

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
تأسیس ۱۳۳۸، شماره ۵۶ (۱۳۸۱)، صفحه ۶۳

تأثیر فنون آرامسازی بر قاعدگی دردناک اولیه در دانشجویان دختر خوابگاهی

دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۷۹-۱۳۷۸

صدیقه کمالی^۱ دکتر سید محمدعلی قریشی زاده^۲ سکینه محمدعلیزاده^۳

خلاصه

زمینه و اهداف: دو نوع متفاوت از دیسمنوره اولیه (اسپاسمودیک و احتقانی) شناخته شده است که از نظر زمان ظهور در سیکل قاعدگی، کیفیت درد و علائم دیگر با هم اختلاف دارند. هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر فنون آرامسازی (آرامسازی پیشرونده عضلانی) بر این دو نوع دیسمنوره می‌باشد.

روش بررسی: ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه، مصاحبه و معاینه بالینی بود. جامعه پژوهش از کلیه دختران دانشجوی ساکن در دو خوابگاه دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که از دیسمنوره رنج می‌بردند، تشکیل شد. تعداد ۸۸ نمونه از دو نوع دیسمنوره (۴۴ نفر اسپاسمودیک و ۴۴ نفر احتقانی) به روش تصادفی ساده از دو خوابگاه فوق انتخاب شدند که در مرحله بعد به منظور اجتناب از تأثیرگذاری گروههای آزمون بر شاهد، گروههای آزمون (برای هر یک از دو نوع دیسمنوره) از یک خوابگاه و گروههای شاهد نیز از خوابگاه دیگر انتخاب شدند و بدین ترتیب ۴ گروه تشکیل گردید. تمرینات آرامسازی فقط به گروههای آزمون در گروههای ۵ نفری طی ۵ جلسه آموزش داده شد. در خصوص گروههای شاهد در این پژوهش هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. نهایتاً ۷۵ نفر دوره درمانی را تکمیل کردند (۳۵ نفر اسپاسمودیک و ۴۰ نفر احتقانی).

یافته‌ها: این پژوهش نشان داد که فنون آرامسازی در درمان دیسمنوره اسپاسمودیک بسیار مؤثر بود، به طوری که شدت علائم قاعدگی، طول مدت استراحت و میزان مصرف داروهای مسکن در گروه آزمون در دو قاعدگی بعد از درمان نسبت به دوره قبل از درمان و نیز نسبت به گروه شاهد به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافت. در دیسمنوره احتقانی نیز انجام تمرینات آرامسازی مؤثر بود.

نتیجه گیری: فنون آرامسازی در درمان هر دو نوع دیسمنوره مؤثر است اما در دیسمنوره احتقانی این تأثیر نسبت به نوع اسپاسمودیک کمتر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: فنون آرامسازی، دیسمنوره، اسپاسمودیک، احتقانی.

- ۱- فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد مامایی - دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
- ۲- استاد روانپزشکی - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز - نویسنده رابط
- ۳- مربی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

دیسمنوره شایعترین اختلال تجربه شونده در زمینه بیماریهای زنان به شمار می‌آید (۱). منظور از دیسمنوره اولیه، قاعدگی دردناکی است که در غیاب بیماریهای مشخص لگنی رخ می‌دهد (۱، ۲). محققین دو نوع متفاوت از دیسمنوره اولیه را مشخص کرده‌اند که از نظر زمان ظهور در سیکل قاعدگی و همچنین کیفیت درد و علائم دیگر با هم تفاوت دارند. دیسمنوره شکایتی بسیار شایع و توأم با عوارض اقتصادی، فردی و اجتماعی است (۳، ۴). شیوع این عارضه در زنانی که در سنین باروری هستند، زیاد است و از آنجایی که امروزه اکثر زنان به علت پرهیز از حاملگیهای متعدد، دوران قاعدگی را بیشتر تجربه می‌کنند دیسمنوره نیز بیشتر از گذشته شیوع پیدا کرده است (۳). به طوری که شیوع دیسمنوره اولیه در زنان در سال ۱۹۹۷ در امریکا ۴۳ تا ۹۰ درصد گزارش شده است (۲). بر اساس آمار منتشر شده در انگلستان در همان سال بیش از نیمی از زنانی که در سنین قاعدگی بودند از دیسمنوره رنج می‌بردند (۲). با این وجود شایعترین تخمین در باره شیوع این اختلال، میزان ۵۰ تا ۷۰ درصد در سنین باروری زنان را شامل می‌گردد. در مطالعاتی که در شهر شیراز در مورد شکایات پیش از قاعدگی انجام شده با استفاده از ملاک DSM IV ۱۹/۴٪ گزارش شده است (۵). به طور کلی به دلیل به کار نرفتن معیارهای تشخیصی یکسان، شیوع این عارضه در مطالعات مختلف، متفاوت به دست آمده است (۶). از طرف دیگر با توجه به اینکه امروزه اکثریت زنان در صحنه‌های مختلف اجتماعی فعالیت دارند، چنانچه درمانی در مورد این اختلال صورت نگیرد، هر ماه به مدت ۱ تا ۳ روز دچار ناتوانیهای مشخص خواهند گردید (۴). در امریکا دیسمنوره شایعترین علت غیبت زنان از مدرسه و محل کار خود می‌باشد (۲، ۴). ساعات کار تلف شده به این علت در همان کشور ۶۰۰ میلیون ساعت در سال برآورده شده است (۲، ۴). پاتوفیزیولوژی این اختلال بخوبی شناخته نشده و یافته‌های تحقیقی نیز در این رابطه توضیحات متناقضی را ارائه می‌کنند. دالتون (۱۹۶۹) معتقد است که دو نوع دیسمنوره وابسته به عدم توازن هورمونهای تخمدانی در گردش استروژن و پروژسترون وجود دارد (۶، ۷، ۸). اخیراً پروستاگلندینها و اسیدهای چرب تولید شده توسط بافت پوششی رحم و سایر بافتها را در اتیولوژی دیسمنوره دخیل دانسته‌اند، ولی از دیدگاه نظری، تمام زنان مبتلا به دیسمنوره سطوح پروستاگلندین بالایی ندارند. لذا به نظر می‌رسد تنها عامل مشخص گسترش و بقای بیماری، پروستاگلندین نمی‌باشد (۶). بنابراین از آنجا که توضیحات

فیزیولوژیک رایج در ارتباط با علت دیسمنوره ناکافی به نظر می‌رسند، امروزه دیدگاه دخالت عوامل روانشناسی فیزیولوژیکی در روند ایجاد و تشدید دیسمنوره مورد قبول واقع شده است (۷). بر این اساس و نیز به علت عوارض جانبی زیانبار درمانهای دارویی در دسترس، اخیراً فنون رفتار درمانی به منظور تخفیف این ناراحتیها مورد توجه بسیار واقع شده‌اند.

چسنی و تاستو (۱۹۷۵) متوجه شدند که بعضی از نمونه‌های ایشان در دادن پاسخی مشخص به روشهای رفتاردرمانی ناموفق بوده‌اند و بر این اساس این فرضیه را مطرح کردند که واحدهای مورد پژوهش ایشان زنانی بوده اند که هم دیسمنوره اسپاسمودیک و هم احتقانی داشته‌اند؛ از این رو جهت تعیین هویت مبتلایان به این دو نوع دیسمنوره، آنها پرسشنامه علائم قاعدگی Menstrual Symptom Questionnaire (MSQ) را تهیه کردند که به لحاظ روان‌سنجی طبقه‌بندی دوگانه دالتون را تأیید می‌کرد (۶). سپس این پژوهشگران MSQ را در یک مطالعه به منظور تعیین نوع آن در مبتلایان به دیسمنوره اولیه به کار برده و تأثیر آرامسازی را بر این دو نوع دیسمنوره مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که این روش تنها بر مبتلایان به دیسمنوره اسپاسمودیک مؤثر است و بر دیسمنوره احتقانی تأثیری ندارد (۷، ۸). یافته‌های آمودی و همکاران (۱۹۸۷) نیز نتایج چسنی و تاستو را تأیید می‌کند (۶). ولی نتایج به دست آمده از پژوهشهای کوکس و میر (۱۹۷۸)، کونیلین و دنی (۱۹۸۲) مؤید آن است که تمرینات آرامسازی سبب بهبود قابل ملاحظه‌ای در هر دو گروه دیسمنوره اسپاسمودیک و احتقانی می‌شود (۹، ۱۰).

با توجه به تناقضات موجود در این خصوص و از آنجا که در ایران نیز تاکنون پژوهشی در این مورد صورت نگرفته است لذا این مطالعه با هدف اصلی ارزیابی تأثیر فنون آرامسازی در درمان دو نوع دیسمنوره اولیه (اسپاسمودیک و احتقانی) انجام گرفت.

مواد و روش تحقیق

این بررسی یک پژوهش مداخله‌ای نیمه تجربی بوده که به منظور بررسی تأثیر فنون آرامسازی بر دیسمنوره اولیه (اسپاسمودیک و احتقانی) انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه دختران دانشجوی ساکن در خوابگاههای دانشجویی دانشگاه علوم

طی دو روز قبل از قاعدگی ملاک عمل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها از روشهای آماری مختلف استفاده شد، مثلاً برای توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار از روشهای آماری توصیفی و جهت تعیین روابط بین متغیرهای مورد بررسی از آمار استنباطی به طریق کامپیوتری استفاده گردید. جهت بررسی همگونی، ویژگیهای فردی، زمان و نوع داروی مسکن مصرف شده بین گروههای آزمون و شاهد از آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله نرم‌افزار کامپیوتری EPI و SPSS/PC مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت دستیابی به نتایج دقیقتر و کنترل اثر مداخله‌گری برخی از ویژگیهای فردی (مثل سن، شروع قاعدگی، طول سیکل قاعدگی، امتیاز کسب شده در پرسشنامه علایم، اختلال در انجام فعالیت‌های ورزشی منظم در حین قاعدگی و سابقه خانوادگی قاعدگی دردناک) و معیارهایی همچون زمان و نوع داروی مسکن مصرف شده به علت دیسمنوره، سعی گردید، انتخاب گروههای آزمون و شاهد به گونه‌ای باشد که این گروهها از نظر چنین متغیرهایی همگون باشند. جهت تعیین همگونی، مقایسه‌ای بین گروههای آزمون و شاهد (هر یک از دو نوع دیسمنوره) از نظر متغیرهای فوق‌الذکر انجام گرفت که به لحاظ ظاهری با مقایسه درصد، تفاوت چشمگیری وجود نداشت و آزمونهای آماری نیز اختلاف معنی‌داری نشان نداد ($P > 0.05$). میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۲۲/۹ سال و میانگین امتیاز کسب شده در پرسشنامه علایم قاعدگی (MSQ) در موارد اسپاسمودیک ۸۳/۸۸ امتیاز و در موارد احتقانی ۶۷ امتیاز بود. میانگین و انحراف معیار شدت علایم قاعدگی، طول مدت استراحت و میزان مصرف داروهای مسکن در هر ۴ گروه آزمون و شاهد دیسمنوره اسپاسمودیک و احتقانی در یک دوره قبل از درمان و دو دوره بعد از درمان محاسبه و با استفاده از آزمون t برای نمونه‌های مستقل و آزمون t جفتی برای نمونه‌های وابسته مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج آزمونهای آماری نشان داد که بین میانگین شدت علایم قاعدگی، طول مدت استراحت و میزان مصرف داروهای مسکن در دوره قاعدگی قبل از درمان بین گروههای آزمون و شاهد (هر یک از دو نوع دیسمنوره) اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت ($P > 0.05$). بنابراین وجود اختلاف معنی‌دار بین این گروهها در دوره‌های قاعدگی بعد از درمان را می‌توان به انجام تمرینات

پزشکی تبریز (کوثر و فجر) بود که از دیسمنوره رنج می‌بردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه، مصاحبه و معاینه بالینی بود. ابتدا کلیه دانشجویان دختر خوابگاههای ذکر شده از نظر دیسمنوره توسط پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفتند و موارد مثبت مشخص گردید. افرادی که در مصاحبه بالینی بیماری جسمی یا روانی نداشتند و از سلامت عمومی برخوردار بودند، جهت تکمیل پرسشنامه علایم قاعدگی (MSQ) انتخاب شدند و بر اساس امتیاز کسب شده در دو گروه دیسمنوره اسپاسمودیک یا احتقانی قرار گرفتند (امتیاز ۸۰ یا بالاتر در گروه اسپاسمودیک و امتیاز ۷۴ یا پایین‌تر در گروه احتقانی). در مرحله بعد تعداد ۸۸ نمونه از دو نوع دیسمنوره (۴۴ نفر اسپاسمودیک و ۴۴ نفر احتقانی) به روش تصادفی ساده از دو خوابگاه فوق انتخاب شدند که در مرحله بعد ۴۴ نفر اسپاسمودیک و احتقانی هر یک به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم گردیدند و بدین ترتیب ۴ گروه ۲۲ نفره (۲ گروه آزمون و ۲ گروه شاهد) تشکیل شد. البته به منظور اجتناب از تأثیرگذاری گروههای آزمون بر شاهد این گروهها از خوابگاههای جداگانه انتخاب شدند. تمرینات آرامسازی پیشرونده عضلانی طی ۵ جلسه و در گروههای ۵ نفره توسط یکی از پژوهشگران به گروههای آزمون آموزش داده شد و از ایشان خواسته شد تا به صورت فردی نیز این تمرینات را انجام داده و طی دو دوره قاعدگی متوالی بعد از آموزش نیز آن را ادامه دهند. در حالی که گروههای شاهد هیچ‌گونه آموزش و تمرینی در ارتباط با آرامسازی نداشتند. اطلاعات در سه دوره قاعدگی متوالی (یک بار قبل از آموزش و دو بار بعد از آموزش) از کلیه واحدهای مورد پژوهش جمع‌آوری گردید. بدین ترتیب که از ایشان خواسته شد تا پرسشنامه مربوط به طول مدت استراحت و میزان مصرف داروهای مسکن را در هر دوره تکمیل نمایند. همچنین مقیاس شدت علایم قاعدگی Sympton Severity Scale (SSS) نیز در هر دوره به صورت روزانه از ۷ روز قبل از شروع قاعدگی تا دو روز بعد از شروع خونریزی قاعدگی توسط کلیه واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید. این مقیاس متشکل از ۸ علامت (کرامپ، سردرد، کمردرد، پادرد، افسردگی، تحریک‌پذیری، درد عمومی، درد شکمی) می‌باشد. در مقیاس ۵ نقطه‌ای شدت علایم، امتیاز ۱ به مفهوم عدم حضور نشانه، امتیاز ۲ به معنای حالت خفیف، امتیاز ۳ معادل حالت متوسط، امتیاز ۴ معین حالت شدید و امتیاز ۵ به مفهوم حالت خیلی شدید می‌باشد. در ارتباط با هر یک از علایم این مقیاس برای موارد اسپاسمودیک، میانگین امتیازات کسب شده طی دو روز اول قاعدگی و برای موارد احتقانی امتیاز کسب شده

علایم قاعدگی در دوره‌های قاعدگی بعد از درمان نسبت به دوره قبل از درمان و همچنین نسبت به گروه شاهد به طور قابل توجهی کاهش یافت ($P < 0.01$).

آرامسازی در گروه‌های آزمون نسبت داد. در ارتباط با شدت علایم قاعدگی (همانطوری که جدول ۱ نشان می‌دهد) در گروه آزمون اسپاسمودیک با به کارگیری آرامسازی، میانگین امتیاز شدت

جدول ۱، میانگین و انحراف معیار شدت علایم قاعدگی در سه دوره متوالی قاعدگی در گروه‌های آزمون و شاهد دارای قاعدگی دردناک اسپاسمودیک و احتقانی

دومین دوره بعد از درمان			اولین دوره بعد از درمان			قبل از درمان			گروه	نوع دیسمنوره
P	SD	M	P	SD	M	P	SD	M		
< 0.001	۲/۳۲	۱۶/۵۰	< 0.001	۲/۳۱	۱۸/۶۲	> 0.05	۲/۸۸	۲۵/۳۷	آزمون	اسپاسمودیک
	۲/۴۱	۲۴/۴۲		۲/۲۳	۲۴/۵۵		۲/۲۴	۲۴/۴۵	شاهد	
$= 0.03$	۲/۳۰	۲۲/۴۵	> 0.05	۲/۶۱	۲۳/۲۵	> 0.05	۲/۱۶	۲۴/۵۲	آزمون	احتقانی
	۳/۲۸	۲۴/۵۰		۳/۵۱	۲۴/۵۵		۳/۶۲	۲۴/۵۸	شاهد	

استراحت در دوران قاعدگی بعد از درمان به طور چشمگیری نسبت به دوره قبل از درمان و همچنین نسبت به گروه شاهد کاهش یافت.

در مورد طول مدت استراحت به دلیل درد و ناراحتیهای قاعدگی، یافته‌های پژوهش نشان داد که در گروه آزمون اسپاسمودیک به دنبال تمرینات آرامسازی، میانگین طول مدت

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار طول مدت استراحت (ساعت) در سه دوره متوالی قاعدگی در گروه‌های آزمون و شاهد دارای قاعدگی دردناک اسپاسمودیک و احتقانی

دومین دوره بعد از درمان			اولین دوره بعد از درمان			قبل از درمان			گروه	نوع دیسمنوره
P	SD	M	P	SD	M	P	SD	M		
< 0.001	۰/۵۴	۱/۱۹	< 0.001	۰/۶۷	۱/۶۲	> 0.05	۰/۹۵	۲/۶۰	آزمون	اسپاسمودیک
	۰/۷۳	۲/۴۷		۰/۷۷	۲/۶۰		۰/۸۱	۲/۶۳	شاهد	
> 0.05	۰/۴۵	۱/۳۰	> 0.05	۰/۴۸	۱/۴۱	> 0.05	۰/۴۹	۱/۵۴	آزمون	احتقانی
	۰/۶۴	۱/۵۵		۰/۷۳	۱/۵۸		۰/۷۰	۱/۶۴	شاهد	

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار میزان مصرف داروهای مسکن (تعداد) در سه دوره متوالی قاعدگی در گروه‌های آزمون و شاهد دارای قاعدگی دردناک اسپاسمودیک و احتقانی

دومین دوره بعد از درمان			اولین دوره بعد از درمان			قبل از درمان			گروه	نوع دیسمنوره
P	SD	M	P	SD	M	P	SD	M		
< 0.001	۰/۹۶	۲/۸۷	< 0.001	۱/۲۹	۴/۰۶	> 0.05	۲/۴۵	۶/۳۷	آزمون	اسپاسمودیک
	۲/۰۹	۵/۴۷		۲/۵۹	۵/۵۸		۲/۶۴	۶/۱۱	شاهد	
> 0.05	۱/۱۳	۳/۶۸	> 0.05	۱/۵۳	۴/۱۸	> 0.05	۱/۴۷	۴/۴۵	آزمون	احتقانی
	۲/۱۷	۴/۶۱		۱/۹۸	۴/۵۰		۲/۱۷	۴/۶۷	شاهد	

اینکه مکانیسم این تأثیر هنوز مشخص نشده است ولی به نظر می رسد انقباض ماهیچه‌های رحمی مسؤول ایجاد کرامپهای قاعدگی دردناک هستند. بنابراین آرامسازی عضلانی یک اثر مستقیم بر روی ماهیچه‌های رحمی دارد، بدین صورت که با زودده شدن تنشهای عضلانی و شکستن سیکل معیوب تنش و درد بیشتر، احساس درد در فرد کاهش پیدا می‌کند (۵).

آمودی و همکاران (۱۹۸۷) گزارش کردند که طول مدت استراحت در پژوهش ایشان بیش از سایر متغیرهای وابسته نظیر شدت علائم قاعدگی و یا میزان مصرف داروهای مسکن تحت تأثیر اثرات مثبت آرامسازی واقع شده است. این پژوهشگران با توجه به یافته‌های خود و پژوهشگران دیگر نتیجه گرفتند، که طول مدت زمانی که صرف استراحت می‌شود، حساسترین متغیر وابسته نسبت به فنون آرامسازی است (۶). به نظر می‌رسد انجام تمرینات آرامسازی در برخورد با اثرات ناتوان کننده دیسمنوره و در افرادی که به دلیل مشغله‌های بسیار قادر نیستند مدت زمان طولانی به استراحت بپردازند، روش مناسبی باشد.

نتایج به دست آمده از پژوهشهای کوکس و میر (۱۹۷۸)، کوئیل و دنی (۱۹۸۲) نشان می‌دهد که در موارد اسپاسمودیک به دنبال انجام تمرینات آرامسازی میزان مصرف داروهای مسکن به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است (۱۰،۹). با این وجود آمودی و همکاران (۱۹۸۷) گزارش کردند که در پژوهش ایشان میزان مصرف داروهای مسکن بعد از انجام تمرینات آرامسازی تغییر قابل ملاحظه‌ای نکرده است. این محققین معتقدند که علت تفاوت موجود بین نتایج پژوهش ایشان با سایر پژوهشهای مشابه این بوده که میزان مصرف داروهای مسکن توسط واحدهای مورد پژوهش ایشان قبل از انجام تمرینات آرامسازی نیز بسیار کم بوده است (۶).

در دیسمنوره احتقانی انجام تمرینات آرامسازی در گروه آزمون سبب کاهش قابل توجه شدت علائم قاعدگی، طول مدت استراحت و میزان مصرف داروهای مسکن در دوره‌های قاعدگی بعد از درمان نسبت به دوره قاعدگی قبل از درمان شد. همچنین میانگین شدت علائم قاعدگی در دومین دوره بعد از درمان نسبت به گروه شاهد نیز به طور قابل توجهی کاهش یافت؛ در حالیکه طول مدت استراحت و میزان مصرف داروهای مسکن در دوره‌های بعد از درمان نسبت به گروه شاهد کاهش قابل توجهی نیافت.

در دیسمنوره احتقانی نیز یافته‌های پژوهش نشان داد که انجام تمرینات آرامسازی در گروه آزمون احتقانی سبب کاهش قابل توجه طول مدت استراحت در دوره‌های بعد از درمان نسبت به قاعدگی قبل از درمان شد ولی بین میانگین طول مدت استراحت در دو گروه آزمون احتقانی و شاهد در هیچ‌یک از سه دوره متوالی قاعدگی (قبل و بعد از درمان) اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت.

نتایج پژوهش در خصوص میزان مصرف داروهای مسکن نشان داد که در گروه آزمون اسپاسمودیک میانگین میزان مصرف داروهای مسکن در دوره‌های قاعدگی بعد از درمان نسبت به دوره قبل از درمان و همچنین نسبت به گروه شاهد بطور قابل توجهی کاهش یافت ($P < 0.01$).

در دیسمنوره احتقانی نتایج پژوهش نشان داد که میانگین میزان مصرف داروهای مسکن در گروه آزمون احتقانی به دنبال انجام تمرینات آرامسازی در اولین دوره قاعدگی بعد از درمان نسبت به دوره قبل از درمان کاهش قابل توجهی نیافت ($P > 0.05$). در حالی که در دومین دوره قاعدگی بعد از درمان میزان مصرف داروهای مسکن نسبت به دوره قبل از درمان به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافت ($P < 0.01$). همچنین بین میانگین میزان مصرف داروهای مسکن در دو گروه آزمون و شاهد احتقانی در دوره‌های قاعدگی بعد از درمان اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

بحث

بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش فنون آرامسازی در درمان دیسمنوره اسپاسمودیک بسیار مؤثر بود، به طوری که شدت علائم قاعدگی، طول مدت استراحت و میزان مصرف داروهای مسکن در دوره‌های قاعدگی بعد از درمان نسبت به دوره قبل از درمان و نیز نسبت به گروه شاهد به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافت. نتایج به دست آمده از پژوهشهای چسنی و تاستو (۱۹۷۸) کوکس و میر (۱۹۷۸)، کوئیل و دنی (۱۹۸۲) آمودی و همکاران (۱۹۸۷) یافته‌های این پژوهش را تأیید می‌کنند. این پژوهشگران گزارش کردند که انجام تمرینات آرامسازی به میزان قابل توجهی سبب کاهش شدت علائم قاعدگی در واحدهای مورد پژوهش ایشان شده است (۶،۷،۸،۹).

درمانهای روانشناختی از قبیل آموزش تمرینات آرامسازی از درمانهای مؤثر دیسمنوره اسپاسمودیک به شمار می‌آیند. با

(۱۹۶۹) معتقد است دیسمنوره احتقانی برعکس اسپاسمودیک ممکن است به سادگی تحت تأثیر درمانهای روانشناسی قرار نگیرد. علت کارایی متفاوت تأثیر، گرچه مشخص نشده ولی به نظر می‌رسد ناراحتیهای دیسمنوره اسپاسمودیک وابسته به انقباضات ماهیچه‌ای بوده و ناراحتیهای قاعدگی احتقانی وابسته به احتباس آب و ایسکمی باشد، پس ممکن است رفتار درمانی و آرامسازی عضلانی بر دیسمنوره اسپاسمودیک مؤثر باشد (۷ و ۱۱).

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد، با اینکه فنون آرامسازی در درمان دیسمنوره احتقانی نیز مؤثر بوده، ولی این تأثیر نسبت به موارد اسپاسمودیک کمتر است. بنابراین به نظر می‌رسد، بهتر خواهد بود قبل از اقدامات درمانی، نوع دیسمنوره (اسپاسمودیک و احتقانی) مشخص شود.

تقدیر نامه

نویسندگان این مقاله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به خاطر حمایت‌های مالی این پروژه کمال تشکر و قدردانی را دارند. همچنین از استاد مشاور محترم جناب آقای کوشاور که در تنظیم بخش آماری راهنمایی‌های ارزنده به عمل آوردند، صمیمانه تشکر می‌گردد.

References:

1. Sigmon ST, Nelson RO. The effectiveness of activity scheduling and relaxation training in the treatment of spasmodic dysmenorrhea. *J Behav Med* 1998; 1(45): 483-495
2. Kennedy S. Primary dysmenorrhea. *Lancet* 1997; 349(9059): 1116-1117
3. Rapik AJ. Pelvic pain and dysmenorrhea. In: Novak's Textbook of Gynecology, Berek JS, Adashi EY, Hillard PA (eds.). 12th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996; P: 408-413
4. Smith RP. Gynecology in primary care. 1st ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997; P: 389-404
5. موسوی نسب م. طولیالیا ش. بررسی نشانگان پیش از قاعدگی در گروهی از زنان در شهر شیراز. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۸ سال پنجم، شماره ۲، صفحات ۹-۴.

در مورد تأثیر فنون آرامسازی بر دیسمنوره احتقانی پژوهشگران یافته‌های متفاوتی را ارائه می‌کنند؛ چسنی و تاستو (۱۹۷۵)، آمودی و همکاران (۱۹۷۵) معتقدند که رفتار درمانی و فنون آرامسازی به طور متمایزی بر دو نوع دیسمنوره اولیه تأثیر می‌گذارد. ایشان در پژوهشهای خود از روش آرامسازی عضلانی ساده توأم با تصویرسازی ذهنی استفاده کرده و نتیجه گرفتند که کارایی تأثیر آرامسازی (چه به صورت ساده و یا توأم) بر دیسمنوره اسپاسمودیک به طور قابل توجهی بیشتر از احتقانی است ($P < .01$) (۵، ۷). ولی پژوهشهای انجام گرفته توسط کوکس و میر (۱۹۷۸)، کوئیلن و دنی (۱۹۸۲) نشان می‌دهد که با انجام تمرینات آرامسازی بهبود قابل ملاحظه‌ای در هر دو گروه دیسمنوره اسپاسمودیک و احتقانی به وجود آمد. در واقع در این پژوهشها هیچ‌گونه پاسخ افتراقی نسبت به درمان بین دو نوع دیسمنوره اولیه مشاهده نشد (۸، ۱۰).

بر اساس یافته‌های این پژوهش نیز با اینکه انجام تمرینات آرامسازی در موارد احتقانی به لحاظ آماری سبب کاهش قابل توجهی در شدت علائم قاعدگی، طول مدت استراحت و میزان مصرف داروهای مسکن در دوره‌های قاعدگی بعد از درمان نسبت به دوره قبل از درمان گردید، ولی کاهش مشاهده شده نسبت به گروه شاهد قابل توجه نبوده و از نظر مقایسه درصدها این کاهش نسبت به موارد اسپاسمودیک بسیار کمتر بوده است، به نظر می‌رسد، پژوهشهای دیگری لازم است تا تأثیر افتراقی آرامسازی را بر دو نوع دیسمنوره اولیه مورد بررسی قرار دهد. دالتون

6. فلاحیان م. سندرم پیش از قاعدگی، مجله نظام پزشکی، ۱۳۷۲، دوره دوازدهم، صفحات ۲۷۲-۲۶۷.
7. Amodei N, Nelson RO and Jarrett RB. Psychological treatment of dysmenorrhea: Differential effectiveness for spasmodic and congestive *J Behav Ther Exp Psychiat* 1987; 18(2): 95-103
8. Chesney MA, Tasto DL. The development of the menstrual symptom questionnaire. *Behav Res Ther* 1975; 13: 237-244
9. Chesney MA, Tasto DL. The effectiveness of behavior modification with spasmodic and congestive dysmenorrhea. *Behav Res Ther* 1975; 13: 237-253
10. Cox DJ, Meyer RG. Behavioral treatment parameters with primary dysmenorrhea. *J Behav Med* 1978; 1(3): 297-310

11. Quillen MA, Denney DR. Self-control of dysmenorrheic symptoms through pain management training. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982; 1(2): 123- 130
12. Ryan KJ, Barbieri RL. The menstrual cycle In, *Kistner's Gynecology Principle and Practice*, Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, (eds.) 6th ed, Philadelphia: Mosby Co, 1996; P 44- 46