

بسم الله الرحمن الرحيم



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد نجف آباد

دانشکده ادبیات و علوم انسانی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

گرایش: روانشناسی بالینی

عنوان:

بررسی اثر بخشی درمان شناختی – رفتاری بر کاهش مشکلات روانشناختی
(اضطراب و افسردگی) و علائم سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا به PMS

استاد راهنما:

دکتر فریبا یزدخواست

پژوهشگر:

الهام معروفی

تابستان ۱۳۹۳



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد نجف آباد

دانشکده ادبیات و علوم انسانی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

گرایش: روانشناسی بالینی

الهام معروفی

عنوان:

بررسی اثر بخشی درمان شناختی – رفتاری بر کاهش مشکلات روانشناختی
(اضطراب و افسردگی) و علائم سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا به PMS

۱- استاد راهنمای پایان نامه	دکتر فریبا یزدخواست	با مرتبه علمی	امضاء
۲- استاد داور داخل گروه	دکتر مریم قربانی	با مرتبه علمی	امضاء
۳- استاد داور داخل گروه	دکتر مسعود کاظمی	با مرتبه علمی	امضاء

امضای مدیر گروه

واگذاری حقوق:

کلیه حقوق مادی و معنوی برگرفته از مطالعات،
ابتکارات و نوآوری‌های این پایان‌نامه (رساله) متعلق
به دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد است.

تعهدنامه اصالت رساله یا پایان نامه

اینجانب دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته/ دکترای حرفه‌ای/ دکترای تخصصی در رشته که در تاریخ از پایان نامه/ رساله خود تحت عنوان»
«.....»

با کسب نمره و درجه دفاع نموده‌ام بدینوسیله متعهد می‌شوم:

۱) این پایان نامه/ رساله حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و ...) استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده‌ام.

۲) این پایان نامه/ رساله قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره‌برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.

۴) چنانچه در هر مقطعی زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می‌پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی‌ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ و امضاء:

تقدیم به:

پدر و مادر مهربانم که در سر تا سر زندگی

مشوق و راهنمایم بوده اند و آنانی که دلشان

با پرتوی ولایت امام زمان (عج) مصفا می گردد.

سپاسگزاری

ستایش خدای راست که پیوند دهنده ستایش به نعمت است و نعمت به ستایش. او را بر نعمتهایش می ستاییم چنانکه بر بلایش، و از او بر نفس خود مدد خواهیم که در آنچه باید کاهل است و بر آنچه نباید عاجل، و خواهان بخشش او هستیم در آنچه علمش آن را در برگرفته و در کتابش بر شمرده. گواهی می دهیم که پرستش شونده ای جز خدای ما نیست، یکی است بی شریک، و محمد بنده اوست و پیامبرش، که درود خدا بر او و خاندان پاکش باد.^۱ آرزوی سلامتی می خواهم پدرم را و غرق بوسه می کنم وجود مادرم را که می دانم نبوده است جز به دعای خیر ایشان، از ابتدای زندگی.

و سپاسگزار تمام دوستانی هستم که به هر گونه مرا یار شدند.

و اگر نبود راهنمایی های استاد دلسوز سر کار خانم دکتر فریبا یزدخواستی چنین سرانجامی می بود؟ پس بگذار او را در این گستره محدود سپاس نگویم که اینجا هر تلاشی ناکام است و تنها بر دستشان بوسه می زنم و بهترین آرزوهایم را نثارشان می کنم.

۱- برگرفته از خطبه ۱۱۴ نهج البلاغه

فصل اول: کلیات تحقیق

۲	۱-۱. مقدمه
۳	۲-۱. بیان مسئله
۵	۳-۱. اهمیت و ضرورت انجام پژوهش
۷	۴-۱. اهداف پژوهش
۸	۵-۱. فرضیه های پژوهش
۸	۶-۱. تعریف عملیاتی متغیرهای پژوهش

فصل دوم: پیشینه تحقیق

۱۰	۲-۱. مقدمه
۱۰	۱-۲. سندرم پیش از قاعدگی
۲۶	۲-۲. مدل شناختی رفتاری افسردگی
۲۹	۲-۲-۲. حمایت اجتماعی
۳۰	۳-۲-۲. مدل مداخله دارویی
۳۲	۳-۲. موضع گیری نظری در خصوص اضطراب
۳۲	۱-۳-۲. تعاریف اضطراب
۳۴	۳-۳-۲. علائم شایع اضطراب
۳۵	۴-۳-۲. انواع اختلالات اضطرابی
۳۶	۶-۳-۲. درمان اضطراب
۳۸	۴-۲. درمان شناختی رفتاری
۴۵	۵-۲. پیشینه پژوهش

فصل سوم: روش شناسی تحقیق

۵۴	۱-۳. مقدمه
۵۴	۲-۳. نوع مطالعه
۵۴	۳-۳. جامعه و نمونه آماری
۵۵	۴-۳. ملاک های شمول
۵۵	۵-۳. ملاک های خروج
۵۵	۶-۳. ابزار گردآوری داده ها

۵۵.....	پرسشنامه افسردگی بک ۲.....
۵۶.....	پرسشنامه اضطراب بک.....
۵۷.....	پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی.....
۵۷.....	۷-۳. روش اجرای پژوهش.....
۵۸.....	۸-۳. تجزیه و تحلیل اطلاعات.....
۵۸.....	۹-۳. ملاحظات اخلاقی.....
۵۸.....	۱۰-۳. جلسات درمانی.....

فصل چهارم: توصیف و تحلیل یافته‌ها

۶۲.....	۱-۴. مقدمه.....
۶۲.....	۲-۴. بررسی جمعیت شناختی.....
۶۴.....	۳-۴. اطلاعات جمعیت شناختی.....
۶۶.....	۴-۴. تجزیه و تحلیل استنباطی فرضیه های تحقیق.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۷۵.....	۳-۵. محدودیت‌های پژوهش.....
۷۵.....	۴-۵. پیشنهادهای پژوهش.....
۷۷.....	منابع فارسی.....
۸۳.....	منابع لاتین.....

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۶۳	جدول ۴-۱ توزیع فراوانی متغیر سن برای گروه های آزمایش و کنترل
۶۳	جدول ۴-۲ توزیع فراوانی متغیر سطح تحصیلات آزمودنی ها
۶۴	جدول ۴-۳ توزیع فراوانی متغیر تعداد فرزندان آزمودنی ها
۶۵	جدول ۴-۴ اطلاعات توصیفی پرسشنامه افسردگی بک ۲
۶۵	جدول ۴-۵ میانگین نمره آزمودنی های گروه کنترل و آزمایش
۶۶	جدول ۴-۶ اطلاعات توصیفی پرسشنامه اضطراب بک
۶۶	جدول ۴-۸ خلاصه تحلیل کوواریانس چندمتغیره در متغیر سندرم پیش از قاعدگی
۶۷	جدول ۴-۹ خلاصه تحلیل کوواریانس چندمتغیره در متغیر اضطراب
۶۸	جدول ۴-۱۰ خلاصه تحلیل کوواریانس در متغیر افسردگی

چکیده

مقدمه : با توجه به این که سندرم پیش از قاعدگی (PMS)، یکی از شایعترین اختلالات سنین باروری است که زندگی زنان را به میزان قابل توجهی مختل می سازد، لزوم بررسی های بیشتر در این زمینه را ایجاد می کند. پژوهش حاضر جهت بررسی اثر بخشیدرمان شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات روان شناختی (اضطراب و افسردگی) و علایم سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا طراحی شد.

روش کار: این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. از بین زنان فرهنگی مبتلا به سندرم پیش قاعدگی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲، ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و با انتصاب تصادفی در دو گروه مساوی آزمون و شاهد قرار گرفتند. گروه آزمون ۸ هفته درمان شناختی- رفتاری را تجربه کردند، در حالی که گروه شاهد تنها پیگیری شدند. پرسشنامه های (BDI- II, BAI) به عنوان ابزار ارزشیابی در پیش آزمون، پس آزمون به کار گرفته شد. داده ها با شاخص های توصیفی و آزمون آنکوا و آزمون تی اختلافی، توسط نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته ها: آزمودنی های گروه آزمون در نمره PMS ($P < 0/01$) و هم چنین نمرات افسردگی ($P < 0/05$) کاهش معنی داری نسبت به گروه شاهد در پس آزمون نشان دادند. نمرات اضطراب ($P > 0/05$) کاهش معناداری نسبت به گروه شاهد در پس آزمون نشان ندادند.

نتیجه گیری: درمان شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات روان شناختی (افسردگی) و علایم سندرم پیش از قاعدگی موثر است.

واژه های کلیدی: سندرم پیش از قاعدگی ، درمان شناختی - رفتاری، مشکلات روان شناختی، اضطراب، افسردگی

فصل اول

۱-۱. مقدمه

سالهای طبیعی تولیدمثل یک زن با تغییرات ماهانه و میزان ترشح هورمونهای زنانه و تغییراتی متناظر در تخمدانها و سایر اندامها مشخص می شوند که به این طرح دوره ای چرخه قاعدگی میگویند (اتل^۱، ۲۰۰۲). چرخه قاعدگی مهمترین نشانه کار دستگاه تولید مثل در جنس مؤنث بالغ است ولی گاهی این پدیده با نشانه ها و علائمی همراه است که آزاردهنده بوده و باعث 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 ازبین می رود، سندرم پیش از قاعدگی^۲ (PMS) میگویند (برک^۳، ۲۰۰۶). نشانگان فوق، یکی از شایعترین اختلالات سنین باروری است که زندگی زنان را به میزان قابل توجهی مختل می سازد (کن نت و برک وایتز^۴، ۱۹۹۹). این سندرم در تمام فرهنگها وجود داشته و دارای اثرات گوناگون بر موقعیت های اقتصادی، اجتماعی و شغلی زنان است (هاونز^۵ و همکاران، ۱۹۹۱). اکثر زنانی که دوره های همراه با تخمک گذاری دارند در طی مرحله ترشحي (لوتئال) دوره قاعدگی، علائم پیشرس قاعدگی را تجربه می کنند (رونالد و گیبز^۶، ۲۰۰۸). به همین دلیل اصطلاح سندرم سیکل تخمدانی نیز برای آن بکار برده می شود (هاکر^۷، ۱۹۹۴). تمام

1. Ethel

2. Premenstrual Syndrome (PMS)

3. Berek

4. Kennet & Berkwoitz

5. Havens

6. Ronald & Gibbs

7. Hacker

گروه های سنی تحت تأثیر این سندرم قرار دارند اما شایع ترین سن ابتلاء را ۴۵-۲۵ سال و زمان مراجعه برای درمان را اواسط یا اواخر دهه سوم زندگی بیان کرده اند. همچنین به نظر میرسد که افزایش سن نقش مهمی در افزایش علائم داشته باشد (کن نت و برک وایتز، ۱۹۹۹؛ هاووز و همکاران، ۱۹۹۱؛ لوودر و پری^۱، ۲۰۰۴). تاکنون بیش از ۲۰۰ علامت برای PMS شناخته شده است که مربوط به تغییرات جسمی، خلقی و رفتاری است که در این دوران رخ می دهد. زمان شروع این علائم متفاوت گزارش شده است، برخی ۱۰-۷ روز قبل از قاعدگی و برخی ۱۲-۲ روز قبل قاعدگی را زمان بحرانی برای شروع علائم اعلام نموده اند (هاکر، ۱۹۹۴؛ مورتولا^۲، ۲۰۰۰). PMS بر روابط اجتماعی و زندگی خصوصی افراد تأثیر می گذارد بطوری که در دادگاه های بعضی از کشورها از جمله انگلیس اثبات ابتلاء به PMS گاهی موجب تخفیف مجازات زنان متهم می شود (ویلسون و کارینگتون، ۱۹۹۱؛ کاساکیچیا^۳ و همکاران، ۱۹۹۹).

از سال ۱۹۷۲ مطالعات در مورد شیوع PMS آغاز شد (مورتولا، ۲۰۰۰). که در این زمینه آمارهای مختلفی نیز ارائه شده است، از جمله در یک بررسی که در ۱۰۸۳ زن ۲۴-۱۸ سال در آمریکا به عمل آمد، ۹۷٪ نمونه های پژوهش حداقل دارای یک علامت از علائم سندرم پیش از قاعدگی در مرحله ترشحات بودند. در این میان ۷۰٪ علائم خلقی همراه با ادم بدن، ۴-۳۰٪ علائم خفیف تا متوسط و ۱۱٪ علائم شدیدی که نیازمند کمکهای پزشکی بود را گزارش کردند (لویسلی و بارکر^۴، ۲۰۰۴). تفاوت بین شیوع این سندرم در جوامع مختلف می تواند به دلایل مختلفی بستگی داشته باشد. از جمله این عوامل می توان از سوابق خانوادگی نام برد. معمولاً افراد مبتلا به این سندرم، سابقه خانوادگی افسردگی را در وابستگان درجه اول خود ذکر می کنند (کاپلان و سادوک^۵، ۲۰۰۰).

۲-۱. بیان مساله

بخش مهمی از زندگی عاطفی زنان (به عنوان یک عضو مهم و تاثیرگذار در خانواده) را دوره های زیستی آنها تشکیل می دهد و ممکن است برخی از ویژگی های خلقی زنان مربوط به تغییرات دوره های زیستی آنها باشد (زارع و تاراج، ۱۳۸۸). توجه به این ریتم های زیستی از اهمیت برخوردار است. سالیهای طبیعی تولید مثل یک زن با تغییرات ریتمیک ماهانه در میزان ترشح هورمون های زنانه و تغییراتی متناظر در تخمدان ها و سایر اندامها مشخص می شوند که به این طرح ریتمیک چرخه قاعدگی^۶ می گویند. مجموعه ای بزرگ از علائم

1. Lowder & Perry

2. Mortola

3. Casacchia

4. Luesly & Barker

5. Kaplan & Sadock

6. Menstruation Cycle

جسمانی، روانی و هیجانی به نام سندرم پیش از قاعدگی (PMS) در برخی زنان به صورت دوره‌های پیش از قاعدگی رخ می‌دهد و با شروع قاعدگی از بین می‌رود (پوررضا، ۱۳۸۰).

اختلال ملال پیش از قاعدگی در زمره اختلالات خلقی طبقه بندی می‌شود. نشانه‌های این نشانگان عبارتند از: علایم احساسی (غم‌گینی، اضطراب، خشم، تحریک پذیری، خلق ناپایدار)، علایم شناختی (کاهش تمرکز و حافظه، از بین رفتن قدرت تصمیم‌گیری، تفکرات خود کشی، پارانوئیا)، علایم عصبی (بی‌خوابی، پرخوابی، بی‌اشتهایی، خستگی، بی‌قراری، تغییرات میل جنسی، پرخوری)، علایم رفتاری (کاهش انگیزه، کاهش کارایی، کاهش کنترل تکانه، گوشه‌گیری اجتماعی) و علایم مربوط به سیستم عصبی مرکزی و درد (کاهش مهارتها، تشنج، سرگیجه، لرزش، سردرد، درد عضلات و مفاصل) (زارع و تاراج، ۱۳۸۸).

درک مردم از نشانگان، تابع شدت احساس جسمی، تمایل شخصی به بها دادن به حالت‌های روانی، شدت محرک خارجی و انواع فرآیندهای شناختی^۱، اجتماعی و عاطفی است. کسانی که به هنگام استرس شدید و طولانی به وجود نشانگان پی می‌برند، ممکن است نشانگان را عامل بروز استرس خود تلقی کنند (سارافینو^۲، ۱۹۴۰).

یکی از بزرگترین مشکلات در مطالعه ارتباط رفتار با سیکل‌های قاعده‌ای، این پیش فرض است که مرحله پیش از قاعدگی مرحله‌ای کاملاً متغیر است، غافل از اینکه همه مراحل سیکل از استرس‌های زندگی تاثیر می‌پذیرند. به عبارت دیگر اگر بخواهیم چنین نتیجه‌گیری کنیم که مرحله پیش از قاعدگی از تأثیر سبب شناختی‌بر برخی از حوادث زندگی برخوردار است، باید این توانایی را داشته باشیم که این مرحله از سیکل را از نظر تمام استرس‌های زندگی کنترل کنیم (اسپیراف، ۱۹۳۵).

استرس موجب فرسودگی‌های جسمی، روانی و اجتماعی می‌شود. در موارد بروز استرس، سیستم‌های زیستی، روانی و اجتماعی به صورتی به هم بافته عمل می‌کنند (سارافینو، ۱۹۴۰). واژه استرس که به زبان فارسی فشار، فشار روانی یا تنش روانی ترجمه شده است، به تازگی وارد خزانه واژگان متداول در محاوره‌های روزمره شده است. واژه استرس از دیدگاه روان شناختی توسط ریچارد لازاروس^۳ این گونه تعریف شده است:

استرس عبارتست از حالت اضطرابی که وقتی رویدادها و مسئولیت‌ها از حد توان مقابله‌ای فرد فراتر می‌روند به وجود می‌آید. هانس سلیه^۴ دریافت که فشارهای وارد بر آدم‌ها، خوب یا بد، می‌تواند استرس تولید

^۱. Cognitive Process

^۲. Sarafino

^۳. Lazarus

^۴. Hans selye

کند. نوع تجربه استرس، یعنی مثبت (یوسترس^۱) یا منفی (دیسترس^۲) بودن آن تفاوت زیادی در نوع پاسخ فیزیولوژیک، ایجاد نمی کند. در حال حاضر تعریف لازاروس و سلیه با هم تلفیق شده و با توجه به یافته های علمی جدیدتر، استرس این گونه تعریف می شود: واکنش در مقابله با یک تهدید ادراک شده (واقعی یا خیالی) نسبت به سلامت روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی فرد که منجر به یک سلسله پاسخ ها و سازگاری های فیزیولوژیک می شود (فتی و همکاران، ۱۳۸۷).

با توجه به هم پوشانی بسیار زیاد علایم استرس با نشانگان PMS (که قبلاً ذکر شد) و اینکه استرس در نتیجه ارزیابی های شناختی فرد از موقعیت ایجاد می شود که به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی منطق، نادرست است (سارافینو، ۱۹۴۰). و از آنجائی که بعضی از رویکردهای کنار آمدن با استرس، به تعدیل الگوهای رفتاری و فکری افراد تاکید کرده اند، آموزش درمان استرس که توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور افزایش می دهد، می تواند در کاهش علایم و نشانگان PMS موثر باشد. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارت های ابراز وجود، درمان خشم، درمان خود و برنامه ریزی فعالیت ها می باشد درمان شناختی- رفتاری استرس هم از اساس نظری قوی برخوردار بوده و هم پژوهش های متعددی اثربخشی آن را در کاهش علایم، بهبود کیفیت زندگی بیماران مختلف تایید کرده است (جواهری و همکاران، ۱۳۸۹).

با توجه به فقدان تحقیقات در زمینه بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علایم و نشانگان سندرم پیش از قاعدگی (PMS) و افسردگی اضطراب پدید آمده از آن، لزوم بررسی های بیشتر در این زمینه احساس می شود، بر اساس چنین ضرورتی هدف پژوهش حاضر این است که: آیا درمان شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات روانشناختی و علایم سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا، مؤثر می باشد؟

۳-۱. اهمیت و ضرورت

سندرم پیش از قاعدگی یکی از شایعترین اختلالات سنین باروری است که زندگی زنان را به میزان قابل توجهی مختل می سازد (جواهری و همکاران، ۱۳۸۹). علایم این سندرم، می تواند مشکلات فیزیکی و روانی تضعیف کننده و شدیدی ایجاد کند (استرنس^۳، ۲۰۰۱). (PMS)، به عنوان عاملی برای اختلالات جدی اجتماعی در نظر گرفته می شود که بر فعالیت های فرد در خانواده و محیط کار تأثیر می گذارد. همچنین این سندرم می

1. eustress

2. distress

3. Stearns

تواند، اختلالاتی در تصویر ذهنی از خویش و اعتماد به نفس ایجاد کند. در مطالعه ای گزارش شده که شدیدترین اثرات PMS را در خانه و خانواده می توان یافت، به طوری که حدود ۸۲٪ زنان در ارتباط با والدین خود و ۶۱٪ ایشان در ارتباط با فرزندان شان دچار مشکل شده بودند (الکساندر^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). از جمله 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 ارتباط دارند تأثیر می گذارد و با بسیاری از مشکلات مانند اضطراب، چاقی، اختلالات تغذیه ای و همچنین حملات جنون آمیز، دیابت، بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، سندرم مختگیمز منودرد های عضلانی همراه است. درطی سال های ۱۹۹۰-۱۹۸۵ هزینه ای معادل ۲۰/۸ بلیون دلار صرف درمان اختلالات خلقی در ایالات متحده آمریکا شده که پس از آن نیز تا ۲۵/۴ بلیون دلار افزایش داشته است. افسردگی نیز یکی دیگر از مشکلات عمده مبتلایان به PMS است. فرد مبتلا طی آن تجربه ناراحتی، خشم غیر قابل تحمل، ناامیدی، یأس، اختلالات احساسی، شناختی، رفتاری، جسمی، کاهش عملکرد فیزیکی و کارایی را داشته و آمار اقدام به خودکشی در این افراد نیز بالاست (گری^۲، ۲۰۰۱؛ سایق^۳ و همکاران، ۱۹۹۵). همچنین پرخاشگری، عصبانیت و زود از کوره در رفتن که خود عامل بسیاری از دعواها، طلاق ها، قتل ها و خودکشی هاست، در این افراد بیشتر مشاهده می شود. به همین جهت در فرانسه، سندرم پیش از قاعدگی را زمینه ای برای ادعای جنون موقت می دانند و از این مسئله برای تخفیف مجازات زنان متهم استفاده می شود (کارسون^۴، ۲۰۰۰). مشکل دیگر زنان مبتلا به PMS، استرس و پیامدهای ناشی از آن است. استرس به طور نزدیک با بیماری های فیزیکی، احساسی، روانی، افسردگی و رفتارهای غیرعادی همراه می باشد. همچنین می تواند رفتارهای مضر و مخرب استفاده الكل و هر نوع سوء مصرف مواد را سبب شود که به همین دلیل بسیار با اهمیت و حیاتی شناخته شده است. همچنین استرس باعث کاهش قدرت تمرکز، تصمیم گیری و سرعت عمل در زمان های بحرانی می گردد (الکساندر و همکاران، ۲۰۰۰؛ سایق و همکاران، ۱۹۹۵). تغییر اشتها، احتباس آب و به دنبال آن افزایش وزن از جمله مشکلات و علائم دیگر PMS است. عوامل پیچیده ای تنظیم کننده اشتها و رفتارهای تغذیه ای می باشند که این عوامل عبارتند از: عوامل فیزیولوژیکی، بیوشیمیایی، فرهنگی و روانی. در دوران قبل از قاعدگی به دلیل حساسیت بالای انسولینی، کاهش سطح گلوکز خون اتفاق می افتد که افزایش اشتها را در پی خواهد داشت و این امر به همراه احتباس آب سبب افزایش وزن و چاقی می شود. همین موضوع می تواند به تنهایی باعث بروز بسیاری از مشکلات خلقی، اجتماعی و احساسی در زنان از جمله احساس گناه، تنفر،

¹. Alexander

². Geary

³. Sayegh

⁴. Carson

شرمساری از حضور در اجتماع و افسردگی شود. علاوه بر آن ارتباط مستقیم با سلامت فرد و عملکرد فیزیولوژیک وی دارد (الکساندر و همکاران، ۲۰۰۰؛ رینوم هتا و مارشال^۱، ۲۰۰۰).

از آنجا که زنان مرکز ثقل خانواده را تشکیل داده و بعنوان نیمی از پیکر اجتماع بشری هستند، ناخوشی آنها نه تنها بر سیستم پویای خانواده بلکه بر کل نظام اجتماعی که زنان به نوعی در آنها نقش دارند، تأثیر خواهد گذاشت. نوسانات خلقی زنان می تواند عملکرد کل خانواده را به شکست سوق دهد. این سندرم به صورت مشکل لاینحل در زندگی بشر استمرار داشته و دارد. اختلافات خانوادگی، بد رفتاری با کودکان، غیبت از محیط کار و عدم کفایت شغلی ناشی از این اختلال در زنان موجب گردیده است تا در سال های اخیر توجه زیادی به سندرم پیش از قاعدگی معطوف گردد. با توجه به مشکلات و عوارض ناشی از PMS، اهمیت درمان مشخص می شود. به طور کلی هدف از درمان PMS، کاهش یا برطرف کردن علائم و اثرات آن بر فعالیت ها و روابط شخصی و کاهش اثرات مضر آن، و به طور کلی ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا می باشد.

۱-۴- اهداف پژوهش

۱-۴-۱- هدف اصلی

تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش مشکلات روان شناختی و علایم سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا.

۱-۴-۲- اهداف فرعی

- تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علایم سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا.

- تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر علایم اضطراب سندرم پیش از قاعدگی.

- تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر علایم افسردگی سندرم پیش از قاعدگی.

^۱. Rinomhota & Marshall

۱-۵- فرضیه های پژوهش

۱-۵-۱- فرضیه اصلی

درمان شناختی- رفتاری بر مشکلات روانشناختی و علایم سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا موثر می باشد.

۱-۵-۲- فرضیه های فرعی

- درمان شناختی- رفتاری بر علایم سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا موثر می باشد.

- درمان شناختی - رفتاری بر علایم اضطراب سندرم پیش از قاعدگی موثر می باشد.

- درمان شناختی - رفتاری بر علایم افسردگی سندرم پیش از قاعدگی موثر می باشد.

۱-۶- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

۱-۶-۱ - درمانشناختی رفتاری

تعریف نظری: مسیری متداول برای آغاز حل مسئله است که فرد، افکار و باورهای ناکارآمد خود را شناسایی کرده و تغییر دهد، زیرا این افکار و باورها بر چهار جنبه تجارب زندگی تأثیر مهمی دارد. مطلب مهم در درمان شناختی رفتاری این است که تغییرات شناختی برای تغییر فرآیندهای انسان اهمیت زیادی دارند (کلارک و استیر، ۱۹۹۶).

تعریف عملی: در این پژوهش درمان شناختی رفتاری، مداخله ای است که طی ۸ جلسه بر اساس راهنمای آموزش کارگاهی درمانشناختی رفتاری (فتی و همکاران، ۱۳۸۷) و هفته ای یک جلسه به مدت ۲/۵ ساعت به شیوه گروهی اجرا شد.

۱-۶-۲- سندرم پیش از قاعدگی (PMS)

تعریف نظری: ظهور دوره ای یک یا چند علامت از مجموعه ی بزرگی از علایم (بیش از ۱۰۰ علامت) درست قبل از قاعدگی، به درجاتی که سبب به هم خوردن روش زندگی یا کار فرد می شود و در پی آن دوره ای

فاقد هر گونه علامت پدید می‌آید. علایمی که در اکثر موارد با آنها روبرو می‌شویم عبارتند از: نفخ شکم^۱، اضطراب یا تنش^۲، حساسیت پستان‌ها^۳، دوره‌های گریه^۴، افسردگی^۵، خستگی^۶، کمبود انرژی^۷، عصبانیت یا تحریک‌پذیری^۸ بدون دلیل، اشکال در تمرکز، تغییرات اشتها و تشنگی^۹ و درجات متغیری از ادم انتهاها (که معمولاً در ۷-۱۰ روز آخر سیکل قاعدگی ایجاد می‌شوند). مجموعه دقیق علایم در هر فرد، مجموعه‌ای غیر مرتبط است (اسپیراف، ۱۹۳۵). (PMS) یک اختلال دوره ای شایع در زنان جوان و میانسال است که در مرحله لوتئال افزایش می‌یابد و در هنگام قاعدگی یا بلافاصله بعد از آن از بین می‌رود (دیکرسون، ۲۰۰۳). در کمتر از ۵۰ درصد زنانی که از سندرم پیش از قاعدگی شکایت دارند، می‌توان این الگوی تغییر خلق را به صورت دوره‌ای اثبات کرد (اسپیراف، ۱۹۳۵).

تعریف عملیاتی: ملاک گرفتن تشخیص PMS برای یک فرد، پرسشنامه PSST شامل ۱۹ سوال بوده که دارای دو بخش می‌باشد (بخش اول که شامل ۱۴ علایم خلقی، جسمی و رفتاری می‌باشد و بخش دوم که تاثیر این علایم را بر زندگی افراد می‌سنجد و شامل ۵ سوال می‌باشد) (سیه بازی و همکاران، ۱۳۸۹).

1. meteorism (tympanites)
2. anxiety or tention
3. breast tendeness
4. cry
5. depression
6. weariness
7. Powerless
8. anger or irritability
9. thirst and appetite changes

فصل دوم

۲- مقدمه

در این فصل به دنبال آن هستیم که با بررسی سندرم پیش از قاعدگی، ابعاد آن را در اضطراب و افسردگی جستجو نموده، و زمینه های درمانی این سندرم فراگیر در زنان را مورد موشکافی قرار دهیم.

۲-۱- سندرم پیش از قاعدگی (PMS)

۲-۱-۱- تعریف: سندرم پیش از قاعدگی طبق تعریف عبارتست از "وقوع دوره ای مجموعه ای از علائم آزاردهنده جسمانی، روانشناختی و یا تغییرات رفتاری در مرحله لوتئال چرخه قاعدگی تا حدی که فعالیت های شخصی و روابط بین فردی را دچار اختلال سازد". (PMS) در بخش ضمیمه DSM-IV در قالب جدیدی تحت عنوان اختلال دیسفوریک پیش از قاعدگی (PMDD) چنین تعریف شده است:

"مجموعه ای از علائم شدید(غالباً با ماهیت روانشناختی) که می تواند از سایر اختلالات روانشناختی تقلید کند، با این تفاوت که علائم مزبور در مرحله پیش از قاعدگی عود می کنند"(دنفورث، ۱۳۸۵).

اختلال ملال پیش از قاعدگی حدود یک هفته پیش از شروع خونریزی قاعدگی بروز می کند و با تحریک پذیری، بی ثباتی هیجانی، سردرد، اضطراب و افسردگی همراه است علائم جسمی عبارتند از: ادم، افزایش وزن، درد پستان، سنکوب و مورمور شدن (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

۲-۱-۲- علائم و نشانه ها

اختلال ملال پیش از قاعدگی در زمره اختلالات خلقی طبقه بندی می شود. نشانه های این نشانگان^۱ عبارتند از: علائم احساس (غمگینی)، اضطراب، خشم، تحریک پذیری، خلق ناپایدار، علائم شناختی (کاهش تمرکز و حافظه، از بین رفتن قدرت تصمیم گیری، تفکرات خودکشی، پارانوئیا) علائم عصبی (بی خوابی، پر خوابی، بی اشتها، خستگی، بی قراری، تغییرات میل جنسی، پر خوری) علائم رفتاری (کاهش انگیزه، کاهش کارایی، کاهش کنترل تکانه، گوشه گیری اجتماعی) و علائم مربوط به سیستم عصبی مرکزی و درد (کاهش مهارت ها، تشنج، سرگیجه، لرزش، سردرد، درد عضلات و مفاصل) (زارع و تاراج، ۱۳۸۸).

در ضمیمه DSM-IV-TR برای اختلال ملال پیش قاعدگی ملاک هایی تشخیصی پیشنهاد شده که به پژوهش گران و بالینی گران کمک می کند تا بتوانند اعتبار این تشخیص را در بیماران خود ارزیابی کنند، معیارهای پژوهشی DSM-IV-IR در مورد اختلال ملال پیش قاعدگی :

الف) در طول سال گذشته در اکثر دوره های قاعدگی حداقل پنج تا از علائم زیر در اکثر اوقات آخرین هفته مرحله زرده ای (لوتئال) وجود داشته باشد، در عرض چند روز پس از شروع مرحله فولیکولار تدریجاً رو به فروکش گذارد، و در هفته اول پس از قاعدگی از بین برود؛ حداقل یکی از این علائم، باید (۱)، (۲)، (۳) یا (۴) باشد:

(۱) خلق افسرده، احساس نومیدی یا افکار حاکی از ملامت نفس، به طور برجسته

(۲) اضطراب، تنش، و احساس «دلوپس بودن» به طور برجسته

(۳) تزلزل حالت عاطفی به طور برجسته (مثلاً احساس ناگهانی اندوه یا گریه، یا پرحساسیتی به طرد)

^۱. syndrom

(۴) خشم یا تحریک پذیری یا افزایش تعارض های بین فردی، به طور مداوم یا برجسته

(۵) کاهش علاقه به فعالیت های معمول (نظیر کار، تحصیل، دوستان، تفریح)

(۶) احساس ذهنی دشوار شدن تمرکز

(۷) بیحالی (لارژی)، زود خسته شدن، یا فقدان کارمایه به طور برجسته

(۸) تغییری برجسته در اشتها، پرخوری، یا پیدایش ولع به غذاهایی خاص

(۹) پر خوابی یا بی خوابی

(۱۰) احساس ذهنی از پا درآمدن یا مسلط نبودن بر خود

(۱۱) سایر علایم جسمی نظیر دردناکی یا تورم پستان ها، سردرد، درد مفاصل یا عضلات، احساس «پف کردگی»، افزایش وزن.

نکته: در زنانی که قاعده می شوند، مرحله زرده ای مطابق است با دوره بین تخمک گذاری و شروع قاعدگی، و مرحله فولیکولار از قاعدگی شروع می شود. در زنانی که قاعده نمی شوند (مثلاً زنانی که رحم برداری [هیسترکتومی] شده اند، فهمیدن زمان مراحل زرده ای و فولیکولار مستلزم اندازه گیری هورمونهای تولید مثلی در جریان خون است.

ب) علایم مذکور مخل کار یا تحصیل با فعالیتهای اجتماعی معمول و رابطه با دیگران شده باشد (مثلاً باعث اجتناب از فعالیتهای اجتماعی یا کاهش بهره وری و کارایی در شغل یا تحصیل شده باشد).

پ) علایم مذکور صرفاً تشدید علایم اختلال دیگری نظیر اختلال افسردگی عمده، اختلال هول، اختلال دیس تایمی، یا یکی از اختلالات شخصیت نباشد (گرچه این امکان وجود دارد که اختلال مزبور بر هریک از این اختلالات سوار شود).

ت) معیارهای الف، ب، پ باید با ارزیابی های آینده نگرانه هر روزه در لااقل دو دوره قاعدگی پیایی دارای علائم مزبور تأیید شود(تا قبل از این تأیید، می شود تشخیص را مشروط[Provisional]) مطرح کرد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

۲-۱-۳- تشخیص افتراقی: اگر علائم در سراسر دوره قاعدگی وجود داشته باشد(بدون رفع علائم بین دوره ها)، پزشک باید یکی از اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی غیروابسته به دوره قاعدگی را مطرح سازد. علائم بسیار شدید، حتی اگر ماهیت دوره ای داشته باشند، باید پزشک را به مطرح کردن سایر اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی وادارد. بررسی پزشکی کامل برای رد اختلالات داخلی و جراحی که مسئول علائم تلقی شوند(مثلاً آندومتروئوزیس) ضروری است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

با توجه به اینکه اکثر کسانی که در طول دوره پیش از قاعدگی تغییرات خلقی یا علام جسمانی پیدا می کنند دچار تخریب عملکرد نمی شوند، تفکیک این افراد از افراد دارای تشخیص^۱ PMDD حائز اهمیت است. وجه افتراق سندرم پیش قاعدگی و PMDD(اختلال ملال پیش قاعدگی) در شدت و تعداد علائم و نیز میزان تخریب عملکرد است(کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

علل عضوی را که می توانند علائمی شبیه علائم PMS ایجاد کنند باید رد کرد. خستگی شدید می تواند ناشی از کم خونی، لوکمی، کم کاری تیروئید و یا کاهش پتاسیم ناشی از مصرف دیورتیک ها باشد. سردرد نیز می تواند ناشی از ضایعات داخل جمجمه باشد. دیده شده است که برخی از زمانی که با علائم PMS به کلینیک های PMS مراجعه کرده اند در واقع مبتلا به بیماری هایی از قبیل تومور مغزی، کم خونی، لوکمی، اختلالات تیروئید، بیماری های دستگاه گوارش، تومورهای لگن(شامل آندومتروئوز) و سایر اختلالاتی که قبل از هر قاعدگی عود کرده اند(مثل آرتريت، آسم، صرع و یتومونفراکس) بوده اند (دنفورث^۲، ۱۳۸۵).

۲-۱-۴- سیر و پیش آگهی

سیر و پیش آگهی اختلال ملال پیش از قاعدگی به حدی که به نتایج منطقی برسد مورد مطالعه واقع نشده است گفته می شود علائم میل به مزمن شدن دارند مگر اینکه درمان مؤثر صورت بگیرد (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷).

^۱. Premenstrual dysphoric disorder

^۲. denfors

۲-۱-۵- شیوع^۱

از سال ۱۹۷۲ مطالعات در مورد شیوع PMS آغاز شد (مورتولا، ۲۰۰۰). که آمارهای مختلفی نیز ارائه شده است. از جمله در یک بررسی که در مورد ۱۰۸۳ زن ۱۸ تا ۲۴ ساله در آمریکا به عمل آمد، ۹۷٪ نمونه های پژوهش حداقل دارای یک علامت از علائم سندرم پیش از قاعدگی در فاز ترشحي بودند (اسپیراف و همکاران، ۲۰۰۵).

پری و لودرمیلک در سال ۲۰۰۴ شیوع این سندرم را ۲۰ تا ۹۵٪ اعلام کردند که در این میان ۱۰-۲٪ از افراد دارای علائم شدیدی بودند که در فعالیت روزانه ایشان تداخل می کرد (لودر و پری، ۲۰۰۴).

استینر^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۳ در تحقیقی که در کانادا انجام دادند، شیوع این سندرم را ۸۰٪ اعلام نمودند (استینر و همکاران، ۲۰۰۳).

ویلسوندر کتاب خود شیوع این سندرم را در جمعیت های مطالعه شده ۹۵-۵٪ گزارش کرده است که در این میان ۳-۲٪ دارای علائم شدید می باشند. ادعا شده است که نزدیک به ۶-۵ میلیون زن در ایالت متحده هر ماه علائم شدید این عارضه را تجربه می کنند ولی خوشبختانه رفتارهای تهدید آمیز نظیر آدم کشی یا خودکشی در درصد کمی از ایشان رخ می دهد (ویلسون و کارینگتون، ۱۹۹۱). در سال ۲۰۰۲ دیمچلی^۳ و همکاران در تحقیقی که در مورد اختلالات پیش از قاعدگی و درمان آن در سوئیس انجام دادند، شیوع سندرم پیش از قاعدگی را ۷۵٪ اعلام کردند که ۸-۳٪ از ایشان از علائم PMS بسیار شدید یا اختلال ملال قبل از قاعدگی (PMDD) رنج می بردند (دیمچلی و همکاران، ۲۰۰۲). اختلال ملال قبل از قاعدگی نوع بسیار شدید سندرم پیش از قاعدگی است که یک اختلال روانپزشکی شایع در خانمها به حساب می آید (اسپیراف و همکاران، ۲۰۰۵). در سال ۲۰۰۰ در تحقیقی که در رابطه با اثر مکمل های غذایی بر کاهش شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی توسط بندیک^۴ در آمریکا انجام شد، شیوع PMS بالای ۴۰٪ اعلام شد در حالیکه در همان سال فردریکسون^۵ شیوع این سندرم را در آمریکا ۹۰٪ اعلام کرد (فردریکسون، ۲۰۰۰؛ بندیک، ۲۰۰۰). در مطالعه ای دیگر در سال ۲۰۰۳ توسط

1. prevalence

2. Steiner

3. Demicheli

4. Bendich

5. Fredrikson

یونکرز^۱ شیوع PMS ۴۷٪ بیان گردید (یونکرز و همکاران، ۲۰۰۳). در تحقیق انجام شده دیگری در ایران در سال ۱۳۸۴ توسط علوی و همکاران شیوع سندرم پیش از قاعدگی، در جمعیت مورد مطالعه شان ۵۵٪ گزارش گردید (علوی، ۱۳۸۵). سندرم پیش از قاعدگی معمولاً در زنان زیر ۳۶ سال بیشتر دیده شده و پس از تولد کودک تشدید می شود (هالبریچ و اسمولر^۲، ۱۹۹۷). تفاوت‌های فرهنگی و ارتباطات خانوادگی از جمله عوامل مهم و مؤثر در شیوع PMS است، زیرا در بعضی از اقوام به دلیل وراثت این سندرم بیشتر دیده میشود (مورتولا، ۲۰۰۰).

چون ملاک‌های تشخیصی مورد قبول همگان وجود ندارد، همه گیر شناسی^۳ اختلال ملال پیش از قاعدگی با قاطعیت مشخص نیست. حدود ۸۰ درصد زنان طی دوره پیش از قاعدگی درجاتی از تغییرات خلق و خواب و علایم جسمانی را تجربه می کنند و حدود ۴۰ درصد این زنان دچار علایم پیش قاعدگی در حد خفیف تا متوسط هستند و این علایم آنها را وادار به مراجعه به پزشک می کند. حدود ۳ تا ۷ درصد زنان علایم شان در حدی است که واجد ملاک‌های تشخیصی کامل اختلال ملال پیش از قاعدگی است (کاپلان، سادوک ۲۰۰۷). هم اکنون بسیاری از محققین، نشانگان پیش از قاعدگی را به عنوان یکی از شایعترین اختلالات روان تنی در نظر می گیرند. برخی معتقدند که مبتلایان به این نشانگان ۵۰٪ مراجعین به کلینیک‌های بیماری‌های زنان را تشکیل می دهند (زارع و تاراج، ۱۳۸۸). بالاترین میزان شیوع در اواخر دهه سوم و اوایل دهه چهارم زندگی است. PMS در نوجوانان نادر است (احمدی، ۱۳۸۰).

۲-۱-۶- سبب شناسی^۴

سبب شناسی علایم پیش از قاعدگی، مشخص نیست. آنچه باعث پیچیده شدن توصیف سبب شناسی می شود، این است که علائم پیش از قاعدگی می توانند، بدنی، فیزیولوژیکی و یا رفتاری و نیز ترکیبی از هر سه باشد (شولمن^۵، ۲۰۱۰). آنچه هرچند در دوقلوها بیش تر دیده می شود اما این اختلال ارثی نیست و هیچ ژنی برای آن شناسایی نشده است اگر چه علت آن نامشخص است اما پنج فرضیه در مورد این اختلال بیشتر مورد بحث قرار می گیرد:

^۱. Younkers
^۲. Halbriech & Smoller
^۳. Epidemiology
^۴. Etiology
^۵. Shulman

۱) فرضیه هورمون های تخمدان : تئوری هورمون های تخمدانی به فرضیه ای گفته می شود که بر اساس آن PMDD از عدم تعادل در نسبت استروژن به پروژسترون توأم با کمبود نسبی پروژسترون، ناشی می شود. این تئوری نخست بوسیله دالتون^۱ عمومیت پیدا کرد؛ وی بر این باور بود که PMS در اثر کمبود پروژسترون بوجود می آید گفته می شود ریشه سندرم پیش از عادت ماهانه، در تغییرات هورمونی است (میلانی، ۱۳۷۹).

۲) فرضیه سروتونین: شواهد نشان می دهد که ممکن است در پیدایش PMDD، سروتونین اهمیت داشته باشد. در هفته قبل از قاعدگی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، کاهش برداشت سروتونین توسط پلاکت ها دیده شده است و در زنان مبتلا به این اختلال میزان سروتونین پلاکت نیز کاهش می یابد، هم چنین اخیراً گزارش شده است که در زنان مبتلا به PMDD، پاسخ سروتونین به تجویز فن فلورامین کاهش می یابد (جنتی و همکاران، ۱۳۸۴).

در طب بالینی شواهد بسیاری وجود دارند که از وجود رابطه بین اثرات ناشی از وجود یا نبود استروژن و فعالیت سروتونرژیک مغز حمایت می کنند. کاهش گیرنده های استروژن، تحت تأثیر پروژستین احتمالاً مسئول اثرات وجود یا نبود استروژن است. در زنان مبتلا به الگوی PMS و ظهور علائم PMS در میانه چرخه^۲، همزمان با کاهش استرادیول در حوالی تخمک گذاری^۳ است در حالیکه ظهور مجدد و یا تشدید بیش از قبل علائم در اواخر مرحله لوتئال ممکن است ناشی از کاهش گیرنده های مرکزی استروژن و کاهش استرادیول باشد که منجر به قاعدگی می شود (بوذری، ۱۳۸۸).

۳) مسایل روانی - اجتماعی^۴: در آغاز تئورسین های سایکوانالیتیک بر این باور بودند که PMS تظاهراتی خودآگاهانه از مشکلات ناخودآگاه یک زن درباره زنانگی و عواطف مادری خویش است. متفکرین سایکوانالیتیک عقیده داشتند که تغییرات فیزیکی پیش از قاعدگی این موضوع را به یک زن یادآوری می کنند که وی باردار نشده و بنابراین نقش مرسوم زنانگی خود را انجام نداده است. اگرچه بسیاری از پزشکان دارای نگرش سایکوانالیتیک ناگزیر از پذیرش این زمینه بودند، اثبات این فرضیه با روش های علمی امکان پذیر نبود. محیط

^۱. Daltoon

^۲. Cycle

^۳. ovulation

^۴. psycho social

خانواده و سابقه سوء استفاده مبنی نیز می توانند به عنوان عوامل روانی مورد توجه قرار گیرند (جنتی و همکاران، ۱۳۸۴).

تحقیقات هم چنین تأثیر واکنش فرد را بر رفتار درد همسر نشان داده است. هر اندازه سطح نگرانی همسر بالاتر بود، بیمار رفتار درد بیشتری از خود نشان می داد و کمتر به فعالیت هایی نظیر دیدار دوستان یا خرید کردن می پرداخت (سارافینو^۱؛ ۱۳۸۴).

۴) تئوری یادگیری شناختی- اجتماعی: آغاز خونریزی قاعدگی از نظر زنان مبتلا، PMS و PMDD یک حادثه فیزیولوژیک ناخوشایند است. این زنان از آغاز شدن خونریزی های قاعدگی هراس دارند و در نتیجه سطح انگیزش فیزیولوژیک آنها بالا می رود. و در مورد حالات پیش درآمد آغاز خونریزی هوشیاری و آگاهی پیدا می کنند. با گذشت زمان، این حالات با حادثه ناخوشایند خونریزی قاعدگی در هم می آمیزند و تغییرات طبیعی پیش از قاعدگی به علایم پیش از قاعدگی تبدیل می شوند. علاوه بر این، زنان مورد بحث ممکن است دارای مقداری علایم شناختی منفی نیز باشند که می توانند میزان انزجار از علایم پیش از قاعدگی را افزایش دهند. در صورتی که زنان مبتلا قادر به پیشگویی دقیق زمان حادثه ناخوشایند (خونریزی قاعدگی) باشند. میزان ابتلا و شکایت از علایم افزایش می یابد. پس زنان مبتلا دچار حالات سازشی غلط از قبیل تغییرات خلقی، گوشه گیری از اجتماع، غیبت از کار و افزایش خوردن غذا به منظور کاستن از استرس های فوری می شوند (جنتی و همکاران، ۱۳۸۴).

افکار مردم ممکن است بر احساس آنان اثر بگذارد. باربارا فراد کین^۲ و فیلیپ فاریستون^۳ به منظور بررسی اعتقادات زنان در مورد علائم پیش از عادت ماهیانه بر احساس آنان در این دوره، تحقیقی روی زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله انجام دادند افراد مورد نظر به سه گروه تقسیم شدند. گروه شاهد، که هیچ گونه اطلاعاتی به اعضای آن داده نشده بود، و دو گروه آزمایشی (آزمودنی)، هر دو گروه آزمایشی، به وسیله خواندن مقاله، تماشای نوار ویدیویی یک متخصص زنان و شرکت در بحث گروهی، اطلاعاتی در مورد تنش پیش از عادت ماهیانه کسب کردند. این اطلاعات، به یکی از گروه های آزمایشی، از دید زیست شناختیو به دیگری از دید روان شناختی ارایه شد. برای

^۱. Saraphino

^۲. Fradkin

^۳. firestone

زنان در گروه زیست شناختی: تاکید اطلاعات، بر عمومی بودن نوسانات اجتناب ناپذیر خلق و تمرکز حواس بود. اطلاعات مفصلی درباره تغییرات هورمونی و شیمیایی با هدف بالا بردن انتظار تجربه این علایم ارائه شد.

به عکس، برای زنان در گروه روان شناختی توضیح داده شد که: تنش های پیش از عادت ماهیانه ریشه زیستی ندارند و از خرافات منفی جامعه ناشی می شوند. همچنین تاکید شده بود که مجموعه ای از انتظارات غیرواقعی، پیش دآوری ها و برداشت های منفی از علایم فیزیولوژیکی گنگ و بی اساس، باعث ایجاد تنش های پیش از عادت ماهیانه می شود. این اطلاعات با هدف کاهش انتظار تجربه علایم ارائه شد. علایم گزارش شده در آغاز برای هر سه گروه یکسان بود و در گروه زیست شناختی تغییر نکرد؛ اما در گروه روان شناختی در طی یک ماه پس از کسب اطلاعات، به شدت کاهش نشان داد. این اطلاعات ممکن است باعث تغییر باورها و کاهش علایم شده باشد. (سارافینو، ۱۳۸۴).

۵) تئوری فرهنگی - اجتماعی^۱: از دیدگاه اجتماعی - فرهنگی، برخی از محققین به این نتیجه رسیده اند که PMS و PMDD تظاهراتی از نگرش و باورهای منفی در مورد ناخوشایند بودن خونریزی قاعدگی در بعضی از فرهنگ ها هستند. (جنتی و همکاران، ۱۳۸۴). مطالعه بر روی مقاله ها نشان می دهد که بعضی از زنان واقعاً مشکلی در ارتباط با قاعدگی ندارند، بلکه صرفاً معتقدند که دارای چنین مشکلی هستند. در دیدگاه مناسبتر، چنین مطرح شده است که مردان و زنان اجتماع ما نسبت به وقوع علایم در زنان در دوره پیش از قاعدگی شرطی شده اند و آموخته اند که انتظار ابتلای زن به احتباس مایع، درد و واکنشهای احساس را داشته باشند. این انتظارات کلیشه ای، دقیقاً همان چیزی است که هنگام استفاده از روشهای گذشته نگر گزارش می شود (اسپیراف، ۱۳۸۰).

۷-۱-۲- الگوهای سندرم پیش از قاعدگی:

چهار الگو برای سندرم پیش از قاعدگی وجود دارد:

۱- علائم ۵ تا ۷ روز قبل از عادت ماهیانه آغاز می شود و با آغاز خونریزی پایان می یابد.

^۱. Social-Culture

۲- علائم ۱۴ روز قبل از عادت ماهیانه (زمان تخمک گذاری) شروع می شود و تقریباً دو هفته و یا تا زمان شروع خونریزی به طول می انجامد.

۳- علائم ۱۴ روز قبل عادت ماهیانه آغاز شده و تا ۳ هفته بعد ادامه می یابد (در واقع تا پایان زمان خونریزی)

۴- علائم به مدت چند روز هنگام تخمک گذاری (دو هفته قبل از عادت) آغاز می شود سپس از شدت آن کاسته می شود و چند روز قبل از شروع خونریزی دوباره ظاهر می گردد.

که البته شایع ترین الگو نوع اول می باشد (روبرت و رید، ۲۰۰۶).

۲-۱-۸- عواقب اجتماعی PMS

در قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰، دیدگاهی در اروپا رواج داشت که بر مبنای آن قاعدگی با رفتار ضداجتماعی همراه بود. در سال ۱۸۴۵، یک خدمتکار منزل که یکی از کودکان صاحب خانه را کشته بود، به دلیل اختلالات قاعدگی بی گناه شناخته شد. در سال ۱۸۵۱، زنی به دلیل دیوانگی ناشی از اختلالات قاعدگی، از قتل فرزند خواهر خود تبرئه شد. در سال ۱۸۴۵ فردی که از فروشگاه دزدی کرده بود، به دلیل قطع قاعدگی تبرئه شد. وقتی به این واقعیت توجه می کنیم که PMS در طول تاریخ مکتوب حالتی شناخته شده بوده است (البته نه با این عنوان خاص)، می توان این گونه دفاعیات را در دوران قبل از عصر جدید انتظار داشت (اسپیراف، ۱۳۸۳).

این سندرم دارای پیامدهای اجتماعی مانند افزایش حوادث، ارتکاب به قتل و جنایت است (نیکبخت و علیجانی، ۱۳۸۴). به طوری که از هر ۵ جنایتی که توسط زنان آمریکایی انجام می شود ۴ مورد متعلق به زنانی است که در روزهای قبل از قاعدگی مرتکب جنایت شده اند (قره خانی و همکاران، ۱۳۸۳).

دالتون چنین استدلال می کند که PMS مسؤول افزایش وقوع جرم، حبس به دلیل الکلیسم، سوء رفتار در مدرسه، ناخوشی در مراکز صنعتی، بستری شدن در بیمارستان به دلیل حوادث و پذیرش در بیمارستان های عمومی است. با وجود این، در آن دسته از مطالعات انجام شده در مورد علایم قبل از قاعدگی که دارای گروههای شاهد مناسب بوده اند و اصول آماری را رعایت کرده اند، تغییرات قابل توجهی در ارتباط با سیکل قاعدگی در رفتار حرکتی و شناختی دیده نشده است. در زمینه رفتار اجتماعی (از جمله جرم و خودکشی)، آثاری

مشابه با آثار گزارش شده در سایر مطالعات «خودگزارشی» دیده شده است. هنگامی که انتظارات روانی و اجتماعی تغییر پیدا می کنند، این آثار ناپدید می شود. امروزه دادگاه ها PMS را مانند سایر استرس های روانی و اجتماعی یا بیماری های جسمی تلقی می کنند و این عوامل را باعث سلب مسئولیت جنایی نمی دانند.

این سندرم را عاملی برای کم تحرکی، بی انگیزگی، دقت پائین در انجام کارها و از هم پاشیدگی زندگی زناشویی نیز شناخته اند (هاکر، ۱۹۹۴).

متأسفانه، هنوز هم از PMS برای توجیه اعمال بی هدف و غیرمترقبه و همچنین ضعف عملکرد آکادمیک استفاده می شود. بر خلاف نظر دالتون مبنی بر اختلال عملکرد آکادمیک در دختران در دوره قبل از قاعدگی، با توجه به نتایج امتحانات در ۲۴۴ دانشجوی دختر رشته های پزشکی و پیراپزشکی که در مدت یک سال انجام گرفته بودند، تأثیر سیکل قاعدگی بر موفقیت در امتحانات چشمگیر نبوده است (اسپیراف، ۱۳۸۳).

برخی از تصورات عامیانه درباره قاعدگی زنان سبب شده است تا گاهی علیه اشتغال زنان در کارهای پرفشار و تنش زا، سوگیری های تبعیض آمیزی صورت گیرد. این تصورات، از زنان تصویر نادرستی ارایه می دهند و آنها را در دوران قاعدگی فاقد توانایی لازم برای کنار آمدن با مسائل زندگی قلمداد می کنند. در صورتی که می دانیم چنانچه والدین و اطرافیان نوجوان برخورد معقولانه و درستی با پدیده قاعدگی داشته باشند، بسیاری از واکنش های منفی دختران به قاعدگی از بین می رود و یا دست کم کاهش می یابد. والدین می توانند کاری کنند که شروع قاعدگی برای نوجوان خوشایند باشد نه ترس آور؛ به این ترتیب که او را برای شروع قاعدگی آماده کنند (نیکخو، ۱۳۸۳).

به طور کل PMS می تواند فعالیت های اجتماعی، آموزشی، شغلی و خانوادگی آنان را به خطر انداخته و بر کیفیت زندگی زیستی، روانی و اجتماعی آنها تأثیر بگذارد. تعیین میزان شیوع این عارضه به علت تنوع در اشکال بروز علائم آن، امکان پذیر نیست (زارع و تاراج، ۱۳۸۸).

این اختلال ممکن است از نظر اجتماعی به صورت اختلاف های زناشویی و مشکلاتی در روابط با دوستان و خانواده آشکار شود. احساس های افسردگی زنان و کارکرد مختل در طی این روزها با خلق و توانایی های وی در باقیمانده ماه تفاوت بسیار زیادی دارد (نیکخو، ۱۳۸۳).

۲-۱-۹- رابطه PMS با اضطراب و افسردگی

شواهد زیادی وجود دارد که نشان می دهد مدت و شاید حتی وقوع بیماری ها می تواند تحت تأثیر حالت های روانی مبتلایان به آنها قرار گیرد (دهقانی و همکاران، ۱۳۸۸).

وجود استرس، صرف نظر از منشأ آن، زنان را برای ابتلا به این نشانگان مستعد می سازد (زارع و تاراج، ۱۳۸۸). همه مراحل سیکل از استرس های زندگی تأثیر می پذیرند (اسپراف، ۱۳۸۳). اغلب سردردهای هنگام قاعدگی از گشاد شدن رگ ها یا انقباض ماهیچه های سر و یا به طور عمده ناشی از فشار روانی (استرس) هستند (نیکخو، ۱۳۸۳).

۲-۱-۱۰- درمان

از آنجایی که علت این سندرم ناشناخته است، درمان های پیشنهادی نیز متفاوت هستند. در حال حاضر هیچ درمان قطعی برای PMS شناخته نشده است و درمان آن به صورت علامتی می باشد (محسنی، ۱۳۷۱).

پیشرفت مداخلات موفق برای علایم پیش از قاعدگی، امری چالش برانگیز است و مداخلات بر جنبه های خاصی از نشانه شناسی پیش از قاعدگی تمرکز دارند (شولمن، ۲۰۱۰)، از جمله این مداخلات :

۲-۱-۱۰-۱- آموزش و مشاوره^۱: چون دوره ی پیش از قاعدگی، یک لحظه ی حساس از نظر عاطفی

است، تمام انواع درمانی ها می تواند مرتبط باشد، حتی اگر آموزش تکنیک های آرام سازی در شرایط مناسب باشد (لیموسین^۲، ۲۰۰۱). اطمینان بخشی به زنانی که به علت علایم شدید پیش از قاعدگی مراجعه می کنند، می تواند از این طریق صورت گیرد که به آنها گفته شود: PMS یک وضعیت واقعی است که بسیاری از زنان در سنین باروری با آن درگیر هستند. اگر چه ممکن است تمام پرسش ها در مورد PMS به پاسخ نرسیده باشند اما می توان به بیمار اطمینان داد که طیفی از درمان ها برای PMS موجود هستند که کم ارزش تر از داشتن اطلاعات مهم در مورد این بیماری نیستند. ثبت آینده نگر علایم همان قدر که به تشخیص کمک می کند، جزئی از درمان نیز هست. استفاده از تقویم مخصوص ثبت علایم (که در آن شدت علایم PMS فهرست می شوند) می

^۱. Concealing

^۲. Limosin

تواند به میزان زیادی به بیمار اطمینان ببخشد از این جهت که بداند زنان دیگری نیز هستند که چنین علائمی را تجربه می کنند. جدول کامل شده می تواند برای نخستین بار بیمار را متوجه ماهیت چرخه ای علایم بکند که نشان دهنده ارتباط واضح علائم با تغییرات هورمونی در طول چرخه قاعدگی است. دانستن این موضوع برای زنان مبتلا به PMS مفید خواهد بود که در زمان هایی از ماه باید انتظار تشدید احساسات ناخوشایند و ایجاد مشکل در روابط با دیگران را داشته باشند (بوذری، ۱۳۸۸).

۲-۱-۱۰-۲- تغییر سبک زندگی : بهترین درمان اغلب ساده ترین آنها است. به وجود آوردن تغییراتی در شیوه زندگی می تواند به عنوان شیوه ای ساده و کم هزینه در درمان این اختلال مفید باشد (جنتی و همکاران، ۱۳۸۴) زنان دچار علایم خفیف باید در مورد تغییرات سبک زندگی از جمله رژیم غذایی سالم، محدود کردن سدیم و کافئین ورزش و کاهش استرس، آموزش ببینند (دیکرسون، ۲۰۰۳). تغییرات شیوه زندگی به شرح زیر هستند:

- راهبردهای ارتباط با دیگران: هنگامی که شدت علایم در فرد به حدی است که باید کاری بیش از مشاوره ساده و اطمینان بخشی برایش انجام شود، اولین قدم، تلاش برای تغییر سبک زندگی است. این گونه بیماران باید تشویق شوند که درباره مشکلاتشان، با افراد مهم زندگی شان، شامل شریک جنسی، افراد خانواده و یا دوستان صحبت کنند. اگر آنها از علت تنش و ناخوشی وی آگاه باشند می توانند بحث در مورد موضوعات اختلاف نظر را به زمان دیگری موکول کرده و به این ترتیب از ایجاد تقابل، جلوگیری کنند. راهبردهای کاهش تنش نیز می توانند کمک کننده باشند، به کمک مشاوره می توان مهارت های ارتباطی و نیز اعتماد به نفس بیمار را بهبود بخشید (بوذری، ۱۳۸۸).

- رژیم غذایی: کتاب های زیادی نوشته شده اند که در آنها «رژیم مخصوص PMS» شرح داده شده اند، اما تنها کمی از توصیه های آنها پایه و اساس علمی دارند. برخی تغییرات ساده در رژیم غذایی می تواند باعث تسکین علائم در زنان مبتلا به PMS شود. کاهش مصرف نمک و کربوهیدرات های تصفیه شده (احمدی، ۱۳۸۰؛ مظهري و ارزاقی، ۱۳۸۱؛ جنتی و همکاران، ۱۳۸۴؛ بوذری، ۱۳۸۸). و می تواند در برخی از زنان مانع ایجاد ادم و تورم شود. اگرچه به نظر می رسد که میان دریافت متیل گزانتین ها و درد پستان ها قبل از قاعدگی رابطه وجود داشته باشد اما شواهد موجود در این زمینه، قانع کننده نیستند (بوذری، ۱۳۸۸). با این حال درمان درد پستان ناشی

از بیماری فیبروکیستیک شامل بستن پستان ها، پرهیز از مصرف متیل گزانتین ها(قهوه، چای، شکلات، نوشابه های کولادار) است(احمدی، ۱۳۸۰).

مصرف کافئین در زنانی که علائم غالبشان شامل استرس، اضطراب و بی خوابی می شود، احتمالاً مفید خواهد بود. افزایش تعداد وعده های غذایی و کاهش حجم آنها(داوری، ۱۳۸۲؛ بوذری، ۱۳۸۸) می تواند باعث تخفیف نوسانات خلقی در برخی از زنان شود. از آنجایی که بنا به شواهد، برداشت سلولی گلوکز در دوران پیش از قاعدگی مختل می شود، می توان برای این توصیه غذایی، تا حدی پایه و اساس علمی قائل شد. بر اساس شواهد متعدد، در دوران پیش از قاعدگی، تمایل به مصرف بیش از حد الکل، معمولاً زمینه را برای بروز مشکل در ارتباط فرد فراهم می کند(بوذری، ۱۳۸۸) و این تمایل باید مذمت شود(مظهری و ارزاقی، ۱۳۸۱). در اثربخشی تجویز پیریدوکسین(ویتامین B۶) به عنوان مکمل غذایی(داوری، ۱۳۸۲)، نتایج مطالعات منتشر شده، ضد و نقیض هستند با این حال، تجویز این دارو با دوز مناسب(۱۰۰ میلی گرم در روز) در بدبینانه ترین حالت می تواند نقش یک دارونمای بی خطر را بازی کند. به بیمار باید هشدار داده شود که ویتامین B۶ ممکن است بی اثر باشد و در این حالت افزایش دوز آن به منظور بهبود کامل علایم، ممکن است منجر به ایجاد نوروپاتی محیطی شود(بوذری، ۱۳۸۸). مکمل های غذایی مثل کلسیم و روغن گل پامچال ممکن است منافع اندکی داشته باشند(دیگرسون، ۲۰۰۳).

- ورزش: فعالیت های حرکتی منظم و ورزش در فضای باز(به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه ۳ بار در هر هفته)(جنتی و همکاران، ۱۳۸۴). اثرات ورزشی در زنانی که مشخصاً علایم PMS را دارند هنوز به دقت مورد ارزیابی قرار نگرفته است. از آنجایی که ورزش باعث می شود فرد برای مدتی از محیط خانه دور باشد و بتواند خشم و احساسات تهاجمی اش را با ورزش کردن تخلیه کند، به عنوان بخشی از برنامه کلی تغییر سبک زندگی می تواند باعث کاهش تنش در فرد بشود. برخی از زنان مبتلا به PMS ابراز کرده اند که ورزش در آنها باعث احساس رهایی از تنش شده و به خواب شبانه آنها کمک می کند(بوذری، ۱۳۸۸).

- تا حد امکان ریلکس بودن و پرهیز از استرس(داوری، ۱۳۸۲).

- استفاده از روشهای مقابله با استرس(تنظیم برنامه ها از نظر زمان، شل کردن عضلانی پیش رونده و خواب و استراحت کافی و ...)(جنتی و همکاران، ۱۳۸۴).

۲-۱-۱۰-۳- درمان های دارویی : در صورت شدید بودن علائم و در صورتی که تغییر شیوه زندگی در

درمان بیماران مؤثر نباشد، می توان برای درمان علائم اختصاصی از داروهای روان گرا استفاده کرد.

داروهای ضدافسردگی^۱ SSRIS (فلوکستین، سرتالین) انتخاب اول هستند(جنتی و همکاران، ۱۳۸۴).

شایعترین اختلال روانی در مبتلایان به PMS، افسردگی می باشد که معمولاً به داروهای ضدافسردگی و روان درمانی جواب می دهد(دادخواه و همکاران، ۱۳۸۰).

هر چند این داروها عوارض جانبی متعددی دارند(عصبانیت، بی خوابی، بی قراری، تهوع، اسهال و اختلال جنسی) اما بیش تر زنان از این عوارض شکایتی ندارند. داروها باید حداقل ۲ هفته قبل از پیروزی استفاده شوند و در موارد خیلی شدید تمام طول ماه دارو استفاده می شود. در برخی زنان علائم اصلی در طول یک هفته پیش از قاعدگی عبارتند از: اضطراب، احساس فشار و بی خوابی، در این افراد می توان از داروهای ضد اضطراب مانند کلونازپام(جنتی و همکاران، ۱۳۸۴) آلپرازولام(جنتی و همکاران، ۱۳۸۴). و یا داروهای خواب آور کوتاه اثر مثل تریازولام که به تازگی به بازار آمده اند با دوزهای پایین استفاده کرد. بنابر نتایج کارآزمایی های اولیه، تجویز بوسپیرون نیز در این افراد مفید است(بوذری، ۱۳۸۸). داروهای هورمونی استروژن و قرص های جلوگیری از بارداری و در موارد خیلی شدید استفاده از داروهای مهار کننده تخمک گذاری نیز سبب کاهش علائم جسمی و روانی می شود(یائسگی دارویی)(جنتی و همکاران، ۱۳۸۴). درد پستان ها ممکن است به دنبال تجویز دانازول با دوز کم(۱۰۰ میلی گرم در روز)(احمدی، ۱۳۸۰) و تاموکسفن(۱۰ میلی گرم روزانه) نیز بهبود یابد(بوذری، ۱۳۸۸).

مصرف OCP می تواند علائم شبیه PMS ایجاد کند، اما تجویز آنها باعث بهبود علائم PMS می شود(احمدی، ۱۳۸۰). تاثیر OCP بر خلق بیمار، بیشتر از دارونما نبوده است. با این حال، تجویز OCP در بیمار مبتلا به PMS به همراه دیسمنوره یا منوراژی در مجموع، تاثیر مثبت خواهد داشت. با اینکه تجویز OCP به هیچ عنوان تضمین کننده رفع علائم PMS نیست، اما این دارو ممکن است بتواند علائم جسمی بیمار را تا حد قابل قبولی کاهش داده و کاری کند که علائم باقی مانده برای بیمار قابل تحمل شوند. در کارآزمایی های بالینی کنترل شده نشان داده شده است که OCP جدید(به نام دروسپیرنون که نوعی پروژستین جدید دارای اثرات

^۱. Specific serotonin reuptake inhibitors.

دیورتیک است) هم در بهبود علائم جسمی و هم در بهبود علائم روان شناختی PMS مؤثر بوده و باعث ارتقاء کیفیت زندگی در حیطه های مرتبط با سلامت می شود. در کارآزمایی هایی بالینی کنترل شده شواهدی مبنی بر اثربخش بودن درمان PMS با پروژستین و یا روغن نوعی گل پامچال به دست نیامده است (بوذری، ۱۳۸۸). داروهای ادرارآور Diuretic کمک به بهبود احتباس مایعات می نماید. مسکن های خاص نظیر پروفن می تواند به بهبود سردردها و سفتی عضلات کمک نماید (داوری، ۱۳۸۲).

۲-۱-۱۰-۴- درمانهای روانی : زنان دچار PMS، قبل از قاعدگی دچار وضع روانی و خلق و خوی منفی اند (ایوانز، ۱۹۹۹). حمایت روانی از بیمار به اندازه دارو برای درمان PMS اهمیت دارد. تکنیک های رفتاری و گروه درمانی می توانند کمک کننده باشند (احمدی، ۱۳۸۰). درمان های شناختی، نوردرومانی، تشویق و حمایت های روانی نیز می تواند مفید باشد (جنتی و همکاران، ۱۳۸۴).

راهنمادهای کاهش تنش نیز می توانند کمک کننده باشند. به کمک مشاوره می توان مهارت های ارتباطی و نیز اعتماد به نفس بیمار را بهبود بخشید. در کارآزمایی های کوچکی که شرکت کنندگان آنها بیمارانی با انگیزه قوی برای بهبودی بوده اند، مشخص شد که رفتار درمان شناختی می تواند منجر به بهبود پایدار علائم PMS شود. این روش درمانی عملاً نیاز به مشاوران ماهر داشته و بیماران شرکت کننده باید انگیزه کافی برای شرکت در جلسات متعدد درمانی را داشته باشند، از این رو موارد استفاده بالینی از آن محدود هستند (بوذری، ۱۳۸۸).

در اغلب موارد، بیماران هنگامی که به پزشک مراجعه می کنند به طور کامل بر روی شکایاتی که در دوره پیش از قاعدگی رخ می دهند، متمرکز می شوند. از طریق بررسی موشکافانه شیوه زندگی، ارتباطات و واکنش های متقابل، می توان کانون توجه بیمار را از سندرم پیش از قاعدگی به طرف مسائل زمینه ای که عامل مشکلات و از دست رفتن کنترل هستند، سوق داد (قاضی جهانی، ۱۳۸۰).

۲-۱-۱۰-۵- درمان جراحی : هنگامی باید به روشهای جراحی فکر کرد که روش های طبی، شکست خورده باشند. در کارآزمایی های بالینی به وضوح مشخص شده است که درمان های جراحی مانند برداشتن رحم یا برداشتن تخمدان ها در درمان PMS مؤثر هستند (بوذری، ۱۳۸۸).

۲-۲- مدل شناختی - رفتاری افسردگی

مدل شناختی - رفتاری در اصل بر اساس فرمولاسیون ویژگی های بالینی که باعث تداوم اپیزود فعلی اختلال افسردگی می شود بنا نهاده شده است؛ به عبارت دیگر عواملی که مانع بهتر شدن بیمار می شود (بک^۱، ۱۹۷۶). هنگامی که بیماران از نشانگان افسردگی بهبودی می یابند، عوامل را انداز آخرین عود بعنوان برنامه ایی برای جلوگیری از عود بعدی، مورد بررسی قرار می گیرند. مهم ترین مزیت تجربی درمان شناختی - رفتاری که از این مدل استفاده می کنند؛ نسبت به درمان دارویی ضد افسردگی و حمایت بالینی؛ در دستاوردهای درمانی به ویژه هنگامی که درمان دارویی به بهبودی نسبی می رسد و جلوگیری از عود بیشتر است (باکتنینگ^۲، شین^۳ و اسپین هوون^۴، ۲۰۰۵).

رویکرد (پنج حیطه ای^۵) نشانگان فعلی و مشکلات مرتبط با تشخیص طبقه ای اپیزود افسردگی را بررسی می کند. اگرچه این مدل به منظور مدیریت بیماری با اپیزود افسردگی تنظیم شده است اما باید در نظر داشت که تمام تجارب و مشکلات هر فردی با هر مشکلی را می توان از این رویکرد بررسی کرد. از لحاظ نظری، هرگونه پیشرفتی در عوامل نگهدارنده و در هریک از چهار حیطه (رفتاریف شناختی، جسمانی و اجتماعی) باعث پیشرفت در حیطه پنجم (خلق) می شود. در کار بالینی، کار با شناخت بیماران مبتلا به اپیزود افسردگی شدید ممکن است بسیار مشکل باشد، به همین دلیل، کار کردن با این مدل ممکن است در ابتدا محدود به سایر حیطه ها شود (ویلیامز^۶، ۲۰۰۱).

- رفتارها

رفتارها شامل فعالیت های غیرمفیدی مانند نوشیدن الکل (که اثری افسرده کننده روی مغز دارد) و فعالیت هایی که بیمار انجام نمی دهد یا از آن ها اجتناب می کند (برای مثال اجتناب از روابط اجتماعی) می شود. علاوه بر این، رفتارها شامل فعالیت هایی می شود که از طریق آن ها خلق منفی به راه می افتد (هرگونه هیجان منفی از

¹Beck, A

²Bockting

³Schene

⁴Spinhoven

⁵Five area

⁶Williams

قبیل افسردگی، اضطراب، بی‌قراری). برای مثال، حل مساله رویکردی است که در آن یک مشکل عمومی (برای مثال مشکل زوجی) ابتدا به شکل محدودتری تعریف و تحلیل می‌شود (برای مثال، همسر همیشه دیر از کار بر می‌گردد) و در ادامه گزینه‌های خودساخته‌ایی برای مدیریت مشکل، تلاش برای مدیریت مشکل و بررسی اثرمندی آن‌ها دنبال می‌شود. در مجموع، واکنش‌های رفتاری، رفتارهای ریسک‌پذیر و یا اجتنابی مانند کاری نکردن یا بدتر شدن افسردگی ارتباط برقرار پیدا می‌کند. در مقابل برگرداندن توجه و حل مساله نشانگان افسردگی را بهبود می‌دهد (دونالدسون^۱ و لام^۲، ۲۰۰۴).

- شناخت‌ها

پنج دسته شناخت‌های غیر مفید وجود دارد:

- باورهای اتوماتیک منفی - تصاویر اتوماتیک منفی - خاطرات اتوماتیک منفی - فرضیه‌ها - اسکیم‌ها

- باورها و تصاویر اتوماتیک منفی: این باورها و تصاویر سریعاً در پاسخ به وقایع بیرونی از قبیل اظهار نظرهای دیگران یا وقایع درونی از قبیل سایر شناخت‌ها در ذهن بیمار به راه می‌افتند و تحت کنترل فرد نیستند. با این وجود، این تصاویر و باورهای بسیار منفی هستند و در درمان شناختی - رفتاری بیمار یاد می‌گیرد که تعبیرهای منطقی یا مثبت‌تری برای آن‌ها پیدا کند (دونالدسون و لام، ۲۰۰۴).

- خاطرات اتوماتیک منفی: خاطرات منفی ناشی از حوادث تروماتیک گذشته که برای شخص افسرده اتفاق افتاده‌اند (خاطرات اتوبیوگرافیک منفی) به سرعت دسترس‌پذیر هستند. علاوه بر این بیمار ممکن است جزئیات دقیق حادثه تروماتیک را به خاطر نداشته باشد (خاطرات اتوبیوگرافیک منفی فراگیر) (دونالدسون و لام، ۲۰۰۴).

فرضیه‌ها: فرضیه‌های مجموعه‌ای از قوانین یا قواعد هستند که در ذهن بیمار پیش‌بینی می‌کنند که هرچیز چگونه پیش خواهد رفت (برای مثال اگر کسی با من مجادله کند پس از آن مرا دوست نخواهد داشت).

¹Donaldson

²Lam

باورها و تصاویر اتوماتیک منفی از این فرضیه ها نشأت می گیرند و فرضیه ها خود از دل اسکیمای بیرون می آیند (دونالدسون و لام، ۲۰۰۴).

- اسکیمایها: باورهای هسته ای اساسی درباره ارزش شخص هستند که دو بخش متضاد هم قرار می گیرند (برای مثال من دوست داشتنی نیستم یا من دوست داشتنی هستم). در اختلال افسردگی یا کلاً اختلالات روانی، تمایل بیشتری به دسترس پذیری به اسکیمای منفی تر وجود دارد (برای مثال بیشتر اسکیمای من دوست داشتنی نیستم و کمتر اسکیمای من دوست داشتنی هستم) (یانگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

از لحاظ تجربی، بیماران افسرده در مرحله بهبودی نسبت به افراد سالم آسیب پذیریهایی شناختی زیر را بیشتر داشته که آنها را در معرض احتمال بیشتر عود افسردگی قرار می دهد:

- اعتماد به نفس پایین و متغیر که دسترس پذیری سریع به فرضیه های ناکارآمد در مورد توانمندی های خود (خود پیروی) و پذیرش از طرف دیگران (جامعه پذیری) را هموار می کند.

- الگوی تفکر منفی گرایانه تر در ارتباط با افکار اتوماتیک منفی (برای مثال، خاطرات اتوبیوگرافیک منفی سریع تر و فراگیرتر، الگوی تفکر سیاه و سفید).

- در مقابل استرس های زندگی، مسئولیت پذیری کامل و سریعی برای پذیرفتن نقش خود در عواقب منفی این استرس ها دارند.

- مهارت کم در به گارگیری روش های کنترل خلقی منفی (مهارت کمتر در حل مساله برای مشکلات بین فردی یا تمایل به نشخوار فکری مسائل) (دونالدسون و لام، ۲۰۰۴).

عود افسردگی به این دلیل اتفاق می افتد که وقایع راه انداز روانشناختی، اجتماعی و یا سایر راه اندازها با آسیب پذیری شناختی بیمار آسیب پذیر به افسردگی برخورد می کند؛ بیمار منابع روانشناختی کنار آمدن با آن ها را ندارد؛ و قادر نیست خلق منفی به راه افتاده ناشی از این فرآیند را کنترل کند. به این ترتیب آستانه عود افسردگی پایین می آید (آرنتز و جیکوب، ۲۰۱۳).

^۱Young, J, E

۲-۲-۱- مدل وقایع زندگی و حمایت اجتماعی افسردگی

این مدل در واقع، بعد اجتماعی افسردگی در رویکرد پنج حیطه ای است (ویلیامز، ۲۰۱۱). به عبارت دیگر، این قسمت به معنای فرمول پردازی افسردگی از دیدگاه خود بیمار است. نکته اصلی این است که وقایع زندگی و مشکلات آن برای هر فرد در زمینه زندگی خودش، معنایی دارد. برای مثال یک حادثه در زندگی مانند طلاق یا از دست دادن شغل برای یک فرد فاجعه و برای شخص دیگری یک مساله سطحی و یا حتی یک حادثه مثبت باشد) مثلاً باعث فرصت های بهتر می شود). وقایع زندگی، وقایع جدید و لحظه ایی و مشکلات زندگی مشکلات مزمن زندگی هستند. اهمیت بالینی وقایع و مشکلات زندگی از یک دیدگاه ارزیابی زمینه ایی به این عوامل بستگی دارد:

- معنای واقعه برای بیمار (بر اساس ادراک آنها از مشکلات کودکی، موقعیت کنونی، معمولاً از روی شرایط اجتماعی و تجارب گذشته افراد قابل پیش بینی است).

- شدت عواقب درک شده

- اثرات خطی واقعه یا مشکل (اثرات بلند مدت آن واقعه یا مشکل در طول زمان).

- توانایی بیمار یا دیگران در کنترل یا تعدیل اثراشان (براون^۱ و هریس^۲، ۱۹۷۸).

۲-۲-۲- حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی خوب نوعی مانع در مقابل وقایع و مشکلات منفی زندگی می شود و نه تنها احتمال عود افسردگی را کاهش می دهد بلکه اثرات منفی آن ها را نیز کاهش می دهد (برای مثال ریسک خودکشی) (هریس، بروان و رابینسون، ۱۹۹۹). فقدان حمایت اجتماعی یا حتی حمایت اجتماعی بد، احتمال عود خودکشی و عواقب بد آن را افزایش می دهد. هیجان های زیاد ابراز شده و دوره های بلند مدت ارتباط با افراد مهم منتقد، آسیب رسان و خصومت طلب (برای مثال، اعضا خانواده، هم گروه ها، همکاران، ...) نوعی حمایت اجتماعی بد یا آسیب رسان تلقی می شود. علاوه بر این، تعبیر حمایت اجتماعی به زمینه و نظرات شخصی خود

¹Brown

²Harris

فرد، بستگی زیادی دارد. برای مثال، حمایت اجتماعی مناسب می تواند از یک شخص مهم یا بیشتر، شبکه دوستان و اعضای خانواده یا بر حسب شرایط زندگی از منابع دیگر فراهم شود. احساس داشتن حمایت اجتماعی حتی مهم تر از وجود داشتن واقعی آن است. حمایت اجتماعی در مجموع باید هم عملی و هم احساسی؛ و هم قبل از زمانی که ضروری شود و هم در زمان بحران در دسترس باشد (هیل^۱، پیکلز^۲، رولینسون^۳، دیویس^۴ و بیات^۵، ۲۰۰۴).

۲-۳-۲- مدل مداخله دارویی

در مدل عوامل روانشناختی اثرگذار در برنامه دارودرمانی، نگرش بیمار به بیماری اش (باورهای بیمار در رابطه با بیماری و تجربه ای که وی از آن دارد)، نقش مهمی دارد. عواملی که در ادامه ارائه می شوند، همگی دارای اهمیت هستند: دریافت بیماری از این که نشانگانی دارند؛ این که این نشانگان به معنای یک اختلال روانی است؛ این که اختلال روانی برای او و دیگران مشکلاتی به همراه دارد؛ نگرش بیمار به این که دارودرمانی مثمرتر است؛ اینکه دارودرمانی عوارض جانبی نداشته باشد که به فواید آن پیشی بگیرد؛ و اینکه بیمار به دارودرمانی برای کنترل نشانگانش بیش از سایر انواع درمان ها اعتقاد داشته باشد. این عوامل بسیار تحت تاثیر تجارب گذشته بیمار با بیماری اش و به ویژه ارتباط فعلی با تجویزکننده دارو قرار دارد. اگر تجویزکننده دارو قابل اعتماد و مایل به خوب شدن بیمار ادراک شود، باورهای بیمار درباره بیماری اش و دارودرمانی نیز تحت تاثیر این ارتباط قرار می گیرد (لینگام^۶ و اسکات^۷، ۲۰۰۲).

۲-۲-۴. رویکرد روانپویشی

اخیرا گابارد^۸ و همکاران (۲۰۰۲) ف به نقل از بوش و همکاران، (۲۰۰۴) معتقدند که روان درمانی روانپویشی باید بعنوان رهیافتی برای کاهش این آسیب پذیری ها بررسی و در نظر گرفته شود. روان درمانی روان

¹Hill

²Pickles

³Rollinson

⁴Davis

⁵Byatt

⁶Lingam

⁷Scott

⁸Gabbard GO

پویشی به کشف تعارضات درونی، مسائل ناهشیاری و جنبه های هیجانی و عاطفی می پردازد که اغلب در درمان های شناختی-رفتاری، بین فردی و دارویی مورد توجه قرار نمی گیرند (بوش و همکاران، ۲۰۰۴).

موثر بودن روان درمانی روان پویشی در تلاش های کنترل شده دارونما، نشان داده نشده است، اگر چه گزارش های موردی زیادی از درمان های موفق افسردگی که این رهیافت را بکار بسته اند، وجود دارد (آبراهام^۱، ۱۹۱۱؛ آریتی^۲ و بمپوراد^۳، ۱۹۷۸؛ آچ^۴، ۱۹۶۶؛ جاکوبسن^۵، ۱۹۷۱؛ استون^۶، ۱۹۸۶، همان منبع) که ملاک های تشخیصی و بهبود نشانه ای به خوبی مستند نشده اند. با این وجود چندین مطالعه اخیر تلاش های نظام داری برای سنجش تاثیر درمان های روان پویشی برای افسردگی داشته اند (گابارد، ۲۰۰۰). برای مثال گالاگر-تامپسون^۷ و استیفن^۸ (۱۹۹۴) دریافتند که روان درمانی روان پویشی با درمان شناختی-رفتاری در کاهش نشانه های افسردگی در مراقبین اعضای خانواده سالخورده، قابل مقایسه است. شاپیرو و همکاران (۱۹۹۴، ۱۹۹۵) درمان شناختی-رفتاری را با درمان بین فردی-روانپویشی مقایسه کردند و دریافتند که دودرماندراثربخشیرابر هستند. هیلشنروث^۹ و همکاران (۲۰۰۳) کاهش معناداری در نشانه های افسردگی با درمان روان پویشی و یک تقلیل نشانه که با استفاده از تکنیک های درمان روان پویشی همبسته بود، یافتند (به نقل از همان منبع).

نظریه روان پویشی در مورد افسردگی به کشف پویایی های افسردگی از جمله پذیری خودشیفته وار^{۱۰}، خشم معطوف به خود^{۱۱}، شرم و احساس گناه نائل گشته است، از این رو خیلی محتمل است که درمان برخاسته از نظریه روان پویشی برای دامنه ای از اختلالات افسردگی و سندرم های خرده بالینی افسردگی^{۱۲}، سودمند باشد، اگرچه که در غیاب تحقیقات نظامدار نمی توانیم درباره اختصاصی بودن این پویایی ها یا اثربخشی این رهیافت در اختلالات افسردگی، اظهار نظر کنیم.

¹Abraham K

²Arieti S

³Bemporad J

⁴Asch S

⁵Jacobson E

⁶Stone L

⁷Gallagher-Thompson D

⁸Steffen AM

⁹Hilsenroth MJ

¹⁰ narcissistic vulnerability,

¹¹ self-directed rage

¹² subclinical depressive syndromes

براساس تجربه بالینی این رهیافت بطور عمده در بیمارانی با اختلالات دیس تایمی و افسردگی اساسی معتدل یا خفیف توصیه شده (بوش و همکاران، ۲۰۰۴). هرچند که اعتقاد بر این است بیماران با اختلال دو قطبی و اختلال افسردگی اساسی شدید نیز، زمانی که نشانه هایشان به طور کافی با دارو درمانی کنترل شده است ممکن است به واسطه روان درمانی روان پویشی، یاری شوند (همان منبع). خیلی محتمل است که محتوای خیالی^۱ و عاطفی افسردگی به این درمان پاسخ دهد، اگرچه که نشانه های نباتی نیز در بعضی مواقع به همین نحو پاسخ می دهند (همان منبع).

۳-۲. موضع گیری های نظری درخصوص اضطراب

۳-۲-۱. تعاریف اضطراب

اضطراب شامل احساس عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است. به طور کلی اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلوپسی است که با یک یا چند حس جسمی مانند احساس خالی شدن سر دل، تنگی قفسه سینه، طپش قلب، تعریق، سردرد و غیره همراه است. اضطراب عبارت است از یک احساس ناراحت کننده و مبهم ترس، وحشت، یا خطر با منشاء ناشناخته که بر فرد مستولی می گردد. برای بعضی از افراد این حالت ممکن است ناگهانی روی دهد و بر طرف شود، اما برای بعضی دیگر این حالت به صورت مزمن درمی آید. بر اساس نظریه تحلیل روانی مهمترین عاملی که علت تمام بیماریهای روانی محسوب می شود، اضطراب است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷).

اضطراب، هشدار است که فرد را گوش به زنگ می کند یعنی به فرد هشدار می دهد که خطری در راه است و باعث می شود که فرد بتواند برای مقابله با خطر، اقداماتی به عمل آورد. اضطراب در پاسخ به تهدیدی پیدا می شود که نامعلوم، درونی و مبهم است و یا از تعارض منشا گرفته است (دادستان، ۱۳۸۶).

اضطراب عبارت است از احساسی از انتظار «امانه از روی اطمینان» برای رویدادهای نا خوشایند؛ این احساس تجربه یک ترس مبهم در غیاب خطر بلافصل خارجی است. افرادی که دارای شخصیت مضطرب می باشند برای ابتلای به روان نژندی اضطراب استعدادی بیشتری دارند. این افراد معمولاً عصبی و مستعد برای نگرانی هستند و

^۱ideational

بیش از حد محافظه کارند. از نظر سیمای بالینی نیز بیمار ناراحت و بیمناک است و قادر به تمرکز نبوده و فراموشکار نیز می باشد و بیخوابی همراه با رویاهای ناخوشایند دارد و از کابوسهای شبانه شکایت می کند، ولی ممکن است ترس از یک موقعیت را تجربه کنند که نشانه های جسمانی آن عبارتند از تپش قلب، فشار خون، فشار قفسه سینه، ناراحتی شکم، خستگی و تاری دید. بیمار نگاهی نگران دارد و ممکن است با لکنت زبان نیز صحبت کند (سایپنگتون، ۱۳۸۵).

از نظر پزشکی اضطراب را می توان نوعی نا آرامی، هراس و ترس ناخوشایند همراه با احساس قریب الوقوع ترس که منبع آن قابل شناخت نیست دانست. اضطراب حالت بیمار گونه شخصی همراه با احساس بیم و نگرانی و نشانه های جسمی حاکی از وجود دستگاه عصبی اتونومیک بیش فعال است. اضطراب یک حالت هیجانی است که از خصوصیات بر جسته آن تولید یک حالت بی قراری و دلواپسی است که با اتفاقات زمان و مکان تناسب ندارد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷).

فروید اضطراب را (درد روانی) نامیده است. یعنی به همان صورت که اگر بدن دچار زخم، التهاب و بیماری گردد، اولین نشانه آن به صورت تب ظاهر می شود. اگر فرد از نظر روانی دچار مساله و مشکل شود، اولین نشانه آن به صورت اضطراب جلوه گر می شود. اضطراب هم علت محسوب می شود هم معمول یعنی علت بسیاری از ناراحتیهای روانی اضطراب است. همچنین هر گاه شخصی با یک مساله و مشکل روانی مواجه گردد که موجب به هم خوردن تعادل روانی گردد، احساس اضطراب می کند (اتکینسون و هیلگارد، ۱۳۸۵).

فروید اضطراب را به سه نوع تقسیم کرده است: الف) اضطراب واقعی هنگامی تجربه می شود که شخص با خطرات یا تهدیدهای بیرونی مواجه باشد. ب) اضطراب نوروپاتیک، زمانی بروز می کند که تکانه های نهاد موجب تهدید فرد در برابر قطع کنترل من و ظهور رفتارهایی که منجر به تنبیه می شوند، گردند و ج) اضطراب اخلاقی، وقتی ظاهر می شود که فرد عملی بر خلاف وجدان اخلاقی یا ارزشهای اخلاقی خویش انجام داده یا وقتی در نظر دارد انجام بدهد به این دلیل احساس گناه می کند. منبع اضطراب هر چه باشد تجربه ای بسیار خطرناک است و فرد برای آنکه آن را تجربه نکند تقریباً به هر عملی متوسل می شود (دادستان، ۱۳۸۶).

بر خلاف ترس که معمولاً پاسخی است به یک تهدید معلوم و شناخته شده، اضطراب احساسی است نا مشخص از تشویش و ناراحتی در پاسخ به خطر ناشناخته. اضطراب روانی درونی است و شخص را نسبت به تهدیدهای

نامعلوم و مبهم گوش به زنگ و آگاه می سازد و او را وا می دارد تا بر علیه آن عملی دفاعی انجام دهد . مکانیزمهای دفاعی ، تدبیر های نا خود آگاه «من» هستند که فرد برای مقابله با اضطراب و حفظ خویش از خطرات آن را به کار می گیرد(میلانی فر، ۱۳۸۶).

فروید معتقد است که غریزه همیشه در حال فشار آوردن برای ارضا شدن عمل می کند. در مقابل محرمات جامعه سعی در محدود کردن ارضا دارند، لذا فعالیت های دفاعی به وجود می آید و تمام رفتارها توسط غرایز بر انگیخته می شود، پس همه ی رفتارها از این نظر علیه اضطراب با شدتهای مختلف در افراد مختلف دفاع می کنند.وی چندین مکانیزم دفاعی را اصل مسلم می دانست و اعلام نمود که ما به ندرت فقط از یکی از آن ها استفاده می کنیم و در مقابل اضطراب ممکن است از چندین مکانیزم دفاعی به طور همزمان استفاده کنیم، لذا ممکن است تداخل بین مکانیزمها به وجود آید. با اینکه مکانیزمها از نظر خصوصیت فرق می کنند ولی دارای دو ویژگی مشترک هستند؛ اول اینکه آن ها انکار تحریفی واقعی دارند و دوم اینکه آن ها به صورت غیر هشیار عمل می کنند و ما از وجود آن ها آگاه نیستیم، بدان معنی که در سطح هشیار، تصاویر ذهنی تحریف می شود و یا به صورت غیر واقعی از خود و از محیط مان در ذهن ایجاد می شود(بندورا، ۱۹۷۵).

۲-۳-۳. علایم شایع اضطراب

- تغییرات خلقی ، کاهش فرآیند یادگیری و کاهش میل جنسی اگر اضطراب در حد بالا باشد.
- احساس اینکه یک اتفاق نامطلوب یا زیانبار به زودی رخ خواهد داد.
- کاهش شناخت واقعی از محیط.
- خشک شدن دهان، مشکل در بلع، خشونت صدا، تند شدن تنفس و ضربان قلب، تپش قلب و عرق کردن.
- حالت لرزش یا پرش عضلات، انقباض عضلات، احساس دردهای عصبی در حفره شکم.
- عصبی بودن، آرام و قرار نداشتن.
- احساس خستگی و تنش توامان.
- سرگیجه، تکرر ادرار، بی حالی و تنگی نفس.
- بی خوابی، اشکال در تمرکز حواس و گوش به زنگ بودن(کاپلان و سادوک، ۱۳۸۷).

۲-۳-۴. انواع اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی وقتی اتفاق می‌افتد که افراد علائم اضطراب را داشته باشند. در واقع اختلالات اضطرابی با روابط معمولی افراد و فعالیت‌های روزمره آن‌ها تداخل می‌کند. همچنین زنان دو برابر مردان مستعد ابتلا به این اختلالات می‌باشند. اختلالات اضطرابی انواع مختلف و متنوعی دارد که هر فردی ممکن است به یک یا چند نوع از این اختلالات مبتلا باشد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷).

۲-۳-۵. علل اضطراب

اضطراب می‌تواند ناشی از یک وضعیت روانی- اجتماعی، فیزیکی، زیست‌شناختی، اختلالات طبی، اثرات جانبی داروها و یا ترکیبی از این موارد باشد. هنر یک پزشک در این است که اضطراب فرد را در مجموعه‌ای از این عوامل تشخیص دهد (دادستان، ۱۳۸۶).

به طور خلاصه عوامل اضطراب را می‌توان به صورت زیر فهرست کرد:

- وضعیت روانشناختی فرد و انگیزه‌های ناخودآگاه.
- ناتوانی فرد در مقابله با فشارهای محیطی مانند کار، ازدواج و مبادلات بازرگانی.
- احساس جدایی یا طرد شدن.
- احساس فقدان یا از دست دادن حمایت‌های عاطفی مثل مرگ همسر.
- تغییرات ناگهانی محیطی یا حوادث غیرمنتظره و خطرناک از قبیل حوادث طبیعی مثل زلزله.
- یادگیری در منزل و محیط مثل یادگیری اضطرابها و ترسهای والدین.
- افکار و عقاید غیرمنطقی، غلط و اغراق‌آمیز در مورد خطرات موجود در موقعیتها مثل اضطراب امتحان که همراه با افکار و عقاید غلوآمیز می‌باشد.
- اضطراب ناشی از یک بیماری طبی.
- اضطراب ناشی از مصرف یا ترک داروها.
- اضطراب ناشی از مصرف مواد مخدر مثل کوکائین (دادستان، ۱۳۸۶).

۲-۳-۵-۱. علل ژنتیکی

اضطراب اغلب از زمان کودکی و طفولیت شروع می‌شود. بنابراین تشخیص علائم زود هنگام این اختلالات از اهمیت خاص کلینیکی برخوردار است. مطالعات در این زمینه روی دو قلوهایی که پدر و مادر مضطرب داشتند شروع شده و ثابت شده است که اختلالات اضطرابی به شدت در فرزندان دوقلوی والدین مضطرب، حتی آنانکه در محیطهای مختلف بزرگ شده‌اند، بیشتر است. در این زمینه ژنهای مخصوصی که واسطه‌های شیمیایی مجزایی را تولید می‌کنند شناخته شده است (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۷).

۲-۳-۵-۲. فعل و انفعالات شیمیایی مغز

انواع و اقسام بیماریهای طبی می‌توانند علائمی شبیه علائم اختلالات اضطرابی ایجاد کنند.

- پرکاری تیروئید، کم‌کاری تیروئید و کمبود ویتامین ب۱۲.
- غده‌ای در غده فوق کلیوی به نام فنوکروموسستیوم، هورمون اپینفرین (Epinephrin) تولید می‌کند که می‌تواند موجب علائم اضطرابی به صورت حمله‌ای شود.
- برخی ضایعه‌های مغزی علائمی ایجاد می‌کنند که شبیه علائم اختلال وسواس عملی است.
- بی‌نظمیهای قلبی علائم جسمی اختلال هراس (پانیک) را ایجاد می‌کند.
- کمبود قند خون (هیپوگلیسمی) می‌تواند علائمی شبیه علائم اختلال اضطرابی تولید کند.
- اثرات مصرف داروهای روانگردان و مواد مخدر (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۷).

۲-۳-۶. درمان اضطراب

در درمان اضطراب دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد که به اختصار به صورت زیر است:

۲-۳-۶-۱. دیدگاه روان تحلیلی یا روانکاوی

در این دیدگاه به بیمار کمک می‌شود تا به تجزیه و تحلیل رفتار خود و عوامل درونی آن بپردازد و بدین طریق با آگاهی از چهره‌ی واقعی و شخصیت حقیقی خود بتواند به سمت اصلاح پیش برود. با توجه به اینکه منبع اساسی اضطراب در «ناخودآگاه» فرد قرار دارد، لذا جهت دستیابی به آن از راه‌های مختلفی از جمله تداعی آزاد، تجزیه و

تحلیل رؤیاها، تلقین در خواب مصنوعی و تجزیه و تحلیل اعمال سهوی، لغزش‌ها، شوخی‌ها و انواع فراموشی‌ها می‌توان استفاده کرد. اساس کار در معاجله و درمان، کار بر روی انتقال‌ها و مقاومت‌هاست (شاپیرو، ۲۰۱۰).

۲-۳-۶-۲. شناخت درمانی

شناخت درمانی با استفاده از نظریات شناختی سعی در بیان و تفسیر اضطراب و چگونگی تسکین و درمان آن دارد. طرفداران شناخت درمانی معتقدند؛ اضطراب زائیده افکار و باورهای غیرمنطقی فرد است، لذا لازم است همراه با سیر درمان، جهت اصلاح تفکر و تغییر رفتار از راه ایجاد تفکر عقلانی و استدلال‌های منطقی نیز اقدام شود (شاپیرو، ۲۰۱۰).

فنونی که در دوران بازسازی شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد به سه طریق است:

الف - فنون بازسازی شناختی: این تکنیک توجه بیمار را به سوی افکار غیرواقعی که موجب رفتارهای غیرانطباقی او هستند جلب می‌نماید. مراجع افکار غیرمنطقی خود را با یاری درمانگر بررسی می‌کند و به تجدیدنظر در آن‌ها می‌پردازد. در طی جلسات درمان سعی می‌شود، مراجع این نکته را به خوبی دریابد که چگونه باورهای غیرمنطقی، رفتار و هیجانات او را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند و دیگر اینکه چگونه می‌تواند از خود و دیگران ارزیابی واقعی‌تری به عمل آورد (شاپیرو، ۲۰۱۰).

ب - فنون بازسازی فکر: در این روش از مراجع خواسته می‌شود که ذهن خود را به افکار اضطراب مشغول دارد. همزمان با این کار درمانگر با صدای بلند می‌گوید «بس!» و بدین ترتیب به فرد آموخته می‌شود که خود می‌تواند گاهی با عوض کردن فکر مانع اضطراب خود شود (شاپیرو، ۲۰۱۰).

ج - فنون مرور شناخت: در این روش، فرد سعی می‌کند که در ذهن خود یکسری روش‌های انطباقی با موقعیت‌های مشکل‌زا و اضطراب‌برانگیز را مرور نماید (شاپیرو، ۲۰۱۰).

۲-۳-۳. پدیدارشناسی

در این شیوه، اساس کار «مشاوره مراجع محوری کارل راجرز» است. در درمان مراجع محوری تشخیص معنا و مفهومی ندارد و عملی غیرعقلانه است. در جریان درمان به فرد امکان داده می‌شود تا پاره‌ای از تجربیاتی را که در گذشته به واسطه تهدیدآمیز بودنشان برای «خود» انکار یا تحریف شده‌اند، دوباره به تجربه درآیند. پس از جذب تجارب تحریف شده است که مراجع قادر می‌شود مسایلی را ببیند و دریابد که تا قبل از آن قادر به دیدن و درک آن‌ها نبود. مسایلی که ندیدن آن‌ها علت اساسی اضطراب و مشکلات وی بوده است (بالوم، ۱۳۹۰).

۲-۳-۴. رفتار درمانی

طبق دیدگاه رفتاردرمانی اضطراب مانند بسیاری از رفتارهای دیگر نتیجه یادگیری و یا تصور در یادگیری پاره‌ای از طرح‌های رفتار مناسب است. از این رو، رفتار درمانی تلاشی در جهت تسهیل فرایند یادگیری‌های تازه در زمینه حرکتی - شناختی و عاطفی است (قاسم‌زاده، ۱۳۹۰).

۲-۴- درمان شناختی رفتاری (C.B.T):^۱

در اواخر دهه پنجاه میلادی در کشورهای غربی مطرح شد و برای درمان بسیاری از مشکلات روان شناختی و اختلالات روانپزشکی، از کنترل خشم و اختلالات اضطرابی و خلقی گرفته تا درمان اسکیزوفرنی به کار می‌رود. یافته‌های علمی متعددی که طی این سال‌ها به دست آمده، شناخت درمانی را به عنوان روش کارآمد در درمان برای بسیاری از مشکلات روان شناختی و اختلالات روانپزشکی مطرح کرده است. همان‌طور که اویی^۲ در کتاب خود در سال ۱۹۹۸ مطرح کرده است، شناخت درمانی، نه تنها در کشورهای غربی پذیرفته شده و به کار می‌رود، بلکه در کشورهای آسیایی به خصوص چین، هند، پاکستان، تایلند و اندونزی نیز جایگاه ویژه‌ای یافته است. واقعیت این است که برای کاربرد شناخت درمانی در آسیا، مشکلات فلسفی، فرهنگی و سیاسی بسیاری وجود دارد. با وجود این، یافته‌های به دست آمده (هرچند در حد آزمایشی) به طرز امیدوار کننده‌ای نشان دهنده موثر بودن آن هستند. در حال حاضر متخصصان بالینی و پژوهش‌گران، بر اساس یافته‌های علمی پذیرفته‌اند که

^۱. Cognitive-behaviour therapy

^۲. Oei

شناخت درمانی به عنوان یک رویکرد روان درمانی کارآمد مبتنی بر شواهد، در کاهش رنج افراد و مشکلات روانی، مؤثر است (فری، ۱۳۸۴).

شناخت ها به عنوان ساختاری از دانش یا باورها و مجموعه راهبردهای بهره گیری از این اطلاعات به شیوه ای انطباقی محسوب می شوند. در عمل، فرض بنیادین شناخت درمانی این است که شناخت ها بر هیجانات و رفتارها تأثیر می گذارند. به علاوه، اعتقاد بر این موارد فرض های مهمی هستند که تغییر شناختی را به مشابه پیش نیاز بهبودی تعیین می کنند (یعقوبی و کریمی، ۱۳۸۹).

- شناخت درمانی نه تنها در کشورهای غربی پذیرفته شده و به کار می رود، بلکه در کشورهای آسیایی نیز جایگاه ویژه ای یافته است. واقعیت این است که برای کاربرد شناخت درمانی در آسیا، مشکلات فلسفی، فرهنگی و سیاسی بسیاری وجود دارد. با این حال، یافته های به دست آمده به طرز امیدوار کننده ای نشان دهنده موثر بودن آن هستند. در حال حاضر متخصصان بالینی و پژوهش گران براساس یافته های علمی پذیرفته اند که شناخت درمانی به عنوان یک رویکرد روان درمانی کارآمد مبتنی بر شواهد^۱، در کاهش رنج افراد مؤثر است (همان منبع).

- نقطه ثقل مدل شناخت درمانی این نکته است که ذهن انسان پذیرنده منفعل تاثیرات و احساسات بیولوژیک و محیطی نیست، بلکه افراد فعالانه در شکل دهی به واقعیت مشارکت دارند (همان منبع).

- شناخت درمانی بر مدل پردازش اطلاعات استوار است و می گوید «هنگام مواجهه با ناراحتی های روان شناختی، نحوه تفکر فرد انعطاف پذیر و تحریف شده تر می شود، قضاوت او بیش از حد تعمیم یافته و مطلق می گردد و باورهای پایه ای فرد درباره خود و دنیا قطعی و تثبیت شده می شود» (وایسار^۲، ۱۹۹۶: ۱۸۸). فرد در چارچوب یک ذهن آرام و منطقی، ارزیابی ها و برداشت های خود از یک رویداد را بررسی می کند تا به اطلاعات صحیح و روشن دست یابد. وقتی که فرد از نظر هیجانی آشفته و ناراحت است، به دلیل سوگیری های منفی که به ذهن خود راه می دهد، معمولاً اطلاعات ورودی را تحریف می کند و به همین دلیل انعطاف ناپذیر شده و دست به تعمیم بیش از حد می زند (یعقوبی و کریمی، ۱۳۸۹).

^۱. evidence based

^۲. Weishar

- شناخت درمانی برای تعیین اختلالات هیجانی مدل تک بعدی ارائه نمی دهد که در آن یک فکر یا باور منفی درباره یک رویداد منجر به یک احساس یا پاسخ فیزیولوژیک شده و به دنبال آن رفتار ایجاد گردد. هریک از این عناصر می توانند در یک چرخه تعاملی، سایر عناصر را تحت تاثیر قرار دهند. گرین^۱ و پادسکی (۱۹۹۵) معتقدند که درک چگونگی تعامل این پنج جنبه از تجارب زندگی فرد با یکدیگر، به او کمک می کند تا مسئله ای را بهتر بفهمد (همان منبع).

- در شناخت درمانی، مسیر متداول برای آغاز حل مسئله این است که فرد، افکار و باورهای ناکارآمد خود را شناسایی کرده و تغییر دهد، زیرا این افکار و باورها بر چهار جنبه تجارب زندگی تأثیر مهمی دارد. مطلب مهم در شناخت درمانی این است که تغییرات شناختی برای تغییر فرآیندهای انسان اهمیت زیادی دارند (کلارک^۲ و استیر^۳، ۱۹۹۶). بنابراین اگر بهبود رفتاری و هیجانی به دست آید و اگر به شکل ساده با رویدادهای نامطلوب برخورد شود، شناخت بازسازی می گردد (یعنی، افکار و باورها تغییر می کنند) (همان منبع).

- انطباق میان آسیب پذیری خاص یک فرد (مثلاً فرد خود را ارزشمند نمی داند مگر اینکه دوستش بدارند) و یک رویداد خاص در زندگی که منعکس کننده باورهای میانجی است (مثلاً اگر شریک زندگی فرد او را ترک نماید، احساس افسردگی می کند) توسط بک (۱۹۸۷) در قالب یک مفهوم کلیدی یعنی مدل استرس-آمادگی^۴ بیان شده است که در این مدل، استرس اشاره به رویدادهای نامطلوب زندگی (عوامل تسریع کننده) و آمادگی اشاره به آسیب پذیری شناختی (عوامل مستعدکننده) دارد (یعقوبی و کریمی، ۱۳۸۹).

۲-۴-۱- درمان های تجربی معتبر:

بیشترین تأثیر عوامل اقتصادی و اخلاقی در روان درمانی، کمک به ترویج درمان های دارای روایی علمی بالا بوده است. هم شرکت های بیمه و هم نهادهای کارشناسی مسئول روان شناسی و درمان شناختی- رفتاری، به

1. Greenberger

2. Clark

3. Steer

4. stress- diathesis

شدت بر استفاده از درمان هایی با روایی مناسب تاکید دارند(انجمن روانشناسی آمریکا، ۱۹۹۳؛ کینگ^۱، ۱۹۹۷؛ اولندیک^۲، ۱۹۹۵).

۲-۴-۲- ویژگیهای درمان شناختی رفتاری:

فنل^۳ (۱۹۸۹) ویژگی های زیر را برای درمان شناختی- رفتاری ذکر می کند:

* بر یک مدل شناختی قابل فهم از اختلالات هیجانی مبتنی است نه مجموعه ای درهم و برهم از روش هایی فاقد منطق؛

* بیمار به عنوان عضو گروه درمان و به منظور حل مشکل، در درمان شرکت می کند؛

* بیمار، برای کشف مهارت های کمک به خود^۴ در محدوده زمانی کوتاه و مشخصی، تشویق می شود؛

* ساختمان و جهت دار بودن درمان؛

* نگرش برخورد با مشکل با تمرکز بر عوامل نگهدارنده مشکلات، به جای ریشه یابی آنها؛

* تکیه بر پرسش و پاسخ و کشف هدایت شده به جای سخنرانی، تشویق، یا بحث کردن؛

* استفاده از روش های اسقرایی^۵، به طوری که بیماران یاد می گیرند افکار و باورهایی را بیابند که قابل آزمون باشند؛

* فنون آموزشی درمان شناختی رفتاری، به شکل مهارت هایی هستند که با تمرین یاد گرفته می شوند و به محیط زندگی بیمار، انتقال می یابند(فری، ۱۳۸۴).

1. king

2. ollendick

3. Fennell

4. Self- helpskills

5. inductive

۲-۴-۳- اکتساب آشفتگی هیجانی:

شناخت درمانی به هیچ عنوان ادعا نمی کند که تفکر مختل، علت آشفتگی هیجانی است، بلکه آن را جزء لازم و ضروری این آشفتگی می داند. عوامل زیادی وجود دارند. عوامل زیادی وجود دارند که فرد را آماده ابتلا به آشفتگی های روان شناختی می کنند: عوامل ژنتیک، شخصیتی، رشدی، محیطی، خانوادگی، فیزیکی، فرهنگی و شناختی. تعامل میان این عوامل، کمک می کند تا فرض ها/ قواعد و باورهای اصلی غیر متعارف فرد درباره خودش، دیگران و دنیا شکل گیرد. این عوامل مستعد کننده با رویدادهای جاری و استرسورهای آشکار ساز (عوامل تسریع کننده) تعامل برقرار کرده و منجر به ایجاد آشفتگی های روان شناختی می گردند (یعقوبی و کریمی، ۱۳۸۹).

«تشکیلات شناختی^۱ فعال کننده باورهای اصلی منفی (مثلاً «من شکست خورده ام») هستند که اطلاعات مربوط به تجارب فرد (مثلاً «من هیچ موفق نبوده ام و موفق نخواهم شد») را به شکل جهت دار و نامطلوب فیلتر می کنند و منجر به تقویت و تداوم این باورهای اصلی شده و اختلالات هیجانی را شدت می بخشند. نقایص شناختی (مثلاً تمرکز و یادآوری ضعیف) قدرت استدلال فرد را مختل می کنند (وایسار، ۱۹۹۳) (همان منبع).

۲-۴-۴- تداوم اختلال هیجانی:

شناخت درمانی «کارکرد شناختی فعلی را برای حفظ و تداوم آشفتگی روان شناختی ضروری می داند» و درمانگر با تاکید بر اینجا و اکنون به مراجع کمک می کند تا افکار خود آیند و ناکارآمد فعلی و باورهای اصلی را اصلاح نماید تا آشفتگی روان شناختی اش بهبود یابد. عوامل تاریخیچه ای که در ایجاد مسائل فعلی فرد سهیم هستند، قابل اصلاح نیستند، ولی عوامل موجود که موجب تداوم آن میشوند، قابل اصلاح اند.

– رفتار نقش مهمی در تداوم آشفتگی های هیجانی دارد، زیرا افراد به روشی عمل می کنند که باورهای ناکارآمدشان تقویت می شود. اعمال شما تابع افکار شماست. تغییر رفتار به مراجع کمک می کند تا بر خلاف باورهایش رفتار کند و خودش اقدام به تصمیم گیری نماید و به این ترتیب یاد بگیرد، مستقل باشد و روی پای

^۱. cognitive apparatus

خودش بایستد. مراجع از طریق تغییر رفتارش، متوجه می شود که نظر کلی و منفی او نسبت به خودش تا چه اندازه نادرست بوده است (یعقوبی و کریمی، ۱۳۸۹).

۲-۴-۵- رویکرد آموزش روانی در روان درمانی:

گروه درمانی اشکال گوناگون دارد، از جمله گروه درمانی متمرکز بر فرد^۱، و گروه درمانی ای که در آن، تعامل بین شرکت کنندگان بسیار مهم فرض می شود. تعامل در گروه می تواند با روش های «چرخش در گروه»^۲ برای شناخت مسائل، «نشان دادن شخص در صندلی داغ»^۳ که باعث می شود او به مرکز ارتباط گروهی تبدیل شود صورت گیرد، یا آنکه گروه می تواند بدون ساختار باشد. رویکرد آموزشی روانی یکی از اولین روش های استفاده شده است. اولین اجرای بالینی گروه درمانی توسط دکتر جوزف پرات^۴ در بوستون در اولین سال های قرن صورت گرفت. دو روانکاو به نام های لوئیس وندر^۵ و پاول شیلدر^۶ آغازگر گروه درمانی در دهه ۱۹۳۰ بودند. در ابتدا روش آنها عمدتاً تعلیمی بود (فری، ۱۳۸۴).

- ساختار آموزش روانی به روش های رفتارگراها نزدیک تر است. ساده سازی درمان یکی از نکاتی است که از همان سال های شروع در دهه ۶۰، مشخصه رفتارگرایی بود، به طوری که در آن به درمان، به مثابه یک فرایند آموزش نگریسته می شد. وقتی فنون رفتاری به آموزش اضافه شدند، تفکر استفاده از این روش در درمان، مطرح شد. این دیدگاه با سه ارزش فلسفی رفتارگراها هم خوانی داشت: اول، دارای رویه ای خاص بود؛ دوم در اجزاء آن نیاز به کار با ناهشیاری نبود؛ و سوم تا حدی بیمار را در فرایند درمان، مسئولیت پذیر می ساخت.

- روش آموزش روانی، علاوه بر آموزش جرأت ورزی، در سایر مشکلات از جمله: اعتیاد^۷، انحراف و کژکای جنسی^۸، کنترل خشم^۹، و هراس اجتماعی^{۱۰} به کار رفته است (فری، ۱۳۸۴).

1. individualised

2. going around

3. hot set

4. Joseph pratt

5. Louis wender

6. Paul schilder

7. addiction problems

8. sexual deviation and dysfunction

9. anger managment

10. Social phobia

۲-۴-۶- ارائه درمان در گروه ها:

یک راهبرد اصلی برای موثرتر کردن درمان، ارائه درمان در گروه است. شاید اولین فردی که به طور جدی به این کار پرداخت، ماکسول جونز^۱ روان پزشک بود که طی جنگ جهانی دوم، متوجه کمبود نیروی کافی برای درمان سربازان مبتلا به روان آزدگی جنگ شد و از طرفی متوجه شد که می توان این افراد را به شکل کاملاً موثری در گروه ها درمان کرد. برای درمان های انسان گرایانه^۲، گشتالت درمانی و تحلیل تبدیلی^۳، گروه هایی شکل گرفتند، با شکل گیری رفتار درمانی در ابتدا دهه ۶۰، کوشش های موفقیت آمیزی برای حساسیت زدایی منظم در گروه، آغاز شد (لازاروس، ۱۹۶۱، راکمن^۴ ۱۹۶۶ الف و ۱۹۶۶ ب؛ پل^۵ و شانون^۶، ۱۹۶۶). همین حالت برای شناخت درمانی هم اتفاق افتاد. دو نقطه عطف در توسعه شناخت درمانی، عبارت بودند از انتشار اولین مطالعه پیامد درمان در ۱۹۷۷ (راش، بک، کوواکز و هالون^۷، ۱۹۷۷) و راهنمای درمانی (بک، راش، شاو^۸ و امری^۹، ۱۹۷۹) بود. از آن زمان، درمان شناختی- رفتاری به روان درمانی غالب در اغلب کشورهای غربی، تبدیل شده است و از آن به عنوان چهارچوبی برای بسیاری از درمان های معتبر تجربی استفاده می شود (فری، ۱۳۸۴).

گروه درمانی، یکی از شیوه های برخورد با اشخاصی است که دچار مشکلات عاطفی و سازشی هستند.

این نوع درمان برای تجدید سازمان نیروهای روانی دارای اهمیت بسزایی است (نوابی فر و همکاران، ۱۳۸۷).

^۱. Maxwell Jones

^۲. humanistic therapies

^۳. transational analysis

^۴. Rachmenn

^۵. Paul

^۶. shannon

^۷. Rush, Bek, Kovacs Hollon

^۸. shaw

^۹. Emery

۲-۵- پیشینه پژوهش

۲-۵-۱- تحقیقات انجام شده خارجی

- کیلکت، گلاسر^۱، و همکاران (۱۹۸۴، ۱۹۸۶، ۱۹۸۵) نشان دادند که آرامش بخشی در هنگام امتحانات می تواند عملکرد سیستم ایمنی بدن را افزایش دهد.

- اسلاد^۲ (۱۹۸۹) تحقیقی با عنوان توصیف تغییرات نشانه های پیش از قاعدگی در پاسخ به درمانهای چند وجهی CBT انجام داد. این مطالعه بر روی ۴ زن بیمار در ۶ چرخه قاعدگی متوالی که ۲ مورد قبل از مداخله و ۴ مورد بعد از مداخله بود انجام شد. اسلاد بر فاکتورهای فرعی عاطفه منفی پرسش نامه پریشانی قاعدگی اصلاح شده موس (MMDQ) تمرکز داشت. برای تجزیه و تحلیل توصیفی علائم عاطفی منفی به مدت ۷ روز قبل از قاعدگی در هر دوره ماهیانه، بطور متوسط سنجیده شد. میانگین تفاوت بین این مقدار پیش از مداخله و هر نمره ارزیابی در طول مداخله یادداشت برداری شد. بهبود علایم در چهار زن در دوره ارزشیابی اولیه، یادداشت شد. یافته های حاصل از یک زن، الگوی افزایش علایم را بین ارزشیابی چهارم و پنجم نشان داد.

- مورسه^۳ و همکارانش (۱۹۸۹) در تحقیقی که علایم گزارش شده در شش زن که به خاطر PMS در یک کلینیک سرپایی در ملبورن استرالیا، تحت درمان خوراکی پروژسترون قرار داشتند را ارزیابی کردند، بیماران در یک دوره ۱۰ هفته ای یک ساعت CBT را آغاز کردند و رژیم پروژسترون را نیز ادامه می دادند. جمع آوری داده ها شامل: ارزیابی علایم پیش و پس از درمان و نیز ارزیابی های پس از درمان اولیه، ۵ هفته بعد از درمان و درمان پروژسترون پایان یافت. ارزیابی دوم یک سال بعد دنبال شد. محققان، افسردگی، بی قراری و پرخاشگری را مهم ترین علائم روانی و ناآرامی و تورم را مهم ترین علایم جسمی شناسایی کردند. نتایج نشان دهنده: بهبود روانی تا مرحله دوم پیش از قاعدگی مشاهده نشد، اما در ۱ سال پیگیری بهبود چشمگیر علایم جسمی در مرحله اول پیش از قاعدگی حاصل شد، اما در مرحله دوم پیش از قاعدگی بهبودی حاصل نشد. علایم جسمی یک بار دیگر کاهش چشمگیری در خط مبنا در یک سال پیگیری نشان داد که توضیح آن مشکل بود.

^۱. Glasser

^۲. Slade

^۳. Morse

- در تحقیقی که توسط راپکین ای جی ۱ و همکارانش در (۱۹۸۹) تحت عنوان "وضع روانی و سبک شناختی در سندروم پیش از قاعدگی" انجام گرفت، برای تعیین اینکه آیا PMS منجر به تغییر در پردازش اطلاعات همانند افسردگی می شود، ۱۰ نفر که دچار PMS بودند و ۹ نفر به عنوان گروه شاهد در معرض آزمون روان شناختی و آزمایشات فراخوانی تصادفی قرار گرفتند و عملکرد شناختی آنها در طول مراحل لوتال و فولیکولی عادت ماهانه اندازه گیری شد. نتایج نشان داد: زنان دچار PMS نتوانستند تغییرات شناختی مشخصی را نشان دهند که معمولاً همراه با افسردگی است. علی رغم نشانه شناسی دقیق، تفاوت زیادی در کارکرد شناختی بین افراد دچار PMS و گروه شاهد نبود.

- مورسه و همکارانش (۱۹۹۱) در تحقیقی دیگر با عنوان اثربخشی درمان CBT بر روی PMS که بر روی سه گروه از زنان مبتلا به طور تصادفی انجام دادند. این گروه ها یا درمان پروژسترون دریافت کردند، یا CBT به شکل آموزش مهارت های کنار آمدن و یا به آنها آموزش داده شد که در طی دوره سه ماهه آرام سازی اصولی را انجام دهند. نتایج نشان داد: در طی مرحله اول پیش از قاعدگی و بعد از شروع مداخله، زنان در گروه های پروژسترون و آرام سازی، کاهش علائم روان شناختی و فیزیکی چشمگیری را در مقایسه با زنانی که CBT دریافت کرده بودند، بروز دادند. تفاوت چشمگیر در مرحله ارزیابی ثانویه پیش از قاعدگی وجود نداشت. تفاوت زیادی بین گروه های CBT و پروژسترون در سیکل سوم و سه ماهه پس از درمان در زنانی که تا مرحله پیگیری پیش رفته بودند، مشاهده نشد. تفاوت گروه ها در زمینه مشکلات پردازش اطلاعات در ارزیابی سیکل اول وجود داشت و درمان با پروژسترون، بیشترین بهبودی را نشان داد. تفاوت گروه ها، در ارزیابی سیکل دوم مهم نبود. این محققان گزارش کردند که بهبود از طریق CBT با تأخیر صورت می گیرد.

- لو^۲ (۱۹۹۴) نشان داده است که عوامل استرس زا در سلامت عمومی دانشجویان، اثر نامطلوبی دارد و با افزایش عوامل استرس زا نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی، افزایش و سلامت عمومی کاهش می یابد.

- کرکبی^۱ (۱۹۹۴) در تحقیقی تأثیر برنامه های آموزش مهارت های کنار آمدن بر اساس C.B.T بر روی علائم پیش از قاعدگی را بر روی ۴۸ زن استرالیایی بررسی کرد. زنان در سه گروه (یک گروه آزمایش و دو گروه

^۱ - Rapkin Aj

^۲ . Lu

شاهد) قرار گرفتند. زنان گروه آزمایشی آموزش C.B.T و گروه شاهد اول آموزش^۲ (ATM) دریافت کردند و گروه شاهد دوم هیچ درمانی دریافت نکردند. نتایج نشان داد زنانی که مهارت های کنار آمدن را در گروه C.B.T آموختند، کاهش چشمگیری در علایم خود نسبت به شرایط گروههای کنترل گزارش کردند.

- کریستنسن و اوئی^۳ (۱۹۹۵) در پژوهشی: C.B.T را با درمان متمرکز بر اطلاعات^۴ (IFT) مقایسه کردند تا تاثیرات خاص عنصر بازسازی شناختی C.B.T را بر علایم بی قراری پیش از قاعدگی ارزیابی کنند. این تحقیق بر روی ۳۳ زن استرالیایی که در دو گروه CBT و IFT انجام شد. گروه C.B.T، REF و نیز آموزش مهارت های کنار آمدن را دریافت کردند با هدف اصلاح باورها، گروه IFT، آموزشهایی در زمینه تغییرات رفتاری و سبک زندگی دریافت کردند، بدون اینکه بر تغییر باورها تاکید کنند. جلسات به مدت ۱۳ هفته متوالی و ۲ ساعت در هفته برگزار شد. افسردگی، اضطراب، تفکر و خلق و خوی منفی در خط مبنا، پس از درمان، ۶ و ۱۲ ماه پیگیری ارزیابی شد. نتایج نشان داد CBT و IFT به یک اندازه در کاهش علایم پیش از قاعدگی و تاثیرات و تفکرات منفی موثرند ولی در تغییر رفتارهای منفی مربوط به پیش از قاعدگی موثر نیستند. اگرچه در هر دو درمان که در پیگیری ۶ ماهه حفظ شد، بهبودهایی حاصل شد، اما کناره گیری در گروه IFT مانع مقایسه با پیگیری ۱۲ ماهه شد. نتایج بین گروهی نشان داد که IFT با کاهش بی قراری و ناآرامی پیش از قاعدگی در ارتباط است.

- بلک^۵ و همکارانش (۱۹۹۸) به منظور مقایسه تاثیرات C.B.T با یک گروه شاهد درمان نشده، آزمایش کنترل شده تصادفی بر روی ۲۴ زن انگلیسی انجام دادند که پزشکان عمومی و زنان آنها را به خاطر علایم تشخیصی PMS ارجاع داده بودند. این بیماران بطور تصادفی انتخاب شدند تا درمان CBT را بلافاصله شروع کنند و یا به مدت ۱۲ هفته با رژیم غذایی گروه CBT منتظر باشند. نتایج بیانگر تاثیرات عمده درمان برای علایم روان شناختی پیش از قاعدگی و نه علایم جسمی و بدنی می باشد.

^۱. kirkby

^۲. Awareness through movement

^۳. Christensen and oei

^۴. information focused therapy

^۵. information focused therapy

- در تحقیقی که توسط ریسینک^۱ و همکاران در (۱۹۹۸) با عنوان "عملکرد روان عصبی در عادت ماهیانه در زنان دچار اختلال پیش از قاعدگی و زنان بدون اختلال" که بر روی ۱۹ زن با اختلال پیش از قاعدگی (PMDD) و ۱۸ زن با علایم خفیف تا متوسط انجام شده نتایج نشان داد: به استثنای کند شدن حرکات عضلانی در اثر عمل فکری در اواخر مرحله فولیکولی نسبت به اواخر مرحله لوتئال، تفاوت زیادی در کارکرد شناختی بین زنان دچار PMDD و سایر زنان وجود ندارد.

- هالامانداریز و پاور^۲ (۱۹۹۹) نیز نشان دادند که: آموزش آرام سازی رفتاری یا آرام سازی عضلانی، اضطراب دانش آموزان را کاهش می دهد.

- میزونو^۳ و همکاران (۱۹۹۹)، (به نقل از نظامی، ۱۳۸۶) نشان دادند که سلامت روان و شیوه ی مقابله مساله مدار رابطه ی معناداری دارند و آموزش کنترل و مقابله با استرس، نمرات افراد را در افسردگی، اضطراب بیماری عمومی و اختلال کارکرد اجتماعی بطور معنادار کاهش می دهد.

- در تحقیقی با عنوان "ویار، غذا و تاثیرات شدید آلبراز ولام بر جذب غذا در زنان دچار اختلال بی قراری پیش از قاعدگی" که توسط ایوانز^۴ و همکاران در (۱۹۹۹) بر روی ۱۹ زن دچار PMS پرداخته است نتایج بیانگر آن است که: آلپرازولام تا حد زیادی مصرف غذا و خصوصاً چربی را قبل از قاعدگی نسبت به بعد از آن افزایش می دهد. مصرف کنندگانی که محدود شده بودند، ۲۶ درصد کالری بیشتری قبل از قاعدگی و بعد از مصرف آلپرازولام نسبت به مصرف داروی کاذب مصرف کردند در حالی که مصرف کنندگانی که محدود نشده بودند، ۹ درصد کالری بیشتر مصرف کردند.

- هانتر^۵ و همکارانش (۲۰۰۲) در یک بررسی نهایی، نقش دارویی مکملی C.B.T را با درمان بوسیله داروهای روان گران بررسی کردند. ۱۰۸ زن که تشخیص PMDD گرفته بودند بطور تصادفی به یکی از سه شرایط درمان ۶ ماهه اختصاص داده شدند: (a) C.B.T، (b) فلوکستین روزانه و (c) C.B.T همراه با فلوکستین. آموزش CBT چند وجهی و شامل آرام سازی، به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی، ارزیابی خصوصیات،

¹. Resnich

². Halamandaris & power

³. Mizuno

⁴. Evans

⁵. Hunter

مدیریت استرس و مهارت‌های حل مشکل بود. هشت جلسه CBT در سه ماه اول و دو جلسه تقویتی در سه ماه بعد ارائه شد. نتایج نشان داد: C.B.T و گروه‌های ترکیبی، از خط مبنا در سه ماه کاهش داشته‌اند و نیز در عرض ۳ تا ۶ ماه کاهش زیادی داشته‌اند. گروه فلوکستین تنها تا ۳ ماه کاهش نشان داد و از سه تا ۶ ماه دیگر کاهش نشان نداد. (اگر چه درمان فلوکستین باعث کاهش زیاد علایم در سه ماه شد، اما این تفاوت نسبت به دو گروه دیگر چشمگیر نبود). درصد زنانی که معیار تشخیصی PMDD در انتهای مداخله داشتند در گروه CBT بیشترین مقدار و (۳۳/۵ درصد) گروه ترکیبی (۲۲ درصد) و گروه فلوکستین (۱۷ درصد) بودند. اما در پیگیری ۱ ساله که ۶ ماه بعد از توقف درمان اتفاق افتاد، (۵۹ درصد) در گروه فلوکستین، (۱۷ درصد) در گروه C.B.T و (۴۳ درصد) در گروه درمان ترکیبی این تشخیص را گرفتند.

- در تحقیقی که با عنوان تغییرات خلق، عملکرد شناختی و اشتها در مرحله لوتئال و مراحل فولیکول چرخه قاعدگی در زنان با یا بدون PMDD که توسط رید^۱ و همکارانش (۲۰۰۸) بر روی ۲۹ زن (۱۴ زن که معیارهای DSM- 17 برای PMDD را داشتند و ۱۵ زن بدون PMDD) انجام شد. نتایج افزایش معناداری در خلق در طول مرحله لوتئال در زنان با PMDD در مقایسه با مرحله فولیکول و در مقایسه با گروه کنترل بود. به علاوه در طول مرحله لوتئال زنان با PMDD عملکرد معیوبی در به یادآوری کلمات فوری و تاخیری، به یادآوردن ارقام فوری و تاخیری و آزمون جایگزینی نماد ارقام در مقایسه با زنان گروه کنترل، همچنین افزایش میل برای غذاهای پرچرب در طول مرحله لوتئال در مقایسه با مرحله فولیکول را نشان دادند. در مجموع زنان با PMDD خلق دیسفوریک، میل بیشتر به بعضی غذاها و آسیب در عملکرد شناختی را در مرحله لوتئال نشان می‌دهند.

- در تحقیقی در (۲۰۱۰) با عنوان "شیوع و پیش بینی سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی در یک نمونه مبتنی بر جمعیت" که توسط تسچوردین راس^۲ و همکاران انجام شد، مجموع ۳۹۱۳ زن در سن ۱۵ تا ۵۴ سالگی به پرسشهای مربوط به علایم PMS پاسخ دادند و ۳۵۲۲ نفر آنها به پرسش‌های مربوط به دخالت PMS در زندگی شان نیز پاسخ دادند. نتایج نشان داد: ۹۱ درصد شرکت کنندگان حداقل یک علامت را گزارش کردند، ۱۰/۳ درصد PMS داشتند و ۳/۱ درصد، معیار PMDD را تکمیل کردند. شیوع PMS و هم

1. Reed

2. Teschudin s

PMDD ارتباط زیادی با وضعیت بهداشت فیزیکی ضعیف و پریشانی و تشویش روانی داشتند. فاکتورهای اجتماعی- فرهنگی، به نظر می‌رسید که شیوع، درک و مدیریت PMS را تعیین می‌کرد.

مورگان (۲۰۰۲) (به نقل از زارع) در تحقیقی در مورد علایم نشانگان پیش از قاعدگی، به افت حافظه، نوسانات خلقی، دل‌نازک شدن و اشک ریختن اشاره می‌کند.

۲-۵-۲- تحقیقات انجام شده داخلی

- در زمینه اثربخشی مدیریت استرس بر پیشرفت تحصیلی، مطالعات سلطانی و همکارانش نشان داد که بین دو گروه در هیچ کدام از مقیاس‌های رویارویی مسأله‌مدار، هیجان‌مدار، کمتر مفید و غیرمفید، تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. از لحاظ مقیاس‌های هجده‌گانه‌ی مقابله با استرس تنها در طبقه‌بندی تکانشوری، بین دو گروه تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0/05$) در گروه آزمایش و گواه میانگین نمرات قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار نشان نداد. اما در میانگین معدل‌های بعد از مداخله در گروه‌های آزمایش و گواه به ترتیب ۰/۱۱ افزایش و ۰/۴۸ کاهش ایجاد شد که تفاوت معنی‌داری بود ($p < 0/05$).

- در پژوهش با عنوان "تأثیر درمان شناختی رفتاری بر اضطراب خانم‌های نابارور اولیه تحت درمان IUT" که توسط حیدری و همکاران (۱۳۸۱)، صورت گرفت نتایج نشان داد که: درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب خانم‌های تحت درمان IUI موثر است.

- یعقوبی نصرآبادی و همکاران (۱۳۸۲) در پژوهشی با عنوان "تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی" دریافتند که: گروه درمانی شناختی- رفتاری به طور معنی‌داری ($P < 0/05$) در کاهش افسردگی بیماران بستری مبتلا به اختلال خلقی موثر بوده است. اما این روش در کاهش اضطراب بیماران تأثیر چشمگیر نداشته است.

- در پژوهش با عنوان "بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر کاهش سبک اسناد منفی و افزایش سلامت روان دانش‌آموزان" که توسط سلطانی (۱۳۸۳) انجام شد، نتایج نشان داد، آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، موجب کاهش سبک‌های اسناد کنارآیی اجتنابی، اسناد منفی و افزایش سلامت روان دانش‌آموزان می‌شود.

- شاهپوریان و همکاران (۱۳۸۴)، در پژوهشی با عنوان "سندرم پیش از قاعدگی و نشانه های مرتبط با آن در دانشجویان" که بر روی ۵۰۰ نفر، کلیه دانشجویان دختر که در دانشکده پرستاری- مامایی و مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام دادند که ٪ ۴۳/۷۸ افراد به نوعی از PMS رنج می بردند. از بین مبتلایان ۶۲ درصد دارای درصد شدید بودند، که ۲۴ درصد از مبتلایان از نظر خلقی و ۳ درصد از نظر رفتاری دارای علائم در حد شدید بودند ولی از نظر علائم جسمی این درصد صفر بود.

- کریمان و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهشی با عنوان "تأثیر ورزش بر سندرم پیش از قاعدگی" یافته ها نشان داد: شیوع PMS در دختران ساکن خوابگاه ۲۲/۲ درصد به دست آمد. پس از ۲ ماه ورزش امتیاز کلی ۲۹ نفر (۸۲/۹ درصد) کاهش یافت. ۳۰ نفر (۸۵/۵ درصد) پس از ۲ ماه ورزش، بهبود علائم خلقی ($P=0/001$) و ۲۶ نفر (۷۴/۴ درصد) بهبود علائم جسمی ($P=0/001$) داشتند. ورزش موجب بهبود علائم جسمی (درد شکم، درد کمر با $P<0/05$) و درد و حساسیت پستان ها ($P=0/8$) و علائم خلقی (تحریک پذیری، بی قراری، ضعف، خستگی، گریه کردن، افسردگی و میل به خانه ماندن $P=0/5$) و اضطراب ($P=0/8$) شد.

- تاتاری و همکاران (۱۳۸۶)، در پژوهشی با عنوان "اختلال ملال قبل از قاعدگی، نشانگان قبل از قاعدگی و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان دبیرستان دخترانه شهر کرمانشاه" شیوع اختلال ملال قبل از قاعدگی ٪ ۴/۹ ، تقریباً مشابه کشورهای دیگر گزارش شد.

- در پژوهشی با عنوان "مقایسه تاثیر تمرینات فیزیکی و ایروبیک در زنان مبتلا به PMS در شیراز" که توسط صفوی نائینی (۱۳۸۷) انجام شد، نتایج بیانگر کاهش معنی دار در PMS در دوره های مختلف در گروه آزمایشی ($P<0/001$) بود، که بین تمرینات فیزیکی و ایروبیک، تفاوت معنی دار نبود ($P<0/05$).

- شیریم و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان "اثر بخشی آموزش مهارت های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان" دریافتند که: آموزش مهارت های مدیریت استرس باعث افزایش سلامت روان و کاهش نشانگان جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می شود.

- در پژوهشی با عنوان "تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی و احساس ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی" که توسط سجادی نژاد و همکاران (۱۳۸۷) انجام شد نتایج

نشان داد که: درمان شناختی رفتاری گروهی به طور معنی داری سبب کاهش ناتوانی ناشی از سردرد و افسردگی در بیماران مبتلا به سردرد گردید ($P < 0/001$).

- بهرامی و آذریان (۱۳۸۷) در مطالعه ای با عنوان: "مطالعه مقدماتی رابطه نشانگان پیش از قاعدگی و افسردگی با باورهای فراشناختی در زنان دانشجو" نشان دادند که: خرده مقیاس های باورهای فراشناختی منفی، در مورد غیرقابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی، رابطه معنی داری با نشانگان پیش قاعدگی داشته است. ($P < 0/05$). همچنین بین تمام باورهای فراشناختی ناکارآمد و میزان افسردگی دوران عادت ماهیانه زنان رابطه وجود داشت ($P < 0/05$).

- در پژوهش با عنوان "اثر بخشی مداخلات شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم" که توسط رضایی و همکاران (۱۳۸۸) انجام شد، نتایج بیانگر آن بود که: میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش به طور معنی داری نسبت به گروه شاهد افزایش پیدا کرد ($p < 0/05$).

- در پژوهش با عنوان "اثر بخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی زنان نابارور" که توسط چو بفروش زاده و همکاران (۱۳۸۹) انجام شد، یافته ها نشان داد که: میانگین نمرات بهزیستی ذهنی در گروه آزمایشی افزایش معنی داری هم در مرحله پیآزمون و هم در مرحله پیگیری داشته است.

- رنجبر و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان "بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی" دریافتند که: بین گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله تفاوت معنی داری وجود دارد. ($P = 0/043$). ضمناً در گروه آزمایش بین نمره ی افسردگی بیماران قبل از مداخله و بعد از مداخله ($P = 0/033$) و قبل از مداخله و یک ماه بعد نیز تفاوت معنی دار وجود داشت ($P = 0/0492$).

- در پژوهشی که توسط سهرابی و همکاران (۱۳۸۹) با عنوان "بررسی تاثیر اسیدهای چرب امگا-۳ omega-3 بر روی علائم سندرم پیش از قاعدگی" انجام گرفت، یافته ها نشان داد: که امگا-۳ در کاهش علائم روانی PMS شامل افسردگی، عصبیت، اضطراب و عدم تمرکز و نیز علائم جسمی شامل نفخ شکمی، سردرد و حساسیت پستان ها مؤثر می باشد که با افزایش طول مدت زمان این تاثیر بیشتر می شود.

- طلایی و همکاران در پژوهشی با عنوان "بررسی همه گیر شناسی سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد" بر روی ۲۱۰ نفر دانشجوی دختر دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام دادند ۱۰۱ نفر (۴۸/۱٪) از دانشجویان طبق تعریف ملاک های PMS را داشتند. ۴۷/۹٪ از مجردین و ۴۸/۸٪ از متاهلین مبتلا به PMS بودند.

- در پژوهشی با عنوان "مقایسه تاثیر ۸ هفته تمرین هوازی و مصرف ویتامین B6 بر علائم سندرم پیش قاعدگی دختران غیرورزشکار دانشگاه شهید چمران اهواز" که توسط نیکبخت و علیجانی انجام گرفت، به طور کلی، نتایج نشان داد که: تمرین هوازی علائم جسمی و روحی PMS و ویتامین B6 علائم جسمی را به طور معنی دار کاهش می دهد و این کاهش در گروه تمرین بارزتر است.

فصل سوم

۳-۱. مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی، نشانگانی است که در زنان ناراحتی‌های روان‌شناختی بسیاری را سبب می‌شود و مطالعات و مداخلات تا به حال صورت گرفته شده، بیشتر جنبه‌های بیولوژیکی این نشانگان را در بر گرفته، و بدین سبب این مطالعه، اثربخشی یک رویکرد روان‌شناختی بر آن را می‌سنجد. در ادامه طرح پژوهش حاضر را مورد بررسی قرار داده و ابعاد گوناگون آن به تفصیل مورد بحث قرار می‌گیرد.

۳-۲. نوع مطالعه

نوع مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی، توصیفی و پس رویدادی بود. این مطالعه بر روی زنانی که دارای تشخیص سندرم پیش از قاعدگی بودند، صورت گرفت.

۳-۳. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنانی که تشخیص PMS می‌گرفتند، تشکیل می‌دهد. همچنین نمونه آماری این پژوهش را زنان فرهنگی مراجعه کننده به کلینیک‌های متخصصین زنان شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ که

تشخیص PMS گرفتند، تشکیل داد. این نمونه آماری شامل ۴۰ نفر بود و نمونه‌گیری نمونه پژوهش به شیوه در دسترس و گروه بندی آنان بصورت تصادفی صورت گرفت.

۳-۴. ملاک‌های شمول

ملاک‌های شمول این پژوهش عبارتند از کلیه زنانی که دارای تشخیص PMS بودند. شرکت کنندگان این پژوهش در پرسشنامه (PSST) ملاک‌های تشخیصی برای سندرم پیش از قاعدگی را پر کردند. شرکت کنندگان توسط ارزیابی مصاحبه بالینی SCID-1، تشخیص بالینی دیگری نداشته و دامنه سنی آنان بین ۲۰ تا ۵۰ سال بود.

۳-۵. ملاک‌های خروج

ملاک‌های منع ورود این پژوهش گرفتن نمره بالاتر از ۲۸ و یا کمتر از ۵ (افسردگی شدید یا خفیف) بود. همچنین شرکت کنندگانی که اختلال همبودی به جز اختلالات اضطرابی، با افسردگی داشتند، وارد پژوهش نشدند.

۳-۶. ابزار گردآوری داده ها

• پرسشنامه افسردگی بک ۲

آزمون افسردگی بک یکی از معمول ترین مقیاس های اندازه گیری افسردگی است که توسط بک . همکارانش (۱۹۶۱) تهیه شد (مارنات، ۱۳۸۴). این آزمون در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و انتشار آن در سال ۱۹۷۸ صورت گرفت (شریفی، ۱۳۷۵). پرسشنامه بک ۲، دارای دو فرم بلند و کوتاه است. فرم بلند دارای ۲۱ ماده است و فرم کوتاه ۱۳ ماده دارد. در این تحقیق فرم بلند مورد استفاده قرار می‌گیرد.

روایی و اعتبار آزمون افسردگی بک در موارد متعددی گزارش شده است. بک و همکاران (۱۹۸۸) اعتبار همسانی درونی این مقیاس را بین ۰.۷۳ تا ۰.۹۲ گزارش کرده‌اند. آن‌ها پایایی مشابهی را برای فرم کوتاه یافته‌اند. گروث - مارنات (۱۹۹۷) ضرائب اعتبار بازآزمایی آزمون افسردگی بک را بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت ۰.۴۸ تا ۰.۸۶ یافته‌اند. گرین و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفا را ۰.۹۲ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان با درجه

بندی های بالینی برای بیماران روانپزشکی ضرائب همبستگی از متوسط تا بالا (۰.۵۵ تا ۰.۹۶) نشان داده است (گروث - مارنات، ۱۹۹۷).

پاسخ به هر سوال از ۴ گزینه تشکیل شده است که از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. نمره ۰ تا ۴ گویای هیچ یا خفیف افسردگی، ۴ تا ۱۳ گویای افسردگی خفیف، نمره ۱۴ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۸ به بالا نشان دهنده افسردگی شدید می باشد (بک و همکاران، ۱۹۹۶).

بطور کلی نتایج مرتبط با مختصات روانسنجی BDI - II در ایران در طی مطالعه محمدخانی و دابسون (۱۳۸۷) نشان داد که آیتم ها و مولفه ها به خوبی توان تشخیص و ارزشیابی و میزان افسردگی را در مبتلایان به اختلال افسردگی داراست (محمدخانی و دابسون، ۱۳۸۷). در این مطالعه روایی محتوایی این پرسشنامه را ۰.۷۲ و پایایی ارزیابیهای آن برابر با ۰.۶۳ بود.

• پرسشنامه اضطراب بک

ارزیابی علایم اضطراب در تشخیص گذاری ها و درمان از اهمیت خاصی برخوردار است. هرچند مقیاس های زیادی تاکنون، باتوجه به دیدگاههای مختلف پدید آمده است (مثل کاستلو^۱، ۱۹۶۷؛ زونگ^۲، ۱۹۶۵)، بررسی این مقیاس ها نشان می دهد که احتمالاً مشکلاتی در مفهوم سازی نظری ویژگی های روان شناختی آنها وجود دارد (دابسون^۳، ۱۹۸۵). باتوجه به این مشکلات، آیرون بک و همکارانش (۱۹۹۰) پرسشنامه اضطراب بک (BAI) را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علایم اضطراب بالینی را در افراد می سنجد.

پرسشنامه اضطراب بک، یک پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ آیتمی است که برای انعکاس شدت علائم جسمی و شناختی اضطراب افراد در یک هفته گذشته است. این مقیاس به صورت سه درجه ای از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود و بالاترین نمره ای که در آن به دست می آید ۶۳ است. بک و همکارانش (همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی یک هفته ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده اند) (بک و همکاران، ۲۰۰۰). صلواتی (۱۳۸۹) روایی محتوا، هم زمان، تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه گیری شدت اضطراب مورد تایید قرار داده است. در صورتی که نمره آزمودنی بین ۰-۷ باشد، آزمودنی اضطرابی را تجربه نمی کند. اگر نمره وی بین ۸-۱۵ باشد، اضطراب

^۱Castelo

^۲Zung, w

^۳Dobson, K

بصورت خفیف بوده، و اگر بین ۱۶ - ۲۵ باشد، اضطراب در سطح متوسط و اگر نمره وی بین ۲۶ - ۶۳ باشد نشان دهنده اضطراب شدید در وی می باشد.

• پرسش نامه غربالگری علایم پیش از قاعدگی (PSST)

الف- معرفیمقیاس: پرسش نامه PSST شامل ۱۹ سوال بوده که دارای دو بخش می باشد (بخش اول که شامل ۱۴ علایم خلقی، جسمی و رفتاری می باشد و بخش دوم که تاثیر این علایم را بر زندگی افراد می سنجد و شامل ۵ سوال می باشد).

ب- اعتبار و روایی: استاندارد سازی، ترجمه و اعتبار سنجی پرسش نامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی PSST توسط: شیوا سیه بازی، فاطمه زهرا حریری، دکتر علی منتظری و دکتر لیدا مقدم بنائم (۱۳۸۹) بر روی دانشجویان دختر ساکن خوابگاههای دانشگاههای تهران اجرا و روایی و پایانی آن مورد بررسی قرار گرفته است. در آزمون پایانی این ابزار، سازگاری درونی ۱، سوالاتی این پرسش نامه با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شده است. مقدار این شاخص در بخش علایم ۰/۹۰ و در بخش تاثیر علایم بر روی زندگی ۰/۹۱ و در کل سوالات ۰/۹۳ بدست آمده است. همچنین همبستگی درون خوشه ۲ بین دو بخش ۰/۸ بوده است. در بحث روایی محتوایی کمی که از دو شاخص نسبت روایی محتوای ۳ و ایندکس روایی محتوای ۴ استفاده شده، مقادیر CVR و CVI به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ بدست آمده است.

پ - نمره گذاری: برای هر سوال ۴ معیار اصلاً، خفیف، متوسط و شدید ذکر گردیده که از ۰ تا ۳ نمره بندی شده است. جهت تشخیص PMS متوسط یا شدید سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: ۱- از گزینه ی ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد، ۲- علاوه بر مورد قبلی از گزینه ی ۱ تا ۴ حداقل مورد متوسط یا شدید باشد، ۳- در بخش تاثیر علایم بر زندگی (۵ گزینه ی آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد.

۳-۷. روش اجرای پژوهش

این پژوهش در کلینیکهای پزشکان متخصص زنان اصفهان انجام شد. پس از آنکه روانشناس با استفاده پرسشنامه PSST برای هر فرد تشخیص سندرم پیش از قاعدگی تشخیص می داد، فرد به آزمونگر انتخاب شده برای این طرح پژوهش ارجاع داده می شد. آزمونگر پس از توضیح طرح پژوهش، و گرفتن رضایت آگاهانه وی

¹.Internal consistency

².inter- class correlation

³.content validity rotio- CVR

⁴.content validity index- CVI

نسبت به شرکت در این پژوهش، آزمودنی را بطور تصادفی در یکی از گروه‌های آزمایش یا کنترل قرار داده و مداخله را آغاز کرد. برای گروه کنترل مهارت‌های زندگی آموزش داده شد و برای گروه آزمایش، برنامه مداخله ای درمان شناختی - رفتاری صورت گرفت. در طی جلسات، افراد از نظر نشانگان سندرم پیش از قاعدگی مورد بررسی قرار می گرفتند و چنانچه مورد خاصی دیده می شد، به پزشک بالینی ارجاع داده می شد. پس از اتمام جلسات مداخله، مجدداً آزمون های مورد نظر از شرکت کنندگان پژوهش گرفته شده و داده ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

۳-۸. تجزیه و تحلیل اطلاعات

• آمارهای توصیفی

برای تبیین سازمان یافته و عینی داده‌های حاصل از اجرای متغیر مستقل یعنی گروه درمانی و ایجاد شرایط مقایسه بهتر نتایج اولیه پژوهش از روش های مختلف آمار توصیفی مانند توزیع های فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و نمودارهای مختلف استفاده شده است.

• آمار استنباطی

روش آماری آنکوا : جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش حاضر مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل با توجه به متغیرهای وابسته اضطراب، افسردگی و pms از این روش آماری استفاده شد.

۳-۹. ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، جهت حفظ حقوق آزمودنی‌ها، از درج و افشای اطلاعات شخصی خودداری شد. چنانچه آزمودنی تمایل به شرکت در پژوهش نداشت، وی پس از بررسی وضعیت روانی کنار گذاشته شده و آزمودنی دیگری به جای وی جایگزین می‌شد.

۳-۱۰. جلسات درمانی

ساختار جلسات بر مبنای و روش شناختی- رفتاری گروهی (فری، ۱۳۸۴)، طراحی شده و شامل مراحل زیر بود:

جلسه اول :

- پیش آزمون ، معارفه (۴۰ دقیقه)
- اهداف برنامه مداخله (۱۰ دقیقه)
- استراحت (۱۰ دقیقه)
- اضطراب چیست ؟ (۲۰ دقیقه)
- نشانه های اضطراب (۲۰ دقیقه)
- جمع بندی، تعیین تکالیف جلسه بعد و کسب باز خورد هر یک از افراد نسبت به جلسه (۲۰دقیقه)

جلسه دوم:

- مرور تکالیف (۲۰ دقیقه)
- موقعیت های اضطراب آفرین (۲۰ دقیقه)
- شیوه های مقابله با اضطراب و استرس (۲۰ دقیقه)
- استراحت (۱۰ دقیقه)
- ارائه کار عملی و بحث در شیوه های مقابله (۴۰ دقیقه)
- جمع بندی، تعیین تکالیف جلسه بعد و کسب باز خورد هر یک از افراد نسبت به جلسه (۱۰ دقیقه)

جلسه سوم:

- مرور تکالیف (۲۰ دقیقه)
- سبک زندگی سالم (۵۰ دقیقه)
- استراحت (۱۰ دقیقه)
- آرام سازی و کنترل تنش (۳۰ دقیقه)
- جمع بندی، تعیین تکالیف جلسه بعد و کسب باز خورد هر یک از افراد نسبت به جلسه (۱۰دقیقه)

جلسه چهارم:

- مرور تکالیف (۲۰ دقیقه)
- مهارت حل مسئله (۳۰ دقیقه)
- استراحت (۱۰ دقیقه)
- مهارت حل مسئله (کار عملی) (۵۰ دقیقه)
- جمع بندی، تعیین تکالیف جلسه بعد و کسب باز خورد هر یک از افراد نسبت به جلسه (۱۰ دقیقه)

جلسه پنجم:

- مرور تکالیف (۲۰ دقیقه)
- مدیریت خشم و فنون آن (۳۰ دقیقه)
- کار عملی مدیریت خشم (۳۰ دقیقه)
- بازسازی شناختی در مدیریت خشم (۳۰ دقیقه)
- جمع بندی، تعیین تکالیف جلسه بعد و کسب باز خورد هر یک از افراد نسبت به جلسه (۱۰ دقیقه)

جلسه ششم:

- مرور تکالیف (۲۰ دقیقه)
- شناخت افسردگی در بستر PMS (۳۰ دقیقه)
- استراحت (۱۰ دقیقه)
- تعیین اهداف (۵۰ دقیقه)
- جمع بندی، تعیین تکالیف جلسه بعد و کسب باز خورد هر یک از افراد نسبت به جلسه (۱۰ دقیقه)

جلسه هفتم:

- مرور تکالیف (۲۰ دقیقه)
 - فعال سازی رفتاری برای افسردگی پدید آمده از PMS (۵۰ دقیقه)
 - استراحت (۱۰ دقیقه)
 - هدف گذاری برای تکلیف فعال سازی رفتاری (۳۰ دقیقه)
 - جمع بندی، تعیین تکالیف جلسه بعد و کسب باز خورد هر یک از افراد نسبت به جلسه (۱۰ دقیقه)
- جلسه هشتم:
- مرور تکالیف (۲۰ دقیقه)
 - استفاده از شبکه حمایت اجتماعی (۲۰ دقیقه)
 - توصیه های کوچک برای مقابله با اضطراب و افسردگی لحظه ای (۳۰ دقیقه)
 - استراحت (۱۰ دقیقه)
 - بحث جمع بندی و پس آزمون (۴۰ دقیقه)

اهداف این ۸ جلسه به ترتیب عبارتند از:
جلسه اول: آموزش مفهوم و نشانه های استرس، موقعیت های استرس زا، رابطه استرس و (PMS).
جلسه دوم: آموزش شیوه های مقابله با استرس
جلسه سوم: تمرین تکنیک آرام سازی و آموزش مدیریت زمان
جلسه چهارم: آموزش مهارت حل مسئله
جلسه پنجم: آموزش مدیریت خشم
جلسه ششم: بازسازی شناختی
جلسه هفتم: آموزش سبک زندگی سالم
جلسه هشتم: توصیه های عملی ساده و کوچک برای مقابله با استرس

فصل چهارم

۴-۱. مقدمه

پس از گردآوری اطلاعات لازم است این اطلاعات سازمان‌بندی و خلاصه شود تا به روشنی قابل فهم و انتقال باشد. در واقع در این مرحله است که از اطلاعات خام نتایج علمی ارزشمند به دست می‌آید. در این فصل ابتدا سعی می‌شود ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به صورت اجمالی مورد بررسی قرار گیرد، سپس به تجزیه و تحلیل توصیفی و استنباطی فرضیه‌های ارائه شده در فصول قبل با استفاده از نرم افزار آماری SPSS پرداخته شد. در تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها، پژوهشگر قصد دارد یافته‌های خام پژوهش را با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی طبقه‌بندی کند و در تجزیه و تحلیل استنباطی به آزمون فرضیه‌ها و پاسخ گویی به سوالات تحقیق پرداخته می‌شود.

۴-۲. بررسی جمعیت شناختی

در این قسمت به بررسی داده‌های توصیفی نمونه براساس متغیرهای سن، سطح تحصیلات و تعداد فرزندان پرداخته و برای هر متغیر فراوانی و درصد و ارائه‌می شود.

جدول (۴-۱) توزیع فراوانی متغیر سن برای گروه های آزمایش و کنترل

گروه	فراوانی	درصد
آزمایش	۲۰ تا ۳۰ سال	۴
	۳۰ تا ۴۰ سال	۶
	۴۰ تا ۵۰ سال	۱۰
کنترل	۲۰ تا ۳۰ سال	۲
	۳۰ تا ۴۰ سال	۱۰
	۴۰ تا ۵۰ سال	۸

دامنه سنی گروه آزمایش بین ۲۳ تا ۴۴، میانگین سنی برابر با ۴۲/۰۶ و انحراف سنی برابر با ۴/۱۶ است. دامنه سنی گروه کنترل بین ۲۵ تا ۴۸، میانگین سنی برابر با ۴۰/۰۷ و انحراف سنی برابر با ۳/۶۹ است.

جدول (۴-۲) توزیع فراوانی متغیر سطح تحصیلات آزمودنی ها

فراوانی	درصد
دیپلم	۴
فوق دیپلم	۱۴
لیسانس	۲۰
فوق لیسانس	۲
کل	۴۰

آن گونه که جدول نشان می دهد بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات لیسانس و کمترین فراوانی مربوط به سطوح دیپلم و فوق لیسانس است.

جدول (۴-۳). توزیع فراوانی متغیر تعداد فرزندان آزمودنی ها

تعداد فرزندان	فراوانی	درصد
بدون فرزند	۳	۷/۷۵
دارای یک فرزند	۱۲	۳۰/۰۰
دارای دو فرزند	۱۹	۴۷/۵۰
دارای سه فرزند	۵	۱۲/۵۰
دارای چهار فرزند و بیشتر	۱	۲/۲۵

آنگونه که جدول بالا نشان می دهد، خانواده های دو فرزندی دارای بیشترین فراوانی (۴۷/۵۰ درصد) هستند.

۴-۳. اطلاعات جمعیت شناختی

در این قسمت اطلاعات حاصل از اجرای پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی (PSS)، افسردگی بک ۲، اضطراب بک بر روی اعضای نمونه تحقیق مورد تجزیه و تحلیل توصیفی قرار می گیرد. اطلاعاتی که در این قسمت ارائه می گردد شامل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد داده های حاصل از اجرای پرسشنامه های مذکور بر روی اعضای نمونه تحقیق می باشد. این داده ها ابتدا به صورت اجمالی با استفاده از جداول توصیفی خلاصه می شود و سپس در مرحله ی تجزیه و تحلیل استنباطی به تفصیل مورد بررسی قرار می گیرند.

جدول ۴-۴ نتایج تجزیه و تحلیل داده های حاصل از پرسشنامه افسردگی بک ۲ بر روی اعضای نمونه تحقیق را در سطح توصیفی نشان می دهد.

جدول ۴-۴. اطلاعات توصیفی پرسشنامه افسردگی بک ۲

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	کنترل	پیش آزمون	۲۳/۷۳
		پس آزمون	۲۰/۱۲
	آزمایش	پیش آزمون	۲۶/۱۲
		پس آزمون	۱۲/۱۰
			۴/۳۲
			۲/۲۸
			۶/۴
			۵/۳۵

جدول ۴-۵ نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه غربالگری علائم پیش از قاعدگی (PSST) بر روی اعضای نمونه تحقیق را در سطح توصیفی نشان می‌دهد.

جدول (۴-۵). میانگین نمره آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش برای متغیر سندرم پیش از قاعدگی و پس آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
سندرم پیش از قاعدگی	کنترل	پیش آزمون	۲۶/۸۶
		پس آزمون	۱۸/۰۶
	آزمایش	پیش آزمون	۲۷/۲۰
		پس آزمون	۲۳/۷۳
			۵/۱۱
			۵/۱۸
			۳/۷۲
			۳/۹۱

جدول ۴-۶ نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه اضطراب بک بر روی اعضای نمونه تحقیق را در سطح توصیفی نشان می‌دهد.

جدول ۴-۶. اطلاعات توصیفی پرسشنامه اضطراب بک

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	کنترل	پیش آزمون	۱۸/۳
		پس آزمون	۷/۳
	آزمایش	پیش آزمون	۲۱/۴
		پس آزمون	۱۸/۳۶
			۳/۳۹

۴-۴. تجزیه و تحلیل استنباطی فرضیه های تحقیق

۴-۴-۱. درمان شناختی- رفتاری بر علایم سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا موثر می باشد.

نتایج بررسی پیش فرض های آماری نشان داد که، پیش شرط تساوی واریانس ها (با استفاده از آزمون لوین) و آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه های آزمایش و کنترل یکسان است(تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر هم پراش معنی دار نیست) و با توجه به اینکه تعداد آزمودنی های گروه ها یکسان است، استفاده از تحلیل کواریانس بلامانع است ($P > 0.05$ و $F = 4.32$).

در جدول (۴-۷) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره شامل مجموع مجذورات (SS)، میانگین مجذورات (MS)، مقدار F، درجات آزادی (df)، آرایه شده است .

جدول (۴-۸). خلاصه تحلیل کواریانس چندمتغیره در متغیر سندرم پیش از قاعدگی

منابع تغییرات	SS	df	MS	F	P	η^2
نمره های سندرم پیش از قاعدگی (پیش آزمون)	۲۷/۴۷	۱	۵۴/۱۷	۰/۴۲	۰/۱۷	۰/۱۳
اثر اصلی (عضویت گروهی)	۴۳۵/۵۰	۱	۱۲۵/۵۰	۱۱/۰۷	۰/۰۰۲	۰/۳۳
خطای باقی مانده	۶۹۴/۳۹	۳۷	۲۱/۲۷			

۴-۳. درمان شناختی- رفتاری بر علایم افسردگی (سندرم پیش از قاعدگی) در زنان مبتلا موثر می باشد.

نتایج بررسی پیش فرض های آماری نشان داد که پیش شرط تساوی واریانس ها (با استفاده از آزمون لوین) و آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای هردو گروه یکسان است (تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر هم پراش معنی دار نیست) و استفاده از تحلیل کواریانس بلامانع است ($P > 0/05$ و $F = 4/11$).

در جدول (۴-۱۰) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره شامل مجموع مجذورات (SS)، میانگین مجذورات (MS)، مقدار F، درجات آزادی (df) ارایه شده است.

جدول (۴-۱۰). خلاصه تحلیل کواریانس در متغیر افسردگی

منابع تغییرات	SS	df	MS	F	P	η^2
نمره های افسردگی پیش از درمان	۲۱۵/۴۹	۱	۲۲۵/۴۹	۱۰/۸۰	۰/۰۰۳	۰/۴۸
اثر اصلی (درمان شناختی- رفتاری)	۲۰۱/۴۷	۱	۱۰۹/۴۷	۵/۹۸	۰/۰۲	۰/۲۱
خطای باقی مانده	۴۰۳/۱۷	۳۷	۷۱/۹۶			

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان می دهد که با حذف اثر نمره های علایم افسردگی پیش آزمون به عنوان متغیر هم پراش اثر اصلی متغیر درمان بر نمره های علایم افسردگی پس آزمون معنی دار است. به عبارت دیگر جدول نشان می دهد که با ۹۵ درصد اطمینان بین میانگین نمرات پس آزمون علایم افسردگی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (آزمایش- کنترل) تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۲۱ بوده است.

فصل پنجم

۱-۵. بحث و نتیجه گیری

۱-۲-۵. فرضیه اول: درمان شناختی- رفتاری بر علایم سندرم پیش از قاعدگی (PMS) در زنان مبتلا موثر می باشد.

نتایج نشان داد که بین نمرات PMS گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تفاوت معنی دار وجود دارد و این بیانگر آن است که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش علایم PMS در زنان مبتلا می شود.

در مورد اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علایم PMS در داخل کشور هیچ تحقیقی صورت نگرفته و در خارج از کشور هم تعداد محدودی پژوهش در خصوص تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علایم PMS صورت گرفته که در اینجا ذکر می شود:

نتایج حاصل از فرضیه اصلی همسو با نتایج پژوهش های کرکبی (۱۹۹۴)، کریستین و اوپی (۱۹۹۵)، بلک و همکاران (۱۹۹۸)، هانترو و همکاران (۲۰۰۲) و اسلاد (۱۹۸۹) می باشد:

کرکی (۱۹۹۴) در پژوهشی که مهارت‌های کنار آمدن بر اساس C.B.T را به زنان مبتلا به PMS آموزش داد به این نتیجه رسید که، زنانی که مهارت‌های کنار آمدن را در گروه C.B.T آموختند، کاهش چشمگیر در علائم خود نسبت به شرایط گروه‌های کنترل گزارش کردند.

کریستین و اویی (۱۹۹۵) در پژوهشی که C.B.T را با درمان (I.F.T) مقایسه کردند تا تاثیرات خاص عنصر بازسازی شناختی C.B.T را بر علائم پیش از قاعدگی ارزیابی کنند دریافتند که: C.B.T و I.F.T به یک اندازه در کاهش علائم پیش از قاعدگی و سطح افسردگی و تاثیرات و تفکرات منفی موثرند.

بلک و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهشی به منظور مقایسه تاثیرات C.B.T با یک گروه شاهد درمان نشده، بعد از درمان C.B.T بر روی گروه آزمایش به این نتیجه رسیدند که: درمان C.B.T دارای تاثیرات عمده بر کاهش علائم روان شناختی پیش از قاعدگی می باشد.

هانتر و همکاران (۲۰۰۲) که در پژوهشی اثر سه گروه درمان: (۱) CBT (۲) فلوکستین روزانه (۳) C.B.T همراه با فلوکستین را بر روی PMDD بررسی کردند، (درمان C.B.T چند وجهی و شامل: آرام سازی، به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی، ارزیابی خصوصیات، مدیریت استرس و مهارت‌های حل مشکل بود که همه این مهارت‌ها در پژوهش حاضر آموزش داده شده است) دریافتند که: گروه C.B.T و گروه ترکیبی، از خط مبنا در سه ماه کاهش داشتند.

اسلاد (۱۹۸۹) در پژوهش خود با عنوان توصیف نشانه های پیش از قاعدگی در پاسخ به درمان‌های چند وجهی CBT که بر روی ۴ زن بیمار در ۶ چرخه قاعدگی متوالی انجام داد شاهد بهبود علائم در هر چهار زن در دوره ارزشیابی اولیه بود

نتیجه حاصل از فرضیه اصلی با نتایج پژوهش‌های مورسه و همکاران همسو نمیباشد. مورسه و همکاران (۱۹۹۱) که اثربخشی درمان C.B.T را بر روی PMS در سه گروه از زنان مبتلا در سه گروه: درمان CBT، درمان پروژسترون و آرام سازی مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که، زنان گروه پروژسترون و آرام سازی، در مرحله ارزیابی اولیه، کاهش علائم روان شناختی و فیزیکی چشمگیر را در مقایسه با زنان گروه CBT بروز دادند. این محققان به این نتیجه رسیدند که بهبود از طریق C.B.T با تاخیر صورت می گیرد.

و پژوهشی دیگر از مورسه و همکاران (۱۹۸۹) که بر روی ۶ زن مبتلا به PMS در استرالیا، یک دوره ۱۰ هفته ای یک ساعته C.B.T را اجرا کردند، و در بیماران بهبود روانی تا مرحله دوم پیش از قاعدگی مشاهده نکردند، اما در پیگیری یک ساله بهبود چشمگیر علایم جسمی در مرحله اول پیش از قاعدگی حاصل شد و نیز کاهش چشمگیر در خط مبنا نشان داد.

به نظر می رسد این تاخیر در تاثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش علایم PMS که در این پژوهشها عنوان شده تا حد زیادی به سطح سواد افراد مبتلا و فهم و پذیرش آنها از درمان CBT که یکی از شرایط تاثیر این نوع درمان می باشد بستگی داشته باشد. و این تاثیر بدون تاخیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علایم PMS که در این پژوهش حاصل شده است به سبب سطح سواد و پذیرش بالای شرکت کنندگان در این پژوهش و نیز ایجاد انگیزه بالا در شرکت کنندگان این کارگاه آموزشی باشد.

نتیجه حاضر را اینگونه می توان تبیین کرد که درمان شناختی - رفتاری با هدف قرار دادن علائم سندرم پیش از قاعدگی، سعی در چارچوب سازی برای علائم ناشی از این سندرم دارد. در واقع، اتفاقی که در درمان شناختی - رفتاری نسبت به این سندرم می افتد، ذهنی سازی و کارکردن بر مفاهیم شناختی این سندرم است، چنان که می دانیم، سندرم پیش از قاعدگی در افراد شدت و ضعف متفاوتی دارد، و کار کردن بر روی این تجربه روانی، و مفهوم سازی آن، می تواند راهکاری برای کاهش علائم حاصل از این سندرم باشد. در واقع، ذهنی سازی و پرداختن به مفاهیمی که در روان تجربه می شوند، از شدت بروز آن کاسته، و کنترل روانی فرد در آن بیشتر می شود، و اتفاقی که در درمان شناختی - رفتاری می افتد، همین مساله مفهوم سازی ذهنی در جهت کنترل بیشتر بر تجارب روانی است.

۵-۲-۲. فرضیه دوم: درمان شناختی- رفتاری بر علایم اضطراب (PMS) در زنان مبتلا موثر می باشد

نتایج نشان داد که بین نمرات اضطراب گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تفاوت معنی دار وجود ندارد و این بیانگر آن است که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش علایم اضطراب در زنان مبتلا نمی شود.

این نتیجه همسو با نتیجه پژوهش یعقوبی نصرآبادی و همکاران (۱۳۸۲) که، در بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی به این نتیجه رسیدند که، این روش در کاهش اضطراب بیماران تاثیر چشمگیر نداشته است.

نتیجه حاصل از این فرضیه ناهمسو با نتایج پژوهش، شیربیم و همکاران (۱۳۸۷) که، در پژوهش خود با عنوان اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان، بیان کردند که این آموزش سبب کاهش اضطراب می شود.

و پژوهش محرابی و همکاران که، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر کنترل قند خون و کاهش مشکلات هیجانی بیماران دیابتی نوع ۱ بررسی کرده و دریافتند که پس از مداخله میانگین نمره اضطراب گروه آزمایش به طور معنی دار کاهش یافت.

و نیز پژوهش تیرمن و همکاران (۱۹۹۸) که، به بررسی اثرات آموزش مدیریت استرس پرداختند و عنوان کردند که این آموزش می تواند اضطراب را کم کند.

و ناهمسو با نظر میزونی و همکاران (۱۹۹۹) که نشان دادند، آموزش کنترل و مقابله با استرس، نمره افراد را در اضطراب به طور معنادار کاهش می دهد.

و همچنین پژوهش حیدری و همکاران (۱۳۸۱) که معتقدند، درمان شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب بیماران موثر است، می باشد.

تبیین این ناهمسوئی می تواند به دلایل گوناگون باشد از جمله: عوامل متعددی می تواند زمینه ساز اضطراب در افراد باشد. به دست آوردن تصویری منطقی از شرایط بوجود آورنده و تداوم بخش اضطراب (اجتناب از هیجان ناراحت کننده و یا رهایی از آن) در بسیاری از برنامه ریزی های درمانی گام هایی برای غلبه بر اضطراب، در نظر گرفته می شود به همین دلیل لازم است که درمانگر در مورد اجتناب، اطلاعات مفصلی پیدا کند (قاسم زاده، ۱۳۸۵). از طرفی آرام سازی که مهمترین مؤلفه درمان اضطراب می باشد، باید به عنوان مهارتی از طریق مهارت‌های مکرر فرا گرفته شود و توصیه می شود که هر کدام از مراحل آرامش کاربردی در یک جلسه درمانی، نشان داده شود به جای آنکه برای هر درس آرامش، نوار کاستی در اختیار بیمار قرار داده شود. مطالعات

نشان داده اند که نوار کاستهای صوتی، موفقیت چندانی ندارد (بورکووک و سایدز؛ ۱۹۷۹؛ به نقل از قاسم زاده، ۱۳۸۵)

در راستای تبیین نتیجه حاضر، می توان اشاره کرد که در برنامه درمان شناختی - رفتاری به شرکت کنندگان گروه آزمایش این پژوهش به دلیل محدودیت زمان، نه امکان بررسی عوامل زمینه ساز و تداوم بخشی اضطراب افراد وجود داشت و نه امکان اجرای کاربردی مراحل آرامش در جلسات متعدد. آموزش آرام سازی در برنامه این کارگاه بدین صورت بود که کل برنامه آرام سازی (بیان منطق کار و مراحل اجرای آن) در یک جلسه به افراد آموزش داده شده و اجرای آن به طور مستمر و هر روز در منزل به عنوان تکلیف به آنها محول شده با این توضیح که بر روی یک صندلی راحت و جایی خلوت و بدون سرو صدا و مزاحمت با استفاده از لوح فشرده ای که در اختیار آنها قرار داده شده، آنرا مرحله به مرحله اجرا کنند.

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.

از طرف دیگر، انجمن روانپزشکی آمریکا، نشانگان پیش از قاعدگی را در گروه اختلالات افسردگی، تحت عنوان اختلال ملال پیش از قاعدگی مطرح می سازد (زارع و تاراج، ۱۳۸۸). بنابراین در برنامه آموزشی این کارگاه به منظور کاهش علائم PMS بر مؤلفه های درمان افسردگی بیشتر از اضطراب تاکید شده است.

۳-۲-۵. درمان شناختی- رفتاری بر علایم افسردگی (PMS) در زنان مبتلا موثر می باشد.

نتایج نشان داد که بین نمرات افسردگی گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تفاوت معنی دار وجود دارد و این بیانگر آن است که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش علایم افسردگی در زنان مبتلا می شود.

نتیجه حاصل از این فرضیه همسو با:

پژوهش دوازده امامی و همکاران (۱۳۸۸) که اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری را بر کنترل قندخون و افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲ مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که: افسردگی گروه مداخله به طور معنی دار کمتر از گروه گواه بود.

و پژوهش محرابی و همکاران که اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی- رفتاری را بر کنترل قندخون و کاهش مشکلات هیجانی بیماران دیابتی نوع ۱ مورد مطالعه قرار دادند و بیان داشتند که، پس از مداخله، میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش به طور معنی داری کاهش یافته است.

و نیز رنجبر و همکاران (۱۳۸۹) که در بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر میزان افسردگی مشاهده کردند که، بعد از مداخله تفاوت معنی داری بین گروه مداخله و کنترل وجود دارد. و نیز بین نمره ی افسردگی بیماران قبل از مداخله و بعد از آن در گروه مداخله تفاوت معنی دار وجود داشت.

همچنین پژوهش سجادی نژاد و همکاران (۱۳۸۷) که معتقدند درمان شناختی- رفتاری گروهی سبب کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سردرد می گردد.

و یا پژوهش میزونی و همکاران (۱۹۹۹) (به نقل از نظامی، ۱۳۸۶) که نشان دادند: آموزش کنترل و مقابله با استرس، نمرات افراد را در افسردگی به طور معنی دار کاهش می دهد.

و همسو با پژوهش شیریم و همکاران (۱۳۸۷) که اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان و نیز پژوهش یعقوبی نصرآبادی و همکاران (۱۳۸۲) که تاثیر گروه درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی را مورد مطالعه قرار داده و دریافتند که گروه درمانی شناختی- رفتاری به طور معنی داری در کاهش افسردگی بیماران بستری مبتلا به اختلال خلقی مؤثر بوده است.

تبیین نتیجه حاضر این چنین بر می آید که احتمالاً اثربخشی آموزش درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی به خاطر آموزش شناسایی و جایگزینی افکار و باورهای ناکارآمد و منفی که یکی از دلایل اصلی افسردگی است، می باشد. در واقع، سندرم پیش از قاعدگی مساله ای است که افکار، باورها و هیجانات فرد را تحت تاثیر خود قرار می دهد، و سیری از نشخوارهای فکری را در فرد به راه می اندازد. به همین جهت، اتفاقی

که در درمان شناختی - رفتاری برای این سندرم می افتد، پرداختن به شناخت ها و باورهای فرد نسبت به سندرم و چالش هایی که این سندرم برای فرد پیش می آورد است، و به فرد کمک می شود، با افسردگی پدید آمده از این سندرم که به اعتقاد روانشناسان این حوزه ثانوی بوده، آنهم از طریق چارچوب های درمانی خاص برای افسردگی نظیر نشخوار فکری و باورهای ناکارآمد پرداخته و به بر طرف نمودن آن مبادرت ورزید.

۳-۵. محدودیت های پژوهش

این پژوهش دارای محدودیت های ذیل بوده است:

الف) در این پژوهش شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی در نظر گرفته نشده بود، و این امکان وجود دارد که اثر آن بعنوان یک متغیر مداخله گر، نتایج را تحت تاثیر خود قرار دهد.

ب) گروه کنترل این پژوهش مداخله درمانی دریافت نکردند، و این امکان وجود دارد که داده ها و نتایج پژوهش حاضر تحت تاثیر این مساله قرار گرفته باشند.

ج) گروه آزمایش متشکل از زنان شاغلی بود که فرصت شرکت در گروه درمانی را کمتر داشته و به همین جهت مداخله درمانی که برای اضطراب آنان در نظر گرفته شده بود، بطور کامل اجرا نشد.

۴-۵. پیشنهادات

با توجه به اینکه یافته های هر پژوهش می تواند رهگشای انجام پژوهش های بعدی باشد و با نظر به اینکه این تحقیق گام کوچکی در جهت بررسی درمان های غیردارویی در سندرم پیش از قاعدگی است. لذا پژوهشگر با استفاده از یافته های بدست آمده، برای بهبود وضعیت موجود پیشنهادات زیر ارائه می شود.

۱- افزایش آگاهی و تقویت توانایی های فردی زنان مبتلا به PMS که می تواند از بروز و تشدید بسیاری از بحران های خانوادگی و اجتماعی جلوگیری کرده و به سلامت روانی و عاطفی زنان در جهت برخورد بهینه با استرس و چالش های موجود کمک کند.

۲- با توجه به نقش مراکز آموزشی و تحصیلی در ارتقای سلامت و بهداشت زنان، پیشنهاد می گردد، آموزش و پرورش، برنامه های آموزشی مدون در زمینه های کنترل، تشخیص و درمان این نشانگان برای دختران و زنان فرهنگی، در سنین باروری اجرا کند.

۳- آموزشهای لازم در خصوص سندرم پیش از قاعدگی به کلیه دختران و زنان، در سنین باروری به دلیل شیوع بالای آن.

۴- آموزش به زنان در جهت استفاده صحیح و مناسب از رژیم غذایی و ورزش.

۵- لزوم توجه بیشتر به عوارض گسترده PMS و اتخاذ شیوه های مؤثر پیشگیری و درمانی برای رفع مشکلات مربوطه.

۶- برخی از استراتژی های درمان CBT برای PMS از کارآیی مداخلات در درمان افسردگی و اضطراب گرفته شده است. با این وجود آشفتگی های فیزیکی (مثل نفخ، و ...) که تاثیر منفی بر رفتار و کیفیت زندگی می گذارد و نیز ماهیت دوره ای این علائم که شبیه شدت و تکرار متغیر تجربه شده توسط افراد دچار درد مزمن می باشد اما با مفهوم سازی بیماری مزمن متمایز است، زیرا قاعدگی یک فرایند طبیعی و سالم است و در شکل طبیعی خود یک بیماری محسوب نمی شود و برای بسیاری از زنان سیکل قاعدگی قابل پیش بینی است. بنابراین مداخلات CBT باید این ویژگی ها را مد نظر قرار داده و علاوه بر تاکید بر اصلاح فکر و رفتار، تاکید بر پذیرش و آگاهی و شیوه های کنار آمدن با این تغییرات داشته باشد. آگاهی و پذیرش احتمالاً می تواند باعث کاهش تاثیر منفی این علائم شود.

۷- توجه و پژوهش در زمینه اثربخشی درمان های ترکیبی از جمله درمان CBT همراه با دارو درمانی، با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش که دارو می تواند در کاهش علائم جسمانی مؤثر باشد.

۸- انجام پژوهش های مشابه توسط پژوهش گران دیگر تا امکان مقایسه نتایج فراهم شود.

۹- لزوم دادن آگاهی به در خصوص سندرم پیش از قاعدگی و عواقب ناشی از آن به خانواده ها، پزشکان مؤسسات و سازمان هایی که به نحوی با زنان سر و کار دارند.

منابع فارسی

- احمدی، کامران (۱۳۸۰). زنان و مامایی. تهران: طب نوین.
- اسپیراف، لیون؛ گلس، رابرت اچ؛ کیس، نااثان جی (۱۹۳۵). آندروکرینولوژی بالینی زنان و نازایی اسپیراف. ترجمه بهرام قاضی جهانی، سمیرا مهاجرانی و اکبر فدایی (۱۳۸۰). تهران: گیلان، جلد اول.
- انجمن پزشکی بریتانیا [تهیه و تدوین]. بیماریهای زنان. ترجمه منصوره داوری (۱۳۸۲). مشهد: نشر سنبله.
- باستانی، فریده؛ رحمت نژاد، لیلی؛ جهدی، فرشته و حقانی، حمید (۱۳۸۷). خودکفایتی شیردهی و استرس درک شده در مادران نخست زا. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، شماره ۵۴، ۲۳-۹.
- بختیارپور، سعید و بنی جمالی، شکوه السادات (۱۳۸۷). بازنگری استرسورهای روانی- اجتماعی و محیطی محور چهار DSM- IV- TR در دانشجویان دانشگاههای اهواز. مطالعات روانشناختی، شماره ۱، ۱۲۱-۱۰۵.
- بختیارپور، سعید؛ بنی جمال، شکوه السادات (۱۳۸۷). بازنگری استرسورهای روانی- اجتماعی و محیطی محور چهار DSM- IV- TR در دانشجویان دانشگاههای اهواز. مطالعات روان شناختی، شماره ۱.
- بهرامی، فاطمه و آذریان، زهرا (۱۳۸۷). مطالعه مقدماتی رابطه نشانگان پیش قاعدگی و افسردگی با باورهای فراشناختی در زنان دانشجو. تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۲، ۱۴۲-۱۳۷.
- جانز، لولین. (۱۹۹۰). بیماریهای زنان. ترجمه: مریم پوررضا (۱۳۸۰). انتشارات درسا.
- جبل عاملی، شیدا؛ طاهر نشاط دوست، حمید و مولوی، حسین (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی و فشار خون بیماران زن مبتلا به فشار خون. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره پانزدهم، ۹۷-۸۸.

- جنتی، یدالله و خاکی، نسرین (۱۳۸۴). روان پزشکی در مامایی. تهران: جامعه نگر
- جواهری، راضیه؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ مولوی، حسین و زارع، محمد (۱۳۸۹). اثربخشی درمان مدیریت استرس شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به صرع لوب گیجگاهی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، شماره ۲ (شماره پیاپی ۵۱)، ۴۳-۳۲.
- جواهری، راضیه؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ مولوی، حسین و زارع، محمد (۱۳۸۹). اثربخشی درمان مدیریت استرس شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به صرع لوب گیجگاهی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، شماره ۲، ۴۳-۳۲.
- چکیده بیماریهای زنان و مایی کارنت. ترجمه دکتر دادخواه؛ دکتر رسمی؛ دکتر رسول پناه؛ دکتر شهرستانی و دکتر آهوئی، علی (۱۳۸۰). تهران: پورسینا.
- چوبفروش زاده، آزاده؛ کلانتری، مهرداد و مولوی، حسین (۱۳۸۸). اثربخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی زنان نابارور. مجله روان شناسی بالینی، شماره ۴، ۹-۱.
- حیدری، پروانه؛ لطیف نژاد، ربابه؛ صاحبی، علی؛ جهانیان، منیره و مظلوم، سیدرضا (۱۳۸۱). تاثیر درمان شناختی رفتاری بر اضطراب خانمهای نابارور اولیه تحت درمان IUI. فصلنامه باروری و ناباروری. ۵۱-۴۱.
- دلاور، علی (۱۳۸۲). احتمالات و آمار کاربردی در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: رشد.
- دنفورث، دیوید (۲۰۰۳). بیماریهای زنان و مامایی دنفورث ۲۰۰۳. ترجمه و تلخیص: دکتر سید جمال موسوی و دکتر سید جواد موسوی (۱۳۸۵). تهران: آثار سبحان.
- دهقانی، فهیمه؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ مولوی، حسین و نیلفروش زاده، محمد علی (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به آلپسی آرناتا. مجله روان شناسی بالینی، شماره ۲، ۹-۱.

- دوازده امامی، محمد حسن؛ روشن، رسول؛ محرابی، علی و عطاری، عباس (۱۳۸۸). اثربخشی آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کنترل قندخون و افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، شماره ۴، ۳۹۲-۳۸۵.
- دوازده امامی، محمد حسن؛ روشن، رسول؛ محرابی، علی و عطاری، عباس (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کنترل قندخون و افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، شماره ۴، ۳۹۲-۳۸۵.
- رضایی، فاطمه؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ مولوی، حسین و امرا، بابک (۱۳۸۸). اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم. مجله تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۱، ۴۲-۳۳.
- رنجبر، فرح‌دخت؛ اشک تراب، طاهره و دادگری، آتنا (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، شماره ۴، ۳۰۶-۲۹۹.
- ریولین، مایکل و مارتین، ریک دبلیو (۲۰۰۰). راهنمای بالینی بیماریهای زنان و مامایی. ترجمه مرجان مرادی مظهري و سيد مسعود ارزاقی (۱۳۸۱). تهران: نشر طبیب.
- زارع، حسین و تاراج، شیرین (۱۳۸۸). تأثیر نشانگان پیش از قاعدگی بر عملکرد حافظه‌های کوتاه مدت، بلند مدت و آینده‌گرا در زنان مبتلا به این نشانگان.
- سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا الکوت (۱۹۲۳). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۷). تهران: ارجمند.
- سارافینو، ادوارد (۱۹۴۰). روانشناسی سلامت. ترجمه: گروهی از مترجمان، زیر نظر دکتر الهه میرزایی (۱۳۸۴). تهران: رشد.

- سجادی نژاد، مرضیه سادات؛ محمدی، نورالله؛ تقوی، محمدرضا و اشجع زاده، ناهید(۱۳۸۷). تاثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی و احساس ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۴، ۴۱۸-۴۱۱.
- سلطانی، مرضیه؛ امین الرعایا، مهین و عطاری، عباس(۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دبیرستانهای دخترانه شهر تیران و کرون استان اصفهان. تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۱، ۹-۱۶.
- سلطانی، نسرين(۱۳۸۳). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های مدیریت استرس بر کاهش سبک اسناد منفی و افزایش سلامت روان بر دانش آموزان دختر سال اول دبیرستان های شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- سهرابی، ناهید؛ کاشانیان، مریم و غفوری، سیما(۱۳۸۹). بررسی تاثیر اسیدهای چرب امگا-۳ (omega-3) بر روی علائم سندرم پیش از قاعدگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، شماره ۷۳، ۴۵-۳۷.
- سیه‌بازی، شیوا؛ حریری، فاطمه زهرا؛ منتظری، علی و بنائم، لیدا (۱۳۸۹). استانداردسازی پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی PSST. ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی.
- شاهپوریان، فرنگیس؛ محمودی، زهره؛ باستانی، فریده؛ پارسایی، سوسن و حسینی، فاطمه(۱۳۸۴). سندرم پیش از قاعدگی و نشانه های مرتبط با آن در دانشجویان. نشریه پرستاری ایران، ۶۶-۵۷.
- شیربیم، زهرا؛ سودانی، منصور و شفیع آبادی، عبدالله(۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان- اندیشه و رفتار، شماره ۸، ۸-۱۸.
- صفوی نائینی، خ(۱۳۸۷). مقایسه تاثیر تمرینات فیزیکی و ایروبیک در زنان مبتلا به PMS در شیراز. نشریه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، شماره ۵۳، ۱۸۰-۱۷۷.
- طاهر نشاط دوست، حمید؛ نیلفروش زاده، محمدعلی؛ دهقانی، فهیمه و مولوی، حسین (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلوپسی آرناتا در مرکز

تحقیقات پوست و سالک اصفهان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، شماره ۲ (شماره پیاپی ۴۷)، ۱۳۳-۱۲۵.

- طاهر نشاط دوست، حمید؛ نیلفروش زاده، محمدعلی؛ دهقانی، فهیمه و مولوی، حسین (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلوپسی آرناتا در مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، شماره ۲، ۱۳۳-۱۲۵.

- طلایی، علی؛ فیاضی بردبار، محمدرضا؛ نصیری، افشین؛ پهلوانی، مهشید؛ دادگر، سلمه؛ ثمری، علی اکبر. بررسی همه گیر شناسی سندرم قبل از قاعدگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

- علوی آ (۱۳۸۵). شیوع تظاهرات بالینی سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی در دانشجویان علوم پزشکی بندرعباس. مجله پزشکی هرمزگان، شماره چهارم، ۳۳۵ تا ۳۴۱.

- فتی، لادن؛ موتابی؛ فرشته؛ بوالهری، جعفر و کاظم زاده عطوفی، مهرداد (۱۳۸۷). مدیریت استرس. راهنمای آموزش کارگاهی، تهران: دانژه.

- فری، مایکل (۱۹۹۹). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی. ترجمه مسعود محمدی و رابرت فرنام (۱۳۸۴). تهران رشد.

- قره خانی، پرویز؛ بهجت نیا، یحیی؛ آقازاده نائینی، افسانه و همکاران (۱۳۷۳). تظاهرات اصلی و درمان بیماریهای زنان. تهران: نوردانش.

- کریمان، نورالسادات؛ رضائیان، مریم؛ نساجی، فاطمه؛ ولائی، ناصر و گچکار، لطیف (۱۳۸۴). تاثیر ورزش بر سندرم قبل از قاعدگی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، شماره ۵۳، ۸-۱۵.

- لارسن، نیلز و استوکین، آیلین. اختلالات پیش از عادت ماهانه. ترجمه مهین میلانی (۱۳۷۲). چاپ ششم، تهران: درس.

- محرابی، علی؛ فتی، لادن؛ دوازده امامی، محمدحسن و رجب، اسدالله (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی- رفتاری بر کنترل قند خون و کاهش مشکلات هیجانی بیماران دیابتی نوع ۱. مجله دیابت و لیپید ایران، شماره ۲، ۱۱۴-۱۰۳.
- نظامی، مریم (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت کنترل استرس بر کاهش میزان استرس دانشجویان ایرانی و خارجی دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره) قزوین. پایان نامه ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- نوابی فر، فرناز؛ آقایی، اصغر؛ عمرانی فرد، ویکتوریا؛ افشار زنجانی، حمید و معینی، پدram (۱۳۸۷). اثربخشی و مقایسه گروه درمانی شناختی به شیوه منطقی- عاطفی- رفتاری و روش هومیوپاتی بر اختلال افسردگی زنان دانش و پژوهش در روانشناسی، شماره ۳۷، ۶۴-۴۱.
- نیکبخت، مسعود و علیجانی، عیدی (۱۳۸۴). مقایسه تاثیر ۸ هفته تمرین هوازی و مصرف ویتامین B6 بر علائم سندرم پیش قاعدگی دختران غیرورزشکار دانشگاه شهید چمران اهواز. حرکت، ۲۸، ۶۸-۵۷.
- نیکخو، محمدرضا (۱۳۸۴). اختلال های قاعدگی «تشخیص و درمان به زبان ساده». چاپ اول، تهران: سخن.
- یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ عاطف وحید، محمد کاظم و احمدزاده، غلامحسین (۱۳۸۲). تاثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی- اندیشه و رفتار، شماره ۲، ۶۳-۵۶.

منابع لاتین

- Alexander, M., Fawcett, J. N., Punciman, P. J. (2000). The Reproductive Systems .Nursing Practice Hospital and Home. 232-236 and 617- 619.
- Bendich ,A.(2000). The potential for dietary supplements to reduce premenstrual symptoms. Journal of The American college of Nutrition 19(1): 3-12.
- Berek,S.(2006). Novaks Gynecology.14th edition.chapter 7: 161-184.
- Carson ,V. B.(2000).Mental health Nursing. 22th edition .The Nurse patient Journey
Sunders W B Company:1-6.
- Casacchia, M., Police, R., Matteucci, M .(1999).Brain Serotonin and The Mechanism of
action of Selective Serotonin reuptake inhibitors (SSRI) .Arch Gerontol Geriatr
Supple (6): 65-67.
- Demicheli ,F. B., Ludick, F., Lucas ,H., Chardonnnes, D.(2002). Premenstrual disorders:
current status of treatment. SWISS MED (132): 574-578.
- Ethel, Sloan.(2002).Biology of Women.4th edition.Delmar India.chapter 3: 82-88.
- Fredrikson, M .G.(2000). Premenstrual syndrome obstet and Gynecology: 173-175.
- Geary, A.(2001). Food and mood handbook: find relief at last from depression, anxiety,
PMS, cravings and mood swings. London Thorsons: 1-6.
- Hacker, Moor. (1994).Premenstrual syndrome .2th edition .Sanders Company: 1011-15.
- Halbriech, U., Smoller, J. W.(1997). Intermittent luteal phase sertraline treatment of
dysphoric premenstrual syndrome. J clinical Psychiatry 58(9):399-402.
- Havens, C.S., Sullivan, N.,Tilton, P.(1991).Manual of out patient Gynecolog. 2th
edition.Mosby:61-69.
- Kaplan, H .,Sadock, B.(2000). Compreheensive Text Book of Psychiatry .7th edition .A
wolters Kluwer Company: 1952-1958.
- Kennet., Berkwoitz,R .S.(1999). Kistners Gynecology and Womens Health.7th edition.
Chapter 20: 519-539.

- Lowder milk, D. L., Perry, S. E .(2004).Maternity and Womens Health care .7th edition .Health Science Company: 161-163.
- Luesly, D.M., Barker, P. N.(2004). Premenstrual syndrome obstetrics and Gynecology An evidence – based .Saunders :555-559.
- Mortola, J .F.(2000).Premenstrual Syndrome .Springer Academic Press: 114-121.
- Nahan, Kase., Weingold., Allan, B.(1990). Premenstrual Syndrome. Principles and Practic of clinical Gynecology.2th edition .Churchill Living Inc.chapter 38: 672-684.
- Rapkin, A.j., chang, L.C.,& Reading, A.E(1989). Mood and cognitive style in premenstrual syndrome. obstetrics And Gynecology 74: 644-649.
- Rinomhota, A.,Marshall, P .(2000).Brain Metabolism Hormonal activity and Mental Health Nursing .Churchill Living Stone: 53-58,62-70, 102-104, 147-162.
- Robert, L., Reid .(2006).Premenstrual syndrome.chapter 10: 1-16.
- Ronald, S., Gibbs, Bethy.(2008). Danfort s Obstetrics and Gynecology .10th edition .Haney Ingrid nygaard. chapter 38: 672-681.
- Sayegh, R., Schiff ,I., Wurtmani,j., Spiers, P. M., Dermatt, J.(1995). The Effect of a carbohydrate Rich beverage on Mood, Appetite and cognitive function in Women with Premenstrual syndrome .Obstetric and Gynecology 1 :520-528.
- Speroff, L., Glass, R .H .,kass, N. G .(2005). Clinical Gynecology and endocrinology and Infertility .7th edition .A wolters Kluwer Company. chapter 14: 531-546.
- Steinner, M., Macdougall, M., Brown ,E.(2003). The Premenstrual symptoms Screening tool (PSST) for Clinicians.Archives of Menstrual syndrome Health (6): 203-209.
- Willson, J. R .,Carrington, E. R.(1991). Obstetrics and Gynecology .9th edition Year book: 115-120.
- Younkers, K .A., Pearlstein ,T., Kosenheck, R .A.(2003). Premenstrual disorders .bridging research and clinical reality. Arch Womens Ment Health6(4): 287-292.
- Blake,F.,Salkovskis, P., Gath, D.,Day, A.,& Garrod, A.(1998). cognitive therapy for premenstrual syndrome: a controlled trial. J psychsom Res 45: 307-318.
- Christensen, A.P.& oei, T.P.S.(1995) The efficacy of cognitive behavior therapy in treating premenstrual dysphoric changes. J Affect Disord 33: 57-63.

- Dickerson, L. M., Pharm, D., Mazyck, P. J., Hunter, M.H.(2003). Premenstrual syndromes .American Family Physician.8(67): 1743-1747.
- Dickerson, LoM., MaZyck, P.J., & Hunter, M.H.(2003). Premenstrual syndrome. Americon Family physician 67: 1743- 1752.
- Evans, S.M., Foltin, R.W.,& Fischman, M.W.(1999) Food "cravings" and the acute effects of alprazolam on food intake in women with premenstrual dysphoric disorder. Appetite 32: 331- 349.
- Hunter, M.S., Ussher, J.M., Cariss, M., Browne, S.j., yelley, R.,& katz, M.(2002). A randomized Comparison of psychological(cognitive behavior therapy) medical(Fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. J psychosom obstet Gynecol 23: 193- 199.
- Keogh,E.,Bond, F.W.& Flaxman, P. E.(2005). Improving academic performance and mental health through a stress management intervention: outcomes and mediators of change. Behaviour Research and therapy. 44: 339-357.
- Kirkby, R.J.(1994). Changes in premenstrual symptoms and irrational thinking following cognitive behavioral coping skills training. J consult clin psychol 61: 1026- 1032.
- L.U,L.(1994). University transition: majorand minor life stressore, personality characteristics and mental health. Psychological medicin, 24: 81- 87.
- Limosin, F., & Ades, J.(2001). Psychiatric and psychological aspects of premenstrual syndrome. L. enc.e. phale 27: 501-508.
- M. Kathleen, B., Lustyk., winslow, G., Gerrish., Shelley, Shaver., shaunie, L.,& keys.(2009). Cognitive- behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review: Arch womens Ment Health 12:85-96.
- Mchichialami, kh., Tahiri, S.M., Moussaoui, D.,& Kadri, N.(2002), Assessment of premenstrual dysphoric disorder symptoms: population of women in Casablanca. 28: 525- 530.
- Morgan, M.,Rapkin, A.(2002). Cognitive flexibility, reaction time, and attention in women with premenstrual dysphonic disorder. Gend specif Med 5: 28-36.
- Morse, C.A., Bernard, M.e.,& Dennertein, L.(1989). The effects of rational emotive therapy and relaxtion training on premenstrual syndrome: a preliminary study. J Rational- Emotive coy- Behave ther 7: 98-110.

- Morse, C.A., Dennerstein, L., Farrell, E., & Varnavides, K. (1991). A comparison of hormone therapy, coping skills training, and relaxation for the relief of premenstrual syndrome. *J Behav Med* 14: 464- 489.
- Reed, S.C., Levin, F.R., & Evans, S.M. (2008). Changes in mood, cognitive performance and appetite in the late luteal and follicular phases of the menstrual cycle in women with and without PMDD. *Hormones and Behavior* 54: 185- 193.
- Resnick, A., Perry, W., Parry, B., Mostofi, N., & Udell, C. (1998). Neuropsychological performance across the menstrual cycle in women with and without premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatry Research* 77: 147-158.
- Shman, L.P. (2010). Gynecological management of premenstrual symptoms. *Current Pain and Headache Reports* 14: 367- 375.
- Slad, P. (1989). Psychological therapy for premenstrual emotional symptoms. *Behav Psychother* 17: 135-150.
- Stearns, S. (2001). PMS and PMDD in the domain of mental health nursing. *Journal Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 39: 16-27.
- Subhash, C., Bhatia, M. D., and Shashik, Bhatia, M.D. (2002). Diagnosis and Treatment of premenstrual dysphoric disorder. *American Family Physician* 66: 1239-1248.
- Tschudin, S., Berteau, P.C., & Zemp E. (2010). Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Archives of Women's Mental* 13: 485-494.

Abstract:

Introduction: Due to the Premenstrual Syndrome (PMS), one of the most common pervasive disorders that significantly disrupt women's lives, the need for further investigation in this area is provided. Current study was designed to investigate the effectiveness of cognitive - behavioral therapy on declining the mental problems (anxiety and depression) and symptoms of premenstrual syndrome in women.

Methods: This quasi-experimental design with pre-test-post-test control group was administered. Between cultural women with PMS in Isfahan in 1391-1392, 40 were randomly selected and assigned to two groups' equal treatment and control groups. Experimental Groups give cognitive - behavioral therapy for 8 week, while the control group was followed. Questionnaires (BDI-II, BAI) as an assessment tool in the pre-test, post-test were used. Data was analyzed by descriptive indicators, ANCOVA test and t-test of difference in SPSS software.

Results: Subjects in the experimental group, in the PMS ($p < 0.05$) as well as in depression scores ($p < 0.05$) significantly lower than the control group which showed at post-test. Anxiety scores ($p > 0.05$) not showed a significant decrease compared to the control group at post-test.

CONCLUSIONS: Cognitive -behavioral therapy significantly reduce psychological problems (depression) and symptoms of premenstrual syndrome.

Keywords:

premenstrual syndrome, cognitive -behavioral, psychological problems, anxiety, depression



ISLAMIC AZAD UNIVERSITY
Najafabad Branch

Faculty of Humanities
Department of Clinical psychology
"M.A" Thesis
On Clinical Psychology

**Effect of Cognitive – Behavioral Therapy to Reduce
Psychological Problems (Anxiety and Depression) and
Symptoms of Premenstrual Syndrome in Women with PMS**

Supervisor :
Fariba Yazdkhasteh Ph.D.

By :
Elham Maroofi

Summer 2014