

The Effect of Cognitive-Behavioral Stress Management on Anxiety and Somatic Symptoms of Women with Premenstrual Syndrome

تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر اضطراب و علائم جسمانی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی

Farzane Mirzaei. M.A.

University of Payam Noor Rafsanjan

Hamidtaher Neshatdoost. Ph.D.

University of Isfahan

Mehrdad Kalantari. Ph.D.

University of Isfahan

Kazem Nematolahzade Mahani. Ph.D.

Islamic Azad University, Zarand Branch

Sheida Jabalameli. Ph.D Student

University of Isfahan

Tahere Merollahi. Ph.D Student

University of Malaya, Kuala Lumpur

فرزانه میرزایی*

کارشناس ارشد دانشگاه آزاد اسلامی زرنند

حمیدطاهر نشاطدوست

دانشگاه اصفهان

مهرداد کلانتری

دانشگاه اصفهان

کاظم نعمت‌الله‌زاده ماهانی

دانشگاه آزاد اسلامی زرنند

شیدا جبل‌عاملی

دانشجوی دکترا دانشگاه اصفهان

طاهره مهراللهی

دانشجوی دکترا دانشگاه مالایا، مالزی

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the efficacy of cognitive-Behavioral Stress Management (CBSM) on the anxiety and somatic symptoms of women with Premenstrual Syndrome (PMS). This semi-experimental study was conducted as post-test and pre-test by control groups. Statistical population included women who had referred to 3 Rafsanjan city pregnancy clinics in May 2009. The sampling method was "step by step" random sampling; so after random choice of one clinic, from among women who referred to this clinic, 50 women were selected as available sample and then 20 of them, who acquired the highest score by the Questionnaires for Estimating PMS, were selected as final sample and were randomly separated into two equal groups. Data gathered by General Health Questionnaire (GHQ-28) and Questionnaires for Estimating PMS Symptoms. The women of interventional group took part in 90-minutes training program for 8 sessions. Post-test scores recorded and data analyzed by co-variance test using SPSS-16 software. The data from two groups showed that the mean scores of post-test anxiety ($P < 0.05$) significantly decreased in the experimental group compared to the control group. The results also showed that the mean scores of post-test of somatic symptoms in experimental group did not decrease significantly.

Key words: anxiety, somatic symptoms, Stress Management, Cognitive- Behavioral, Premenstrual Syndrome (PMS)

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب و نشانه‌های جسمانی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی است. روش مطالعه نیمه تجربی، به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل زنان مراجعه‌کننده به کلینیک زنان و زایمان شهر رفسنجان در اردیبهشت ۱۳۸۸ بود. روش نمونه‌گیری به شیوه تصادفی مرحله‌ای بود، به این صورت که بعد از انتخاب تصادفی یک کلینیک از بین سه کلینیک موجود، از بین مراجعان ۵۰ نفر به صورت نمونه در دسترس انتخاب و سپس ۲۰ نفر که بالاترین نمره را در پرسشنامه سنجش علائم نشانگان پیش از قاعدگی کسب کرده بودند، به عنوان نمونه نهایی گزینش و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. اطلاعات با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه سنجش علائم نشانگان پیش از قاعدگی از قاعدگی صادقی (۱۳۸۳)، جمع‌آوری گردید. افراد گروه مداخله در یک برنامه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۸ جلسه هفتگی شرکت کردند. نمره‌های پس‌آزمون هر دو گروه جمع‌آوری گردید و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS16 و آزمون کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش در اضطراب ($P < 0.05$) نسبت به گروه گواه کاهش معناداری پیدا کرده است اما میانگین نمره‌های پس‌آزمون نشانه‌های جسمانی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش معناداری پیدا نکرده است. **واژه‌های کلیدی:** اضطراب، علائم جسمانی، مدیریت استرس، شناختی- رفتاری، نشانگان پیش از قاعدگی

مقدمه

برخی نظریه‌های مربوط به ایجاد نشانگان پیش از قاعدگی عبارت‌اند از: افزایش استروژن یا کاهش پروژسترون، کمبود ویتامین B6 و ویتامین A، تغییر سطح پرولاکتین^{۱۱}، احتباس مایعات، حساسیت‌های هورمونی، هیپرکلسمی^{۱۲}، تغییرات آلدوسترون، اختلال متابولیسم پروستاگلندین‌ها، اختلال متابولیسم سروتونین به‌خصوص در دستگاه اعصاب مرکزی و نیز عوامل روان‌شناختی (پیرسون و داوود^{۱۳}، ۱۹۹۵).

استرس خارجی نیز در مرحله‌ای از زندگی در ایجاد نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است (دالتون^{۱۴}، ۱۹۷۷). لی و هاپکینز^{۱۵} (۱۹۹۹) معتقدند که استرس، منجر به افزایش سطح کورتیزول خون می‌گردد و از آنجا که کورتیزول و پروژسترون بر گیرنده‌های مشترکی بر روی سلول‌ها رقابت می‌کنند، کورتیزول فعالیت پروژسترون را مختل می‌کند و زمینه بروز فعالیت استروژن را فراهم می‌سازد. این امر به‌طور مزمین باعث شروع و یا بدتر شدن نشانگان پیش از قاعدگی می‌گردد.

نشانگان پیش از قاعدگی یک اختلال با علایم متعدد است (هاونس، سولیوان و تیلتون^{۱۶}، ۱۹۹۲). در ویرایش چهارم تجدید نظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^{۱۷} (DSM-IV-TR) ملاک‌های پژوهشی برای نشانگان پیش از قاعدگی، علایم مربوط به خلق ناهنجار و شکایات جسمانی ذکر شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). علایم جسمانی، اولین علایمی است که مبتلایان به نشانگان پیش از قاعدگی به آن توجه می‌کنند. در اولین معیار تشخیصی DSM-IV (علایم یازدهگانه) بیشترین فراوانی مربوط به گروه علایم جسمانی با فراوانی ۹۱/۷ درصد است (به نقل از تقی‌زاده، غفرانی‌پور، نیک‌پور و فقیه‌زاده، ۱۳۸۲). برخی علایم جسمانی نشانگان پیش از قاعدگی شامل نفخ شکم، تهوع، استفراغ، یبوست، اسهال، کاهش اشتها، بی‌خوابی، پرخوابی، تپش قلب و تورم اعضا می‌باشد (اسپیروف و فریتز^{۱۸}، ۲۰۰۵).

همچنین شایع‌ترین علامت گزارش شده در مبتلایان به نشانگان پیش از قاعدگی، اضطراب، تنش و دلواپس بودن (۷۴/۴ درصد) است (طلایی و همکاران، ۱۳۸۷). در نوع شدید

عادت ماهیانه یک پدیده فیزیولوژیک در زنان است که تمامی زنان سالم در سنین باروری آن را تجربه می‌کنند. سیکل قاعدگی شامل سه مرحله فولیکولی^۱، ترشحي^۲ و قاعدگی می‌باشد. قاعدگی همچون سایر پدیده‌های فیزیولوژیک بدن، ممکن است دچار اختلالاتی گردد. از شایع‌ترین اختلالات قاعدگی، نشانگان پیش از قاعدگی^۳ (PMS) است. نشانگان پیش از قاعدگی بیماری جسمی- روانی^۴ محسوب می‌شود که با طیف وسیعی از تغییرهای عاطفی و جسمانی شناخته می‌شود (کرول و راپکین^۵، ۲۰۰۶). این نشانگان در نتیجه تغییرات استروئیدهای جنسی که همراه با چرخه قاعدگی روی می‌دهد ظاهر و به‌طور معمول یک هفته قبل از خونریزی (طی فاز ترشحي) شروع می‌شود و با علایم جسمی، خلقی و شناختی همراه است (سادوک و سادوک^۶، ۲۰۰۳). گروه گسترده‌ای از زنان (حدود ۷۵ درصد) در دوره باروری علایم فیزیکی و روانی آن را تجربه می‌کنند (گیبز، کارلان، هانی، نیگارد و کلوور^۸، ۲۰۰۸).

میزان شیوع نشانگان پیش از قاعدگی در اغلب مطالعات غربی بین ۲۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (گلوب و هارینگتون^۹، ۱۹۸۱). علی‌رغم اینکه در داخل ایران مطالعه جامع بر روی این اختلال صورت نگرفته، اما مطالعات پراکنده، شیوع نشانگان پیش از قاعدگی را در دانشجویان بین ۴۴/۵ تا ۸۲/۵ درصد گزارش می‌دهد (طلایی، فیاضی بردبار، نصیری، پهلوانی، دادگر و همکار، ۱۳۸۷). جدیدترین آمار به‌دست آمده از میزان شیوع نشانگان پیش از قاعدگی را می‌توان در مطالعه‌ای از مهرالهی (۱۳۸۹) به‌دست آورد که میزان فراوانی نشانگان پیش از قاعدگی را در جامعه آماری خود ۷۴/۱ درصد گزارش کرده است. علت اصلی این نشانگان همچنان ناشناخته باقی مانده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). با این وجود، پژوهشگران نشانگان پیش از قاعدگی را یک بیماری چندعاملی (سایکواندوکرین^{۱۰}) در نظر گرفته و سبب‌شناسی خلقی، رفتاری و فیزیولوژیک بسیاری در مورد علل ایجاد این نشانگان پیشنهاد کرده‌اند (صالحی و صالحی، ۱۳۸۵).

1. follicular
3. Premenstrual Syndrome (PMS)
5. Kroll & Rapkin
7. Sadock & Sadock
9. Golub and Harrington
11. prolactin
13. Pearson & Dawood
15. Lee & Hopkins
17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

2. luteal
4. psycho-somatic
6. steroid
8. Gibbs, Karlan, Haney, Nygard and Kluwer
10. Psychoendocrine
12. hypercalcemia
14. Dalton
16. Havens, Sullivan & Tilton
18. Speroff & Fritz

می‌توان به تجویز مفنایمیک‌اسید^۶ و قرص‌های هورمونی (پروژسترون)، پیریدوکسین^۷، (ویتامین B6)، دوز پایین دانازول^۸، سرکوب طبی عملکرد تخمدان با جراحی و داروهای جدید ضد اضطراب کوتاه اثر (مثل آلپرازولام^۹) یا هیپنوتیک^{۱۰}ها (مثل تریازولام^{۱۱}) و داروهای جدیدتر ضد افسردگی (مانند داروهای مهارکننده انتخابی با بازجذب سروتونین^{۱۲} و نوراپی‌نفرین^{۱۳}) اشاره کرد (برک^{۱۴}، ۲۰۰۷). از آنجا که عوامل روان‌شناختی و هیجانی مانند اضطراب، استرس و افسردگی علایم نشانگان پیش از قاعدگی را تشدید می‌نماید، پژوهشگران، درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش نشانه‌های نشانگان پیش از قاعدگی را مطالعه و بررسی کرده‌اند. دیویودی، کایور و دیویودی^{۱۵} (۲۰۰۸) در مطالعه خود، تأثیر به‌کارگیری شیوه^{۱۶} ۶۱ نقطه‌ای آرام‌سازی^{۱۶} را بر پارامتر استرس در نشانگان پیش از قاعدگی بررسی کردند و دریافتند؛ این شیوه باعث کاهش فعالیت سمپاتیک می‌شود و در نتیجه توان پایه سمپاتیک افراد مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی به طرز قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند و استرس در آنها کم می‌شود. ویات، دایموک، ایزماییل، جونز و ابرین^{۱۷} (۲۰۰۴)، در پژوهش خود تأثیر آنالوگ‌های هورمون آزادکننده‌گنادوتروپین^{۱۸} (GnRHa) در درمان نشانگان پیش از قاعدگی را مثبت ارزیابی کردند. براساس یافته‌گیرمن، لی و کیلگر^{۱۹} (۲۰۰۳) در پژوهشی ۱۰ ماهه بر روی ۴۰ زن؛ ورزش‌های کششی یا یوگا در درمان نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر بود. در مطالعه هانتز^{۲۰} و همکاران (۲۰۰۲) اجرای سه روش؛ درمان شناختی-رفتاری و درمان شناختی-رفتاری همراه با فلورکسیتین و درمان با فلورکسیتین برای زنان با نشانگان پیش از قاعدگی با علایم شدید (PMDD) بعد از ۶ ماه نشان داد که در هر سه روش بهبود مهمی ملاحظه می‌شود. در پژوهش براون، ابرین، مارجوریوبانک و ویات^{۲۱} (۲۰۰۲) مصرف مهارکننده‌های انتخابی با بازجذب سروتونین موجب بهبود نسبی علایم جسمانی نشانگان پیش از قاعدگی بود.

نشانگان پیش از قاعدگی یعنی اختلال دیسفوریک قبل از قاعدگی^۱ (PMDD) نیز شایع‌ترین علامت، اضطراب گزارش شده است (ویچن، بیکر، لایب، کراوس^۲، ۲۰۰۲). نتایج مطالعه چاو، چانگ و چانگ^۳ (۱۹۹۸) نشان می‌دهد که سطوح بالای اضطراب با افزایش علایم نشانگان پیش از قاعدگی ارتباط مستقیم دارد.

اگرچه نشانگان پیش از قاعدگی فرد را متحمل ناراحتی‌های جسمانی می‌نماید، اما تأثیر مشکلات روانی آن بر فرد و جامعه درخور توجه شایان است. مشکلات روان‌شناختی ناشی از نشانگان پیش از قاعدگی شامل اضطراب و استرس، پرخاشگری، بی‌قراری و اختلال در خواب می‌باشد. اهمیت مشکلات روان‌شناختی ناشی از این نشانگان به حدی گسترده است که ممکن است به از هم‌پاشیدگی ساختار خانوادگی فرد، اختلال در عملکرد و روابط بین‌فردی و حتی مشکلات شخصی مانند کاهش عزت‌نفس و مشکلات شخصیتی منجر گردد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). سالانه بیش از ۲/۵ میلیون زن از عوارض نشانگان پیش از قاعدگی آسیب می‌بینند که ناشی از تأثیر بر کیفیت زندگی آنان است (کلایتون^۴، ۲۰۰۸). نشانگان پیش از قاعدگی به اندازه‌نا توانی جنسی مردان ممکن است واقعی، پیچیده و ناراحت‌کننده باشد (هیوارد^۵، ۱۹۹۶). اما در جامعه ما به دلیل مسائل فرهنگی مورد کم‌توجهی مسئولان و پژوهشگران قرار گرفته و مطالعه جامع و در نتیجه راه‌حل قاطعی برای آن ارائه نشده است. عواملی چون افت تحصیلی در دانش‌آموزان و دانشجویان دختر، افزایش درگیری‌های شغلی و همچنین افزایش تقاضای طلاق از سوی زنان در دوره پیش از قاعدگی، موجب آشفتگی و مخاطرات جدی در زندگی مبتلایان گشته است.

به‌دلیل آنکه نشانگان پیش از قاعدگی یک بیماری چندعاملی و با علایم بسیار مختلف است، در نتیجه نمی‌توان درمان مشخص و ثابتی را برای آن به‌کار بست؛ بنابراین در موارد خفیف و متوسط از تدابیر غیردارویی و در موارد حاد باید از درمان دارویی استفاده کرد. از جمله مداخلات دارویی

1. Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)
2. Wittchen, Becker & Lieb & Krause
3. Chau, Chang & Chang
4. Clayton
5. Hivard
6. mefenamic acid
7. pyridoxine
8. danazol
9. alprozolam
10. hypnotic
11. teryazolam
12. Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)
13. Selective Norepinephrine Reuptake Inhibitor (SNRI)
14. Berek
15. Dvivedi, Kaur & Dvivedi
16. 61-point relaxation technique
17. Wyatt, Dimmock, Ismail, Jones & O'Brien
18. Gonadotrophin – Releasing Hormone analogues
19. Girman, Lee & Kilger
20. Hunter
21. Brown, O'Brien, Marjoriobank & Wyatt

در یک پژوهش از دایموک، ویات، جونز و ابرین^۱ (۲۰۰۰) که بر اثربخشی گیرنده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین (SSRI) صورت گرفت، یافته‌ها، SSRI را همچنان در خط اول درمان برای نشانگان پیش از قاعدگی شدید معرفی می‌کند که برای درمان نشانه‌های جسمانی و رفتاری نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است.

تیلور^۲ (۱۹۹۹) یک مدل چندگانه بر روی ۹۱ زن با نشانگان پیش از قاعدگی شدید اجرا کرد. یکی از رئوس این برنامه خودتنظیمی^۳ شامل رفتاردرمانی مانند آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، تصویرسازی، تمرین تنفس و راهبردهای شناختی مثل تغییر در الگوی افکار منفی و تمرین افزایش عزت نفس و به‌طور کلی، مدیریت استرس محیطی و شخصی بود. اجرای این مدل باعث شد که ۷۵ درصد از افسردگی قبل از قاعدگی و نیز ۳۰ تا ۵۴ درصد از سایر علائم ناراحت‌کننده نشانگان پیش از قاعدگی کاسته شود. نتایج در مقایسه با تأثیر داروهای ضدافسردگی که ۴۰ تا ۵۲ درصد از علائم نشانگان پیش از قاعدگی شدید را کاهش می‌داد، قابل ملاحظه بود. نتیجه این پژوهش اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی را در کاهش علائم پیش از قاعدگی تأیید کرد. در مطالعه کایرکبی و لیندر^۴ (۱۹۹۸) ورزش به‌عنوان عامل کاهش اضطراب برای نشانگان پیش از قاعدگی، درمان مؤثری معرفی شده است. بلیک، سالووسکیز، گات، دی و گارود^۵ (۱۹۹۸) در مطالعه اثربخشی شناخت‌درمانی بر مبتلایان به نشانگان پیش از قاعدگی؛ ضمن برگزاری ۱۲ جلسه شناخت‌درمانی به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی در کاهش علائم نشانگان پیش از قاعدگی به‌طور معناداری در مقایسه با گروه گواه مؤثر واقع شده است. نتایج پژوهش صفوی‌نائینی (۱۳۸۷) در مقایسه تأثیر ورزش ایروبیک و تمرینات فیزیکی بر علائم نشانگان قبل از قاعدگی، تفاوت معناداری در میزان علائم نشانگان پیش از قاعدگی در گروه آزمایش نشان داد. نیک‌بخت و عبادی (۱۳۸۶)، به مقایسه تأثیر دو روش تمرینی پیاده‌روی و دویدن بر نشانه‌های نشانگان پیش از قاعدگی در دختران دبیرستانی شهر اهواز پرداختند (سه گروه دو، پیاده‌روی و کنترل بدون ورزش. نتایج پس از ۴ هفته و نیز ۸ هفته، کاهش معناداری در نشانه‌های جسمی و روانی نشانگان پیش از قاعدگی در گروه پیاده‌روی نشان داد. در گروه دوم، فقط در نشانه‌های جسمی کاهش مشابهی دیده شد. مطالعه صالحی و صالحی (۱۳۸۶)

حاکی از تأثیر ویتامین B6 (پیرودوکسین) بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب، بی‌قراری، خواب‌آلودگی (از علائم روان‌شناختی) و علامت حساسیت پستان (علائم جسمانی) بود. صادقی (۱۳۸۳)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی سالم بر کاهش علائم نشانگان پیش از قاعدگی پرداخت. وی پس از ۶ جلسه آموزش سبک زندگی سالم در مقایسه با گروه گواه که هیچ آموزشی دریافت نکرده بودند، نتیجه گرفت که آموزش سبک زندگی سالم، علائم خلقی نشانگان پیش از قاعدگی را کاهش داده، اما علائم جسمانی را تغییر نداده است.

دولتیان، منتظری، ولایی و احمدی (۱۳۸۰)، در مقایسه اثر ویتامین B6 و ویتامین E بر علائم نشانگان پیش از قاعدگی دریافتند؛ ویتامین E موجب بهبود علائم روانی نشانگان پیش از قاعدگی و ویتامین B6 موجب بهبود نسبی علائم جسمی نشانگان پیش از قاعدگی می‌گردد.

برک (۲۰۰۷) یکی از درمان‌های غیردارویی برای نشانگان پیش از قاعدگی را کاهش فعالانه استرس‌ها می‌داند. همچنین گبیز و همکاران (۲۰۰۸) استفاده از راهبردهای کاهش تنش و استرس را برای مبتلایان به نشانگان پیش از قاعدگی مفید می‌دانند. جدیدترین شیوه مقابله با استرس، به‌خصوص استرس ناشی از مشکلات بیماری‌های جسمانی که کاربرد آن در پژوهش‌های سالهای اخیر بررسی شده است؛ مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری^۶ (CBSM) است (آنتونی، ایرونسون، شنايدرمن^۷، ۲۰۰۷). مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس، به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس گفته می‌شود که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس توانایی افراد برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس آور تلقی می‌شود. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی درباره استرس، آموزش تن‌آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم و مدیریت زمان است (لیندن^۸، ۲۰۰۵ به نقل از رضایی، ۱۳۸۶). تأثیر این روش بر مبتلایان به آسم، ایدز، فشارخون و برخی اختلالات دیگر مطالعه شده است. از آنجا که مشکلات جسمی و روانی نشانگان پیش از قاعدگی به شکل بارزی موجب آشفتگی در زندگی خانوادگی و شغلی مبتلایان می‌گردد؛ این پژوهش، با هدف بررسی اثر مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر علائم نشانگان پیش از قاعدگی از جمله اضطراب و نشانه‌های جسمانی انجام شد.

1. Dimmock, Wyatt, Johnes & O'Brien

3. self- regulation

5. Blake, Salkovskis, Gath, Day & Garrod

7. Antonv. Ironson. Schneiderman

2. Tayloy

4. Kirkby & Linder

6. Cognitive- Behavioral Stress Management

8. Linden

منابع مختلف روانپزشکی و زنان - مامایی استخراج گردیده است. در این پژوهش از زیرمقیاس‌های اضطراب و علائم جسمانی این پرسشنامه استفاده شده است.

به منظور تعیین پایایی از دو روش ضریب آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی استفاده شد. در یک مطالعه، آزمایش بر روی 40 نفر از جامعه آماری پژوهش، ثبات درونی پرسشنامه محاسبه گردید و ضریب آلفای کرونباخ 0/98 به دست آمد. در روش بازآزمایی، پرسشنامه دو بار و با فاصله زمانی یک ماه بر روی یک نمونه از جامعه آماری پژوهش اجرا شد و ضریب همبستگی بین نمره‌ها در دو بار اجرا 0/82 محاسبه گردید (صادقی، 1383). همچنین اعتبار محتوایی پرسشنامه را گروهی متشکل از متخصصان روانپزشکی، مامایی، پزشک زنان و روان‌شناس تأیید کردند. برای تعیین روایی افتراقی، میانگین‌های دو گروه دارای علامت و بدون علامت با استفاده از آزمون t مستقل مقایسه شد و نشان داد که تفاوت دو گروه معنادار ($P=0/00$) است (صادقی، 1383). افراد گروه آزمایش و گواه باید گزینه مناسب را (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم) انتخاب کرده و علامت بزنند. پاسخ به هر پرسش با طیف 4 درجه‌ای که بر مبنای مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده امتیازبندی می‌شود. با توجه به نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه، نمرات بالاتر نشان‌دهنده ابتلا بیشتر به نشانگان پیش از قاعدگی می‌باشد. دو نمونه از سؤالات پرسشنامه برای دو متغیر اضطراب و علائم جسمانی عبارت‌اند از: «بیش از حد عادی عصبی و مضطرب می‌شوم.» «دچار حساسیت در ناحیه سینه‌ها می‌شوم.»

آزمون سلامت عمومی² (GHQ-28): پرسشنامه سلامت عمومی را گلدبرگ و هیلر³ ارائه دادند. که هدف اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت روانی است. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی و ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت روانی کاربرد دارد. این پرسشنامه 4 زیرمقیاس دارد که شامل: 1- مقیاس علائم جسمانی (نشانه‌های بدنی)، 2- اضطراب و بی‌خوابی، 3- عملکرد اجتماعی 4- افسردگی. این آزمون را یعقوبی در سال 1375 در ایران هنجاریابی کرد. مطالعه اعتبار آزمون 28 پرسشی را GHQ تقوی (1380) به سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده‌آزمون‌های این پرسشنامه را با نمره کل و تحلیل عوامل انجام داد. روایی همزمان همبستگی با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس¹ (MHQ) ضریب همبستگی 0/55 و ضریب همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمره کل

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش نیمه تجربی و طرح آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) همراه با دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل زنان مراجعه‌کننده به کلینیک زنان و زایمان شهر رفسنجان در اردیبهشت 1388 بود. روش نمونه‌گیری به شیوه تصادفی مرحله‌ای بود؛ به این صورت که از بین چهار مرکز زنان و زایمان شهر رفسنجان، یک کلینیک (وجود تفاوت فرهنگی- اقتصادی و اجتماعی در بین مراجعان به این چهار مرکز محسوس نبود) انتخاب و از بین مراجعان به آنجا 50 نفر به صورت نمونه در دسترس انتخاب و از بین این عده 20 نفر که بالاترین نمره (بیشترین علائم) را در پرسشنامه سنجش علائم نشانگان پیش از قاعدگی کسب کرده بودند، به عنوان نمونه نهایی گزینش شدند و به صورت تصادفی در دو گروه 10 نفری قرار گرفتند. سپس به صورت تصادفی یکی از گروه‌ها به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه گواه انتخاب گردید. متغیر مستقل، مداخله شناختی - رفتاری مدیریت استرس به شیوه گروهی بود که فقط در گروه آزمایش اعمال و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون در مبتلایان گروه آزمایش بررسی شد و سپس نمرات حاصل با گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت. ملاک‌های ورود به این پژوهش تحصیلات بالای سیکل، مبتلا نبودن به بیماری‌های روانی (به صورت مصرف نکردن داروی روانپزشکی)، داشتن دوره قاعدگی منظم و علائم بالا در سندرم پیش از قاعدگی بود. قابل ذکر است که تکمیل پرسشنامه‌ها در تمامی مراحل با حضور یک کارشناس ارشد روان‌شناسی صورت گرفت که از متخصص زنان و زایمان اطلاعات لازم در مورد سندرم پیش از قاعدگی را کسب کرده بود و در طول مدت پاسخگویی به پرسشنامه‌ها برای جوابگویی به سؤالات و ابهامات، حضور فعال داشت.

ابزار سنجش

پرسشنامه ویژه سنجش علائم نشانگان پیش از قاعدگی؛ پرسشنامه سنجش علائم نشانگان پیش از قاعدگی برای اندازه‌گیری میزان علائم شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. این پرسشنامه را صادقی در سال 1383 ساخته و سپس اعتبار و روایی آن را نیز تعیین کرده است و یک ابزار خودسنجی شامل 83 سؤال دارد که نظر افراد در 4 بُعد افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری و علائم جسمانی بررسی می‌شود. سؤال‌های این پرسشنامه از علائم نام برده در

1. autogenic training
3. Goldberg & Hiller

2. General Health Questionnaire (G.H.Q-28)

بین ۰/۷۲ و ۰/۸۷ متغیر بود. در نتیجه تحلیل عوامل در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تعیین می‌کرد. همچنین تقوی (۱۳۸۰) در پژوهشی پایایی پرسشنامه GHQ را بررسی کرد و با استفاده از سه روش: دوباره‌سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. براساس نتایج به‌دست آمده از این پژوهش، پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی واجد شرایط لازم برای کارکرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و فعالیت‌های بالینی شناخته شد. در این پژوهش همبستگی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سنجش علایم پیش از قاعدگی و پرسشنامه عمومی نشان داد که همبستگی خرده‌مقیاس‌های دو پرسشنامه در افسردگی، اضطراب و نشانه‌های جسمانی نسبتاً بالا است که گویای روایی همزمان یا ملاکی آنها می‌باشد ($P < 0/05$). هر سؤال از این پرسشنامه یک طیف ۴ درجه‌ای دارد که به روش نمره‌گذاری لیکرت به صورت (۰-۱-۲-۳) و حداکثر نمره آزمودنی با این روش ۸۴ خواهد بود. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه عبارت‌اند از: «احساس کرده‌اید که بیمار هستید؟»، «بی‌دلیل از چیزی ترسیده یا دچار وحشت‌زدگی شده‌اید؟».

روش اجرا و تحلیل

پس از نمونه‌گیری و گمارش گروهها به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، پژوهشگر جلسات آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری را بر پایه بسته آموزشی که آنتونی و همکاران (۱۳۸۸) ارائه داده‌اند، در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در مورد گروه آزمایش اجرا کرد. در انتهای آخرین جلسه درمانی، مجدداً هر دو گروه، پرسشنامه‌های GHQ و سنجش علایم نشانگان پیش از قاعدگی را تکمیل کردند.

عنوان‌ها و موضوع‌های کلی جلسه‌های درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به شرح زیر است.

جلسه اول، آشنایی با اعضای گروه، بیان مقررات و اهداف کلی جلسات؛ بیان مفهوم استرس و نقش آن در نشانگان پیش از قاعدگی؛ در این جلسه استرس و علایم آن و اثر استرس بر سیستم ایمنی بدن و نیز بر سلامت روان توضیح داده شد و از افراد خواسته شد، شیوه فردی خود را در پاسخ به استرس شناسایی کنند. **جلسه دوم**، آموزش آرمیدگی عضلات، مدیریت استرس و آگاهی از افکار خودکار؛ آرمیدگی عضلانی برای ۱۶ عضله با ذکر منطق آن اجرا شد. سپس مفهوم مدیریت استرس و همچنین افکار خودکار و نیز شیوه شناسایی این

افکار بیان شد. **جلسه سوم**، آموزش تنفس دیافراگمی- نقش افکار در ایجاد احساسات مثبت و منفی، آموزش شناسایی افکار مثبت و منفی؛ تنفس دیافراگمی به‌عنوان ساده‌ترین روش برای کاهش استرس معرفی و اجرا شد و در ادامه ارتباط افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی بیان و تمرین داده شد. **جلسه چهارم**، آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما (تمرکز توجه بر قسمت‌های مختلف بدن و تکرار عبارات خاص برای القای سنگینی و گرما، به‌منظور ایجاد آرمیدگی عمیق). در ابتدای جلسه آموزش گام‌های جایگزینی افکار منطقی با غیرمنطقی معرفی و سپس اجرای آموزش خودزاد به ترتیب برای سنگینی و گرما ارائه شد. سپس ۵ گام برای جایگزینی افکار منطقی با غیر منطقی آموزش داده شد. **جلسه پنجم**، مراقبه نور خورشید؛ تعریف مقابله به‌عنوان روش رویارویی با موقعیت‌های پراسترس و معرفی مقابله کارآمد و ناکارآمد؛ با اجرای مراقبه نور خورشید، حس گرما و آرمیدگی در تمامی قسمت‌های بدن پخش شد و در مبحث شناختی، ضمن کمک به افراد در شناسایی شیوه شخصی در پاسخ به موقعیت‌های استرس‌زا، روش‌های مقابله کارآمد؛ یعنی مقابله هیجان‌مدار و مسأله‌مدار آموزش داده شد. **جلسه ششم**، اجرای مراقبه مانترا به صورت گروهی- گام‌های مقابله مؤثر؛ در ابتدا مراقبه برای تمرکز و آگاهی در افراد توضیح داده شد و افراد با انتخاب یک ماترا، مراقبه را تجربه کردند سپس ۴ گام مقابله کارآمد آموزش داده شد. **جلسه هفتم**، اجرای مراقبه شمارش تنفس، آموزش مهارت‌های ابرازگری و مؤلفه‌های آن؛ شیوه مراقبه تنفس با تمرکز بر تنفس به افراد آموخته شد. در ادامه سبک‌های بین‌فردی و بهترین نوع آن یعنی سبک ابرازگری به‌طور مفصل توضیح داده شد. **جلسه هشتم**، مرور شیوه‌های شناختی و رفتاری آموخته شده، حمایت اجتماعی و فواید آن. در ابتدای این جلسه برخی شیوه‌ها از جمله مراقبه مانترا، آموزش خودزاد برای سنگینی و مراقبه شمارش تنفس به انتخاب اعضای گروه اجرا شد سپس مبحث شناختی با عنوان حمایت اجتماعی و راه‌های توسعه شبکه حمایت اجتماعی تشریح شد. در پایان بعد از نظرسنجی، به افراد توصیه شد با مداومت در انجام شیوه‌ها از آثار نامطلوب استرس در زندگی خود بکاهند.

در پایان داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS16 و روش آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار، داده‌ها توصیف و سپس مفروضه‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس (نرمال کردن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها) تحلیل شدند.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۱ ارائه شده است. ۱ ارائه شده است. ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و گواه

عضویت گروهی متغیرها و سطوح آن	گروه آزمایش n=10		گروه گواه n=10		کل n=20	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن	۴	۴۰	۶	۶۰	۱۰	۵۰
۳۰-۳۸	۳	۳۰	۳	۳۰	۶	۳۰
۳۹-۴۶	۳	۳۰	۱	۱۰	۴	۲۰
خانه‌دار	۳	۳۰	۴	۴۰	۷	۳۵
مشغل	۳	۳۰	۴	۴۰	۷	۳۵
محصل	۳	۳۰	۴	۴۰	۷	۳۵
کارمند	۴	۴۰	۲	۲۰	۶	۳۰
تحصیلات	۲	۲۰	۵	۵۰	۷	۳۵
دیپلم	۱	۱۰	۱	۱۰	۲	۱۰
فوق‌دیپلم	۵	۵۰٪	۴	۴۰	۹	۴۵
لیسانس	۱	۱۰	۰	۰	۱	۵
فوق‌لیسانس	۱	۱۰	۰	۰	۱	۵
دکتر	۲	۲۰	۱	۱۰	۳	۱۵
سن اولین قاعدگی	۴	۴۰	۱	۱۰	۵	۲۵
۱۲	۳	۳۰	۴	۴۰	۷	۳۵
۱۳	۱	۱۰	۲	۲۰	۳	۱۵
۱۴	۰	۰	۲	۲۰	۲	۱۰
۱۵	۳	۳۰	۴	۴۰	۷	۳۵
تاهل	۷	۷۰	۶	۶۰	۱۳	۶۵
متاهل	۳	۳۰	۴	۴۰	۷	۳۵

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و علائم جسمانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه گواه و آزمایش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون			
		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	آزمایش	۱۰	۱۷/۷	۵/۵۳	۱۰	۱۱/۸	۵/۷
	گواه	۱۰	۱۹/۳	۵/۵	۱۰	۱۶/۷	۷/۳
علائم جسمانی	آزمایش	۱۰	۲۰/۷۷	۸/۸	۱۰	۲۱/۹	۵/۸
	گواه	۱۰	۱۹/۰	۸/۷	۱۰	۲۱/۴۴	۹/۲

جدول ۳- نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه

خرده‌مقیاس	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	F	سطح معناداری
علائم جسمانی	۱	۱۸	۰/۲۵۶	۰/۶۲
اضطراب	۱	۱۸	۱/۵۶	۰/۲۲

در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج، از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. بنابراین لازم است تا قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش، پیش فرض‌های مورد نیاز برای کاربرد آزمون‌های پارامتریک بررسی گردند. پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع و تساوی واریانس‌ها بررسی شد. نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری در جدول‌های ۳ و ۴ ارائه شده است. با توجه به اطلاعات جدول ۳، مقدار F مشاهده شده برای علائم و شکایت جسمانی ($F=0/256$) و ($F=1/56$) اضطراب کوچکتر از F بحرانی جدول در سطح ($\alpha=0/05$) ($F=4/41$) است. در نتیجه فرض صفر مبنی بر تفاوت نداشتن واریانس‌ها تأیید می‌شود و می‌توان گفت که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است.

همان‌گونه که نتایج به دست آمده در جدول ۴ نشان می‌دهد فرضیه صفر در تمام متغیرها تأیید می‌شود و این امر بیانگر بی تفاوتی معنادار توزیع متغیرهای مورد نظر با توزیع نرمال است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار است.

با توجه به نتایج جدول‌ها هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن توزیع (با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف) برقرار است ($P>0/05$) و با توجه به اینکه تعداد بیماران در دو گروه آزمایش و گواه برابر بود ($n=10$)، استفاده از تحلیل کوواریانس بدون مانع شناخته شد. در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمره‌های اضطراب و علائم جسمانی دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون ملاحظه می‌شود.

جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین تعدیل شده نمرات اضطراب در گروه‌های آزمایش و گواه مشاهده می‌شود ($P<0/05$). در نتیجه می‌توان گفت که فرایند درمان، تأثیر معناداری بر اضطراب در گروه آزمایش داشته است که در این پژوهش میزان تأثیر آن (درصد تبیین) $0/46$ است. توان آزمون آماری نیز $0/86$ با سطح معناداری $0/01$ دقت آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۴- نتایج آزمون تک‌متغیره کولموگروف اسمیرنوف برای تطابق توزیع متغیرها با توزیع نرمال

متغیر	گروه		کولموگروف اسمیرنوف	
	آزمایش	گواه	z	P
اضطراب	۱۰	۱۰	۰/۶۹۷	۰/۷۱۷
علائم جسمانی	۱۰	۱۰	۰/۵۹۸	۰/۸۶۷

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب و علائم جسمانی در دو گروه در پس‌آزمون

متغیرها	شاخص	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	میزان تبیین	توان آزمون
اضطراب	پیش‌آزمون	۱	۷۵/۱۲	۱/۸۲	۰/۱۹	۰/۳۳	۰/۶۲
	پس‌آزمون	۱	۱۱۴/۹	۷/۲۶	۰/۰۵	۰/۴۶	۰/۸۶
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	۱	۳/۷۹	۰/۰۴۴	۰/۸۳	۰/۰۶	۰/۰۵
	پس‌آزمون	۱	۴/۷۶	۰/۰۵۶	۰/۸۱	۰/۰۷	۰/۰۶

این امر ممکن است به دلیل پایه فیزیولوژیک علایم جسمانی باشد که در متون پژوهش فقط زمانی علایم جسمانی کاهش یافته که بحث درمان دارویی و موارد پزشکی دخالت داشته است. نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر همگام با نتایج پژوهش صادقی (۱۳۸۳) است، وی نیز بین مداخله روان شناختی و علایم جسمانی، رابطه معناداری نیافت. ولی پژوهش‌های ویات و دیگران (۲۰۰۴)، براون و ابرین (۲۰۰۲)، دایموک و همکاران (۲۰۰۰)، دولتیان و همکاران (۱۳۸۰)، صالحی و صالحی (۱۳۸۳)؛ درمان دارویی را در کاهش علایم جسمانی مفید دانسته‌اند.

در تبیین این نتیجه، می‌توان گفت؛ همان‌گونه که در سبب‌شناسی نشانگان پیش از قاعدگی آمده است، عامل اصلی ایجاد نشانگان پیش از قاعدگی مورد بحث است، ولی در پذیرفته‌ترین نظریه‌ها، اختلالات هورمونی و نیز اختلال در سوخت و ساز سروتونین به‌خصوص در دستگاه اعصاب مرکزی (CNS) عامل ایجاد این نشانگان ذکر شده است. بنابراین پایه هورمونی و نوروترانسمیتری در این نشانگان باعث می‌شود که درمان‌های روان‌شناختی از جمله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، نتواند کارایی لازم را در بهبود علایم جسمانی مبتلایان به نشانگان پیش از قاعدگی نشان دهد بنابراین درمان دارویی و در مواقعی درمان رفتاری، همان‌گونه که در پژوهش‌های بالا ذکر شد می‌تواند عامل کاهش علایم جسمانی در نشانگان پیش از قاعدگی باشد.

به نظر می‌رسد مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است. مداخله‌های روان‌شناختی در کاهش علایمی مانند اضطراب کارآمدی دارند اما در کاهش علایم جسمانی نشانگان پیش از قاعدگی، کارآمد نیستند و فقط زمانی که مداخله‌ها به‌صورت دارویی و یا تحرک‌های جسمانی باشند کاهش علایم جسمانی را به دنبال دارند.

مزیت روش‌های روان‌شناختی در مقایسه با سایر روش‌ها از جمله درمان دارویی، نبودن عارضه جانبی و قابلیت اجرا بر تمامی مبتلایان است. آموزش مهارت‌های مدیریت استرس علاوه بر تعدیل سطح احساسات و عواطف درونی سبب جلب حمایت اجتماعی و کاهش مشکلات روانی می‌گردد.

با توجه به نتایج این پژوهش، استفاده از مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری برای مهار علایم خلقی و عاطفی سندرم قبل از قاعدگی توصیه می‌گردد، هر چند محدودیت انتخاب نمونه‌های در دسترس، رعایت جانب احتیاط را در تعمیم نتایج می‌طلبد.

همچنین براساس این جدول، تفاوت معناداری بین میانگین تعدیل شده نمره‌های علایم جسمانی در گروه‌های آزمایش و گواه مشاهده نمی‌شود. در نتیجه می‌توان گفت که فرایند درمان تأثیر معناداری بر کاهش شکایات جسمانی در گروه آزمایش نداشته است که در پژوهش حاضر میزان تأثیر آن (درصد تبیین) فقط ۰/۰۷ است.

بحث

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که پس از ارائه برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری، بین نمره‌های افراد گروه آزمایش و گواه از نظر اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر آموزش باعث کاهش اضطراب گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است نتایج حاصل از این یافته پژوهش با نتایج پژوهش صادقی (۱۳۸۳)، تیلور (۱۹۹۹)، هانتز و سایرین (۲۰۰۲) و بلیک (۱۹۹۸) مبنی بر تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی، همخوانی نسبی دارد، اما نتایج پژوهش کایرکبای و لیندر (۱۹۹۴)، صفوی نائینی (۱۳۸۷) و نیک‌بخت و عبادی (۱۳۸۶)؛ تمرینات ورزشی را موجب بهبود علایم نشانگان پیش از قاعدگی معرفی می‌کند. صادقی (۱۳۸۳) که تأثیر آموزش کیفیت زندگی سالم بر نشانگان پیش از قاعدگی را بررسی می‌کرد، بعد از ۶ جلسه آموزش کیفیت زندگی سالم به گروه، کاهش معنادار اضطراب نسبت به گروه گواه را مشاهده کرد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت؛ طی ۸ جلسه آموزشی سعی شد که افراد نسبت به نشانه‌های فیزیولوژیک و هیجانی استرس، آگاهی پیدا کرده و هر کدام الگوی عادت خود را در پاسخ به استرس شناسایی کنند و سپس به افراد آموزش داده می‌شد که با بروز اولین نشانه استرس در خود، یکی از فنون تن‌آرامی را بر روی خود پیاده کنند. مهار افکار خودآیند را می‌توان عامل دیگر کاهش استرس و اضطراب در مبتلایان به نشانگان پیش از قاعدگی در گروه آزمایش دانست. بنابراین مهار و کاهش استرس از روش فنون تن‌آرامی و فنون شناختی ممکن است دلیلی بر کاهش مؤلفه اضطراب در گروه آزمایش باشد. زیرا فراگیری مراقبه، آرام‌سازی و همچنین شیوه‌های شناختی باعث می‌شود فرد به‌گونه‌ای کارآمد و مؤثر با اضطراب روبه‌رو شود. همچنین آموزش مهارت‌ها فرد را در مقابله مؤثر با موقعیت‌های پر استرس زندگی از جمله مواقعی که به اضطراب نشانگان پیش از قاعدگی دچار می‌شود یاری و سطح اضطراب او را کاهش می‌دهد.

یافته دیگر این پژوهش اثر مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش نیافتن علایم جسمانی بود.

منابع

- نیک‌بخت، م. عبادی، غ.ح. (۱۳۸۵)، تأثیر روش‌های درمانی پیاده‌روی و دویدن بر نشانگان پیش از قاعدگی دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر اهواز. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۰ (۳۱): ص ۳۸ - ۱۷.
- Berek, J.S. (2007). *Berek & NovaK's Gynecology*, (14thed). Lippincott Williams & Wilkins, 1035-1069.
- Blake, F. Salkovskis, P. Gath, D. Day, A. and Garrod, A. (1998). Cognitive therapy for premenstrual syndrome: A controlled trial. *J Psychosom Res*; 45 (4) 307-18.
- Brown, J. O'Brien, PM. Marjoriobank, J. and Wyatt, K. (2002). Selective serotonin reuptake inhibitors for PMS. *Cochrane Database Syst Rev. Apr*, 16: (2).
- Chau, J.P.C. Chang, A.M. and Chang, A.M.Z. (1997). Relationship between premenstrual tension syndrome and anxiety in Chinese adolescents. *J Adolescent Health*, 22, 3, 247
- Clayton A.H. (2008). Symptom related to the menstrual cycle. *J Psychiatr Pract*, Jan. 14 (1): 13 - 21
- Dalton, K. (1977). *The Premenstrual syndrome and progesterone therapy*. London. Heinemann Medical Book.
- Dimmock, PW. Wyatt, Km. Johnes, PW and O'Brien, PM. (2000). Efficacy of selective serotonin -reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. *Lancet*, 30. 356:1131-6.
- Dvivedi, J. Kaur, H. and Dvivedi, S.J.S. (2008). Effect of 1 week '61- points relaxation technique' on stress parameter in premenstrual syndrome. *Indian J physiol pharmacol*; 52 (1): 69-76
- Gibbs, RS. Karlan, BY. Haney, A. Nygard, IE and Kluwer, W. (2008). *Danforth's obstetrics and gynecology*. (10thed) Philadelphia: Williams & Wilkins, 672- 681.
- Golub, S. Harrington, DM. (1981). Premenstrual and menstrual mood changes in adolescent women. *Journal of personality and social psychology*, 41; (5), 961-965.
- Havens, cs. Sullivan, ND. and Tilton, P. (1992). *Manual of Outpatient gynecolog* (2nded). Boston. Little, Brown, 129-132.
- Hunter, MS. Ussher, JM. Browne, SJ. Cariss, M. Jelley, R. and Katz, M. (2002). A Randomized comparison of psychological (cognitive- behavioral therapy), medical (fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom obstet Gynecol*, 23:193-199 .
- Kirkby.RJ, and Linder, H. (1998). Exercise is linked to reductions in anxiety but not premenstrual syndrome in women with prospectively assessed symptoms. *Academic Search Premier*. 33, 2.
- آنتونی، م. ایرونسون، گ. اشنایدرمن، ن. (۱۳۸۸). *راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری*. مترجمان سید جواد آل محمد، سولماز جوکار و حمیدطاهر نشاطدوست. جهاد دانشگاهی، واحد اصفهان (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۷).
- تقوی، م.ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q). *مجله روان‌شناسی*، ۲۰ زمستان، ۱۵: (۲۰)، ص ۳۹۸ - ۳۸۱.
- تقی‌زاده، م. غفرانی‌پور، ف. نیک‌پور، ب. و فقیه‌زاده، س. (۱۳۸۲). بررسی فراوانی علایم نشانه‌ها و روش‌های شایع خوددرمانی سندرم پیش از قاعدگی در دختران دانشجو. *دانشور*، شهریور ۱۰ (۴۶): ص ۲۶ - ۱۹.
- دولتیان، م. منتظری، ش. ولایی، ن. و احمدی، م. (۱۳۸۰). مقایسه اثر ویتامین B6 و ویتامین E بر علایم سندرم پیش از قاعدگی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۹ (۳۷): ص ۱۰ - ۵.
- رضایی، ف. نشاطدوست، ح. ط. مولوی، ح. و امرا، ب. (۱۳۸۸). اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۷ (پیاپی در پی ۱۳): ص ۴۲ - ۳۳.
- سادوک، ب. و سادوک، و. (۱۳۸۲). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه رفیعی و سبحانیان. تهران: نشر ارجمند. (سال انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۳).
- سادوک، ب. و سادوک، و. (۱۳۸۶). *خلاصه روانپزشکی (جلد ۲)*. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. تهران: شهرآب. (سال انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۳).
- صادقی، ز. (۱۳۸۳). اثربخشی آموزش سبک زندگی سالم بر کاهش علایم سندرم پیش از قاعدگی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، منتشر نشده، دانشگاه اصفهان.
- صالحی، ل. و صالحی، ف. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر ویتامین B6 بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، دوره دوازدهم، ص ۳۹ - ۳۲.
- صفوی نائینی، خ. (۱۳۸۷). مقایسه تأثیر ورزش ایروبیک و تمرینات فیزیکی بر علایم سندرم پیش از قاعدگی در زنان شهرستان شیراز. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۱۸ پی‌درپی (۵۳) ص ۱۸۰ - ۱۷۷.
- طلایی، ع. فیاضی بردبار، م.ر. نصیری، ا. پهلوانی، م. دادگر، س. و ثمری، ع.ا. (۱۳۸۸). بررسی همه‌گیرشناسی سندرم قبل از قاعدگی در دانشجویان علوم پزشکی مشهد. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، تابستان، ۱۲: (۲)، ص ۲۲ - ۱۵.
- مهراوللی، ط. (۱۳۸۹). رابطه هویت جنسی و نشانگان پیش از قاعدگی در دانشجویان خوابگاه دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی*، دانشگاه آزاد اسلامی زرنده.
- هیوارد، ش. (۱۳۸۵). *روان‌شناسی فیزیولوژیک (زیست- روان‌شناسی)*. ترجمه کاظم نعمت‌الله زاده ماهانی و محمد عباس‌نژاد. کرمان: دانشگاه شهید باهنر. (سال انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۷).

- Kroll, R. and Rapkin, AJ. (2006). Treatment of premenstrual disorders. *J report med*: 51 (4 suppl): 356-70 .
- Lee, JR. and Hopkins, V. (1999). PMS and the stress connection. Received by [[http://www. Johnleemd.com/ store/pms- stress. html](http://www.Johnleemd.com/store/pms-stress.html)]
- Pearson, L. and Dawood, M.Y. *Green's gynecology essential of clinical practice (4thed)*. (1990). Boston: Little, Brown, 186- 188 .
- Speroff, L and Fritz, MA. (2005). *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. (7thed)*. Philadelphia: Williams and Wilkins, 531-546.
- Taylor, D. (1999). Effectiveness of professional- peer group treatment: Symptom management for women with PMS. *Obstetrics & Gynecology*. 5, (5):228- 237.
- Wittchen, H.U. Becker, E. Lieb, R. and Krause, P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual disorder. *Psychol med*. 32; 119.
- Wyatt, KM. Dimmock Pw, Ismail KM, Jones PW. and O'Brien PM. (2004): The effectiveness of Gn RHa with and without add -back therapy in treating premenstrual syndrome: A meta-analysis, *BJOG*; 111 (6):585-93

Archive of SID