مبانی نظری و نتایج مطالعات قبلی را تأیید می‌کند (۲۲، ۲۶، ۲۷، ۲۸). بنابراین می‌توان چنین گفت که اثربخشی افشای هیجانی، ارتباط تنگاتنگی با عمق آن دارد؛ به این معنا که هر چه فرآیند افشا عمیق‌تر صورت گیرد، اثرات مثبت افشا بیشتر می‌شود. دلیل اثربخش بودن افشای عمیق بر اساس نظریه بازداری و تغییرات شناختی را می‌توان اینگونه تبیین کرد که افشای هیجانی عمیق، اولاً باعث رویارویی فرد با تجارب هیجانی خود و لمس واقعی هیجان‌ها و احساسات می‌شود و ثانیاً موجب بازنگری در رویدادها و تجارب هیجانی شده و شیوه‌های سازماندهی و بازجذب آن‌ها را تغییر می‌دهد. در مطالعه رضانی و همکاران (۲۰۰۷) که به بررسی اثربخشی افشای هیجانی بر

افسردگی و ظرفیت حافظه فعال در دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران که به افسردگی شدید مبتلا بودند، پرداختند، اعضای گروه آزمایش احساسات بسیار منفی را در طی دو جلسه اول آزمایش گزارش کردند. بروز این وضعیت به ماهیت بازداری زداپنده افشای هیجانی برمی‌گردد. افشای هیجانی، فرآیند بازداری را در هم شکسته و یکباره فرد را در مقابل هیجان‌ها و احساسات منفی عمیقی قرار می‌دهد که برای وی دردناک و ناراحت‌کننده بوده‌اند. افشای این هیجان‌ها به دلیل احیاء خاطرات منفی، در کوتاه مدت خلق فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد ولی در بلند مدت، باعث بازجذب این تجارب به عنوان یک تجربه عادی در نظام شناختی شده و احساسات مثبت جایگزین هیجان‌های منفی می‌شود. نتایج بسیاری از مطالعات، افشای هیجانی را به عنوان یکی از سبک‌های مقابله‌ای سازش یافته که می‌توان به افراد آموزش داد، نشان داده‌اند (۲۱، ۳۰، ۳۱). مطالعات متعددی نیز کاربرد مؤثر افشای هیجانی را در درمان بسیاری از اختلالات روان-تنی نشان داده‌اند (۱۹، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۳۳).

تاکنون مطالعه‌ای در زمینه اثربخشی افشای هیجانی بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی انجام نشده است، اما در مطالعات مختلف، اثربخشی بسیاری از روش‌های دیگر از جمله آموزش‌های شناختی و شناختی-رفتاری، تغییر سبک زندگی، ورزش‌های هوازی، ماساژ درمانی، ریلکشن، درمان‌های دارویی و گیاهی، رایحه درمانی، یوگا، بازتاب درمانی، مدیریت استرس و ... بر درمان یا کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی نشان داده شده است (۳، ۷، ۱۷، ۱۸، ۲۵).

### نتیجه‌گیری

سندرم پیش از قاعدگی دارای ابعاد جسمی، شناختی، عاطفی و روانی است و ضریب تأثیر کم روش افشای

گرفت. انجام مطالعات بیشتر به ویژه مطالعاتی که به بررسی اثربخشی افشای هیجانی گفتاری نیز بر سندرم پیش از قاعدگی بپردازد، پیشنهاد می شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشجویان دختر ساکن در خوابگاه های شبانه روزی دانشگاه رازی کرمانشاه که در این طرح ما را یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می گردد.

هیجانی بر آن، منطقی به نظر می رسد، زیرا این روش فقط بر ابعاد عاطفی و روانی سندرم پیش از قاعدگی تأثیر گذاشته و بر نشانه های جسمانی سندرم بی تأثیر است. با این حال نتایج مطالعه حاضر نشان داد که افشای هیجانی بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی اثربخش است و به طور کلی افشای هیجانی نوشتاری را می توان در مجموع به عنوان یکی از روش های ساده، سازنده، کم هزینه و مؤثر در رویارویی و مقابله با علائم آزارنده و فرساینده سندرم پیش از قاعدگی در نظر

### 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; 5:4.
- Haywood A, Slade P, King H. Psychosocial associates of Pre menstrual symptoms and the moderating role of social support in a community sample. *J Psychosom Res* 2007; 62(1):9-13.
- Bastani F, Hashemi S. Effects of a web based lifestyle education on general health and severity of the symptoms of premenstrual syndrome (PMS) among female students: a randomized controlled trial. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 2012;46:3356 – 3362.
- 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;17(3): 439-450.
- Akaberian SH, Bahreini M, Afrasiabi S, Motamed N, Hajiloo M. Assessment of relationship between premenstrual syndrome and types of personality in female students of bushehr university. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013;16(56):9-16. (Persian).
- parand-Steffanie M, Ellen W, Mary D, Julie M. Core Symptoms That Discriminate Premenstrual Syndrome. *J Womens Health (Larchmt)* 2011; 20(1):29-35.
- Abdollahi Fard S, Dolatian M, Heshmat R, Alavi Majd H. Effect of foot reflexology on physical and psychological symptoms of premenstrual syndrome. *Pejouhandeh* 2013;18(1):8-15. (Persian).
- Bakhshani N, Hasanzadeh Z, Raghobi M. Prevalence of premenstrual symptoms and premenstrual dysphoric disorder among adolescents students of Zahedan. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2012;13(8):29-34. (Persia).
- Gehlert S, Song IH, Chang CH, Hartlage SA. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder in a randomly selected group of urban and rural women. *Psychol Med* 2009;39(1):129-136.
- Gonda, X, Telek T, Juhasz G, Lazary J, Vargha G, Bagdy G. Patterns of mood changes throuout the reproductive cycle in healthy women without premenstrual dysphoric disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32(8):1782-1788.
- O'Brien S, Indusekhar R, Usman SB. Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21(2):207-220.
- Eysenck MW, Keane MT. *Cognitive psychology: a student's hand book*. London: Psychology Press; 2005.
- Heravi F, Badiei MM. *Premenstrual syndrome*. Tehran: Institute of elevation of women health; 2008. (Persian).
- Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndromes. *Am Fam Physician* 2003 Apr 15;67(8):1743-52.
- Berek JS. *Berek and Novak's gynecology*. 14th ed. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins (Lww), USA; 2007.
- Lee JC, Yu BK, Byeon JH, Lee KH, Min JH, Park SH. A study on the menstruation of Korean adolescent girls in Seoul. *Korean J Pediatr* 2011;54(5), 201-206.
- Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28 (Suppl3):39-53.
- Braverman PK. Premenstrual dysphoric disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20(1): 3-12.
- Noorbala AA, Alipour A, Shaghghi F, Najimi A, Agah Heris M. The effect of emotional disclosure by writing on depression severity and defense mechanisms among depressed patients. *Daneshvar Medicine* 2011; 18(93):1-11. (Persian).

20. Kennedy-Moore E, Watson JC. Expressing Emotion: Myth, realities, and therapeutic strategies. New York: Guilford.; 1999.
21. Milkavich A, Meier JA, Cooper JR. Emotional writing Effectiveness: Do coping styles and timing of the Event predict outcomes?. American Journal of Psychological Research 2005; 1: 112-122.
22. Slatcher RB, Pennebaker JW. Emotional Processing of Traumatic Events. In: Cooper CL, editor. Handbook of Stress Medicine and Health, Second Edition. New York: CRC Press; 2004.
23. Kacewicz E, Slatcher RB, Pennebaker JW. Expressive Writing: An Alternative to Traditional Methods. In: L'Abate L, editor. Low-cost interventions to promote physical and mental health: Theory, research, and practice. New York: Springer; 2007.
24. Chung CK, Pennebaker JW. Variation in spacing of expressive writing sessions. Br J Health Psychol 2008; 13(Pt 1): 15-21.
25. Porcheska JO, Norcross JC. Psychotherapy theories, Translated by Seyyed mohammadi. Tehran: Roshd Press; 2003.
26. Ramezani V, Ahmadi A, Mosavi AM. The effect of Written Emotional Disclosure on Depression and Working Memory Capacity through the Students with High Depressive Symptoms. Journal of Research in psychological health 2007; 1(2). (Persian).
27. Pennebaker JW, Seagal JD. Forming a story: the health benefits of narrative. J Clin Psychol 1983; 55(10): 1243-1254.
28. Ahmadi-Tahoorsoltani M, Ramezani V, Abdollahi MH, Najafi M, Rabieei M. The effectiveness of emotional disclosure (written and verbal) on symptoms of depression, anxiety and stress in students. Journal of clinical psychology 2011; 2(4). (Persian).
29. Smyth JM. Written Emotional expression: effects size, outcome types, and moderating variables. Journal Of Clinical Psychology 1998; 66(1): 174-181.
30. Lumley MA, Provenzano KM. Stress management through written emotional disclosure improves academic performance among college student with physical symptoms. J Educ Psychol 2003; 95(3): 641-649.
31. Lepore SJ, Greenberg MA. Mending broken hearts: effects of expressive writing on mood, cognitive processing, social adjustment and health following a relationship breakup. Psychol & Health 2002; 17 (5): 547-560.
32. Esterling BA, Antoni MH, Fletcher MA, Margulies S, Schneiderman N. Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus reactivation. J Cons and Clin Psychol. 1994; (62): 130-140.
33. Gordon J, King N, Gullone E, Muris P, Ollendick TH. Nighttime fears of children and adolescents: Frequency, content, severity, harm expectations, disclosure, and coping behaviours. Behav Res Ther 2007; 45, 2464-2472.
34. Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and Validity. Arch Womens Ment Health 2005; 9(1):41-9.
35. Davudi I, IzadiMazidi S, MehrabizadeHonarmand M. Essessment of the effects of cognitive- behavior communal psychotherapy on premenstrual syndrome. Iranian Journal of Obstetric, Gynecology and Infertility 2012; 15(11):7-15. (Persian).