

اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری در کاهش علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی

مریم داودوندی^۱، شکوه نوابی نژاد^۲، فرح لطفی کاشانی^۳

^۱ کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران
^۲ استاد، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تربیت معلم
^۳ استادیار، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

چکیده

سابقه و هدف: سندرم پیش از قاعدگی شامل تغییرات فیزیکی، روانی و رفتاری است که به کرات در فاز لوتئال سیکل قاعدگی زنان اتفاق می‌افتد و سبب درماندگی و اختلال عملکرد روزانه در روابط فرد با دیگران می‌گردد. لذا در این پژوهش تأثیر آموزش گروهی شناختی- رفتاری در کاهش سردرد، پرخوری، حساس شدن پستان‌ها، نفخ شکم و ورم انتهای بررسی شد.
روش بررسی: در این پژوهش نیمه آزمایشی، ابتدا از بین مناطق ۲۲ گانه شهر تهران، منطقه ۳ به صورت تصادفی انتخاب و از مهدکودک‌های این منطقه، دو مهد کودک به صورت تصادفی گزینش شد. از بین مادران کودکان پیش دبستانی این منطقه، ۵۶ زن مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی از نوع در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه آموزش شناختی- رفتاری را دریافت کردند.
یافته‌ها: آموزش گروهی شناختی- رفتاری تأثیر معنی‌داری در کاهش علائم جسمانی شامل سردرد، پرخوری و نفخ شکم داشت، اما در کاهش حساس شدن پستان‌ها و کاهش ورم انتهای مؤثر نبود.
نتیجه‌گیری: درمان شناختی- رفتاری در درمان سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است. بنابراین در افرادی که دارودرمانی مدنظر نیست یا کافی به نظر نمی‌رسد، رویکرد شناختی- رفتاری به تنهایی یا همراه با دارو درمانی توصیه می‌شود.
واژگان کلیدی: رویکرد شناختی- رفتاری، سندرم پیش از قاعدگی، علائم جسمانی.

مقدمه

امروزه تحقیقات در مورد سندرم پیش از قاعدگی کاملاً نهادینه و فراگیر شده است و به عنوان یکی از موضوعات با اهمیت تحقیقی مطرح می‌باشد (۱). اما با اینکه سندرم پیش از قاعدگی وضعیتی جدی می‌باشد، هنوز خیلی کم در مورد آن بحث شده است (۲). بیشتر زنان و خانواده‌های آنها با علائم جسمانی و روانی برهم زننده نظم ناشی از سندرم پیش از قاعدگی متأثر می‌باشند (۳).

Dalton در سال‌های ۱۹۶۴ و ۱۹۷۷ استدلال نمود که سندرم پیش از قاعدگی مسئول افزایش وقوع جرم، حبس، الکلیسم، سوء رفتار در مدرسه، نارضایتی در مراکز صنعتی و بستری شدن در بیمارستان به دلیل حوادث می‌باشد (۱). بیش از ۸۰ درصد زنان، یکی از علائم این سندرم را تجربه می‌کنند (۴). حدود ۵ تا ۸ درصد زنان از سندرم پیش از قاعدگی شدید رنج می‌برند و معیارهای اختلال ملال پیش از قاعدگی را پر می‌کنند (۲). حدود ۱۵۰ علامت برای این سندرم در نظر گرفته شده است که البته در گروه‌های قومی مختلف آمار متفاوت می‌باشد (۴). در ایران، تمجیدی (۱۳۷۴) و کریمی چترودی (۱۳۸۲) شیوع سندرم پیش از قاعدگی در زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله را ۶۲ درصد و

آدرس نویسنده مسئول: تهران، سید خندان خیابان شهید عراقی، کوچه اردیبهشت، پلاک ۷، طبقه چهارم،
مریم داودوندی، (email: Kian_391@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۱۹/۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۲/۱۱

شناختی- رفتاری در کاهش تأثیرات منفی سندرم پیش از قاعدگی می‌باشد (۱۳). محققین بسیاری از جمله Morse و همکاران در سال ۱۹۸۹، Kirkby در سال ۱۹۹۴، Christensen و همکاران در سال ۱۹۹۵، Blake و همکاران در سال ۱۹۹۸ و Hayes در سال ۲۰۰۳ درمان شناختی- رفتاری را یکی از راه‌های قابل بحث در سندرم پیش از قاعدگی دانسته‌اند (۱۱). درمان شناختی- رفتاری به طور وسیعی در پژوهش‌های تجربی بررسی شده و توسط روانشناسان مورد حمایت روانی-اجتماعی قرار گرفته است (۱۴). نظریه شناختی، یک نظام توسعه یافته است که آرون بک آن را ارائه داده و بر اهمیت باورها و افکار فرد در تصمیم‌گیری و تعیین رفتار و احساسات تأکید دارد (۱۵). محققین بسیاری همچون Feldman در سال ۲۰۰۷، Dugas در سال ۲۰۰۳، Hoffman در سال ۲۰۰۷ و Marlatt و همکاران در سال ۲۰۰۷ اظهار می‌دارند که درمان شناختی- رفتاری در درمان اختلالات عاطفی و جسمانی که نشانه‌های مشترکی با سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی دارند (نظیر درد واضطراب)، ایجاد یک توجیه پذیری نظری برای استفاده در درمان سندرم پیش از قاعدگی نموده است (۱۱). هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری در کاهش علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی بود و به این منظور برای رسیدن به این هدف فرضیه‌های متعددی در رابطه با مؤلفه‌های جسمانی سندرم پیش از قاعدگی، شامل سردرد، پرخوری، حساس شدن پستان‌ها، نفخ شکم و ورم انتهاها، تدوین شد.

مواد و روشها

این مطالعه نیمه‌آزمایشی بر روی مادران کودکان پیش دبستانی شهر تهران انجام شد و تأثیر متغیر مستقل آموزش گروهی شناختی- رفتاری بر متغیر وابسته یعنی علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی و خرده‌مقیاس‌های آن شامل سردرد، پرخوری، دردناک شدن پستان‌ها، نفخ شکم و ورم انتهاها بررسی شد. اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسش‌نامه و برگه ثبت موارد که برگرفته از پرسش‌نامه علامت‌شناسی Abraham & Taylor در سال ۱۹۹۰ که توسط بابایان‌زاده اهری در سال ۱۳۷۸ در ایران تدوین گردیده است، مورد بررسی قرار گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای بود، به طوری که پژوهشگر ابتدا از بین مناطق ۲۲ گانه شهر تهران، منطقه سه را به صورت تصادفی انتخاب نمود، سپس از مهدهای کودک این منطقه به صورت تصادفی دو

نورجاه (۱۳۸۵) شیوع آن را ۹۸/۲ درصد اعلام نمودند (۵). به عقیده Freeman در سال ۲۰۰۳، Halbreich در سال ۲۰۰۴، Ransom در سال ۱۹۹۸ و نیز Reid و همکاران در سال ۱۹۹۵، سندرم پیش از قاعدگی شامل تغییرات فیزیکی (جسمی)، روانی و رفتاری است که مکرراً در فاز لوتئال سیکل تولید مثل زنان اتفاق می‌افتد و به طور کوتاه و موقتی بعد از شروع قاعدگی کاسته می‌شوند و سبب درماندگی و اختلال در عملکرد روزانه و روابط فرد با دیگران می‌گردد (۶). نشانه‌های کلاسیک سندرم پیش از قاعدگی اغلب با تنش، تحریک‌پذیری، خشم، افسردگی، احساس عدم کنترل خویش، میل شدید به مواد غذایی، تورم و پف کردن، در دست‌ها و سردرد می‌باشد (۷). با گذشت بیش از ۷۰ سال، محققین پزشکی و روانشناسی فرضیه‌های متعددی مبنی بر سبب‌شناسی تجارب پیش از قاعدگی ارائه داده‌اند (۳)، با این حال سبب‌شناسی و پاتوفیزیولوژی سندرم پیش از قاعدگی ناشناخته باقی مانده است (۸). نشانه‌های پیش از عادت ماهانه بیشتر مبنای هورمونی و فرهنگی- روانی دارد و به دلیل ارتباط دو سویه تن و روان به جرأت می‌توان گفت که چرخه عادت ماهانه و رفتار زنان برهم اعمال اثر می‌کنند (۹). بنا به نظر Hasin در سال ۱۹۸۸ تحقیقات منتشر شده از کشورهای متفاوت حاکی از جهانی بودن این مشکل دارد و استرس و اندوه و یا افزایش مسئولیت از علل مؤثر در افزایش علائم سندرم پیش از قاعدگی می‌باشد. هم چنین علائم سندرم پیش از قاعدگی از الگوهای زندگی روزانه و وضعیت بیوشیمیایی بدن متأثر هستند (۶). در سبب‌شناسی این سندرم اهمیت خاصی برای تغییرات سطح استروژن، پروژسترون، آندروژن و پرولاکتین قائل شده‌اند و به نظر می‌رسد که ساخت و کار سروتونین در مغز نقشی محوری در این اختلال دارد (۱۰). پیشنهادات درمانی متعددی برای سندرم پیش از قاعدگی وجود دارد و اگرچه مداخلات غیردارویی و روان- درمانی برای زنان با انواع مختلف ناراحتی‌ها پیشنهاد گردیده است، اما بازنگری‌های منظمی از این درمان‌ها صورت نگرفته است (۱۱). درمان سندرم پیش از قاعدگی باید شامل برنامه‌ای جامع متشکل از آموزش، مشاوره و حمایت روان شناختی، ورزش، ارزیابی تغذیه‌ای و در مواردی در صورت نیاز مداخلات دارویی می‌باشد (۱۲). بر اساس نظر کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان (۲۰۰۰)، دارودرمانی به عنوان اولین خط درمانی برای اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌باشد، اما راهبردهای غیردارویی باید به عنوان اولین راهکار برای انواع غیرشدید سندرم پیش از قاعدگی در نظر گرفته شود (۱۱). نتایج تحقیق Hunter و همکاران در سال ۲۰۰۲ نشان دهنده تأثیر آموزش مهارت‌های

شامل تقویم ۳۱ روزه جهت ثبت علائم و شدت روزانه آن بود و در کنار آن یک ستون شامل ۱۱ علامت رفتاری و ۶ علامت فیزیکی مانند برگه پرسشنامه بود و در انتهای این فرم سه سؤال در مورد معیارهای حذف نمونه وجود داشت (۱۶). بابایان زاده اهری در سال ۱۳۷۸ در پژوهشی در ایران، برای تعیین روایی ابزار از روش روایی محتوا استفاده و اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران پرسشنامه را بررسی و مورد تأیید قرار دادند و جهت تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد بر روی دانشجویان دانشکده مربوطه استفاده شد و ضریب همبستگی سوالات در دو مرحله ۰/۹۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر، جهت تعیین ضریب پایایی پرسشنامه و برگه ثبت موارد ابتدا ۶۰ نفر از مادران به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه روی آنها اجرا شد. سپس با استفاده از روش بازآزمایی مجدد، ضریب پایایی ۰/۸۶ به دست آمد. روایی محتوایی پرسشنامه و برگه ثبت موارد از طریق بررسی پرسشها توسط تعدادی از اساتید متخصص که در زمینه پژوهش از تجارب کافی برخوردار بودند، مطالعه شد و بر اساس نظر آنها اصلاحات لازم انجام گرفت و روایی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفت.

پژوهشگر پس از هماهنگی با مسئولین دو مهد کودک به همراه ۲ پرسشگر آموزش دیده در هر دو مهد به مدت دو ماه و نیم به توزیع و سپس جمع‌آوری پرسشنامه و برگه ثبت موارد میان همه مادران پرداخت. آنگاه پس از بررسی‌های لازم، مبتلایان را در صورت داشتن معیارهای ورود به پژوهش و اظهار تمایل بر شرکت در پژوهش (پس از آگاهی یافتن از شیوه پژوهش) انتخاب و به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم نمود. مراحل کار برای هر فرد کاملاً شرح داده شد و در ابتدا مشخصات دموگرافیک با بررسی قسمت اول پرسشنامه بررسی شد. سپس طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به مدت ۲ ماه گروه آزمایش تحت آموزش گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در مهدهای کودک قرار گرفتند. خلاصه‌ای از مطالب آموزشی رویکرد شناختی- رفتاری در این تحقیق برگرفته از مایکل فری در سال ۱۹۹۹ و هاوتون در سال ۱۹۸۹ به شرح زیر بود: ۱- آموزش سیکل قاعدگی طبیعی، سندرم پیش از قاعدگی، شیوع و تشخیص افتراقی و انواع راهبردهای درمانی به ویژه درمان روان شناختی آن، ۲- آموزش خودبازنگری، ۳- آموزش آرام‌سازی و تصویرپردازی ذهنی، ۴- آموزش مدل سه سیستمی، ۵- توضیح خطاهای شناختی، ۶- تغییر نگرش‌های اولیه، ۷- ایجاد طرح‌واره‌های متفاوت و انعطاف‌پذیر، ۸- آموزش بیرون کشیدن شناختها و استفاده از مقیاس ذهنی

مهد انتخاب شد. آنگاه ۵۶ نفر از مادران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی در هر دو مهد کودک به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی از نوع در دسترس و با تمایل شخصی انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۶ نفر) و گروه شاهد (۳۰ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل یک علامت از علائم سندرم مذکور با شدت ۲ و یا ۳ به علاوه موارد زیر بود: ۱- سن شروع قاعدگی ۱۵-۱۱ سال، ۲- حداقل سن ۱۸ سال، ۳- طبیعی بودن مدت خونریزی (۷-۳ روز) در سه ماه قبل و ۴- ابتلاء به سندرم پیش از قاعدگی بر اساس ثبت علائم آینده‌نگر. معیارهای حذف فرد از مطالعه شامل موارد زیر بود: ۱- ابتلاء به بیماری‌های جسمی و روانی شناخته شده و تأیید شده و یا تحت درمان از قبیل بیماری‌های غددی، متابولیک، صرع و هر گونه اختلالات قاعدگی در سه دوره قاعدگی قبلی، ۲- استفاده از داروهای مؤثر بر سندرم پیش از قاعدگی از قبیل داروهای آرامبخش، خواب‌آور، داروهای هورمونی، آنتی‌بیوتیک‌ها، دیورتیک‌ها، انواع قرص‌های ضدبارداری، املاح و ویتامین‌ها از جمله ویتامین B6 در طول یک ماه قبل از ورود به دوره آموزشی و در طی دوره آموزش و پژوهش، ۳- وقوع حوادثی از قبیل فوت یا ازدواج نزدیکان، اعمال جراحی در سه ماه قبل از ورود به دوره آموزشی و در طی دوره آموزش و پژوهش و ۴- عدم حضور در دو جلسه متوالی دوره آموزشی.

فرم پرسشنامه مذکور شامل سه بخش بود. بخش اول شامل ۹ سؤال در مورد معیارهای انتخاب یا حذف نمونه جهت پژوهش حاضر از قبیل سن آزمودنی، سن شروع قاعدگی، طول مدت قاعدگی، فاصله بین دو قاعدگی، وجود بیماری جسمانی (به ویژه تأیید عارضه لگنی توسط پزشک زنان) یا بیماری روانی در آزمودنی، مصرف داروهای خاص و وقوع حوادثی مانند فوت نزدیکان، ازدواج و عمل جراحی بود. بخش دوم پرسشنامه حاوی ۵ سؤال مربوط به مشخصات نمونه شامل رتبه تولد، وضعیت تأهل، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی و وجود دردهای حین قاعدگی بود. بخش سوم پرسشنامه با توضیحی در مورد علائم سندرم پیش از قاعدگی شروع می‌شد و وجود و شدت سندرم را بر اساس علائم سه ماه گذشته تعیین می‌کرد و شامل ۱۷ علامت (۱۱ علامت رفتاری و ۶ علامت فیزیکی) بود. در مقابل علائم ستونی جهت ثبت شدت علائم در نظر گرفته شده بود که شدت هر یک از علائم به چهار درجه تقسیم شده بود که امتیاز صفر تا سه بر اساس افزایش شدت علائم به آن تعلق می‌گرفت. برگه ثبت موارد جهت ثبت موارد قاعدگی‌های اخیر در طی انجام پژوهش بود. این برگه

هم‌چنین به تفکیک رشته‌های تحصیلی، ۳۹/۳ درصد در رشته‌های علوم انسانی، ۲۳/۲ درصد ریاضی و فنی، ۲۱/۴ درصد تجربی و ۱۶/۱ درصد نیز در سایر رشته‌ها تحصیل می‌کردند، در نتیجه بیشترین شیوع در گروه آزمایش و شاهد در فارغ‌التحصیلان رشته‌های علوم انسانی مشاهده گردید (جدول ۲).

بر اساس بررسی میانگین علایم جسمانی و خرده مقیاس‌های آن در گروه آزمایش و شاهد در قبل از دوره آموزش، میانگین نمره سردرد در گروه آزمایش ۱۰/۲۷ و در گروه شاهد ۱۰/۵۳ بود و اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد؛ میانگین نمره سردرد بعد از آموزش ۴/۰۸ و در گروه شاهد ۸/۷۹ بود، به عبارتی آموزش گروهی شناختی- رفتاری در گروه آزمایش توانسته بود میانگین نمره سردرد را کاهش دهد. میانگین نمره پرخوری در گروه آزمایش قبل از آموزش ۸/۴۴ و در گروه شاهد ۹/۱۰ بود و این میانگین در بعد از آموزش در گروه آزمایش به ۳/۷۹ و در گروه شاهد به ۷/۱۳ کاهش یافت، به عبارتی این رویکرد آموزشی بر پرخوری مادران مؤثر بود. میانگین نمره دردناک شدن پستان‌ها در قبل از دوره آموزش در گروه آزمایش ۹/۸۹ و در گروه شاهد ۱۱/۲۰ بود که در بعد از آموزش در گروه آزمایش به ۸/۵۳ و در گروه شاهد به ۱۰/۲۲ کاهش یافت که نشان دهنده تأثیر بسیار کم آموزش فوق بر کاهش دردناکی پستان بود. میانگین نمره نفخ شکم قبل از آموزش در گروه آزمایش ۷/۳۲ و در گروه شاهد ۱۰/۹۵ بود و این میانگین‌ها در بعد از دوره آموزش به ترتیب به ۴/۷۱ و ۱۰/۱۸ تغییر یافت، به عبارتی آموزش فوق در بر نفخ شکم گروه آزمایش تأثیر گذار بود. از سویی میانگین نمره ورم انتهاها قبل از آموزش در گروه آزمایش ۵/۶۰ و در گروه شاهد ۵/۸۵ و در دوره پس از آموزش در گروه آزمایش ۵/۲۲ و در گروه شاهد ۵/۶۲ شد که نشانه تأثیر بسیار اندک این رویکرد درمانی بر ورم انتهاها بود. در نهایت، میانگین کل متغیر علایم جسمانی گروه آزمایش در قبل از دوره آموزش از ۵۶ به ۳۵/۲۵ و نیز در گروه شاهد از ۵۷/۷۵ در قبل از آموزش به ۴۴/۶۶ در بعد از آموزش کاهش یافت (جدول ۳). اندازه تأثیر کل اصلاح شده برای کاهش سردرد ۰/۴۳۴ بود که این میزان مطابق با ملاک‌های کوهن برای علایم سردرد در حد نزدیک به متوسط است. اندازه تأثیر کل اصلاح شده برای پرخوری ۰/۲۹۶ و برای نفخ شکم ۰/۲۹۱ بود که این میزان مطابق با ملاک‌های کوهن برای پرخوری و نفخ شکم در حد کمتر از متوسط است. بنا بر شرایط فوق با ۵ درصد خطا می‌توان قضاوت نمود که آموزش گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش سردرد، پرخوری و نفخ شکم ناشی از سندرم پیش از قاعدگی

ناراحتی و ۹- آموزش رفتارها و مهارت‌های جدید جهت پیشگیری، کنترل و کاهش علایم (۱۷). پس از طی دوره آموزش، برگه ثبت موارد دیگری به عنوان پس‌آزمون بین مادران دو گروه آزمایش و شاهد توزیع گردید. جهت تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای تعیین مشخصات دموگرافیک از آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار) و به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و شاهد و تعیین معنی‌داری فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس بین گروهی (ANCOVA) استفاده شد، یعنی میانگین‌های پس‌آزمون بعد از تعدیل نمودن نمره‌های پیش‌آزمون، مورد مقایسه قرار گرفت. $p < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع، ۴۲/۹ درصد مادران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۵۷/۱ درصد بین ۳۰ تا ۴۰ سال سن داشتند، بنابراین بیشترین درصد مادران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی در گروه آزمایش و شاهد در گروه سنی ۴۰-۳۰ سال بود (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع سنی افراد گروه آزمایش و شاهد

	گروه آزمایش	گروه شاهد	کل
۲۰-۳۰ سال	۱۲(۴۶/۲)*	۱۲(۴۰)	۲۴(۴۲/۹)
۳۰-۴۰ سال	۱۴(۵۳/۸)	۱۸(۶۰)	۳۲(۵۷/۱)
کل	۲۶(۱۰۰)	۳۰(۱۰۰)	۵۶(۱۰۰)

* فراوانی (درصد)

جدول ۲- توزیع فراوانی گروه آزمایش و شاهد به تفکیک رشته تحصیلی

	گروه آزمایش	گروه شاهد	کل
انسانی	۹(۳۴/۶)*	۱۳(۴۳/۳)	۲۲(۳۹/۳)
ریاضی فنی	۵(۱۹/۲)	۸(۲۶/۷)	۱۳(۲۳/۲)
تجربی	۷(۲۶/۹)	۵(۱۶/۷)	۱۲(۲۱/۴)
سایر	۵(۱۹/۲)	۴(۱۳/۳)	۹(۱۶/۱)
کل	۲۶(۱۰۰)	۳۰(۱۰۰)	۵۶(۱۰۰)

* فراوانی (درصد)

جدول ۳ - مقایسه میانگین علائم جسمانی و خرده مقیاس‌های آن در گروه آزمایش و شاهد در مرحله قبل و بعد از آموزش

گروه شاهد	گروه آزمایش		گروه شاهد
	قبل از آموزش	بعد از آموزش	
سردرد	۱۰/۲۷±۸/۶۱	۴/۰۸±۲/۶۱	۸/۷۹±۶/۵۳
پر خوری	۸/۴۴±۵/۹۱	۳/۷۹±۲/۰۴	۷/۱۳±۷/۰۶
دردناک شدن پستان‌ها	۹/۸۹±۵/۸۹	۸/۵۳±۶/۹۱	۱۰/۲۲±۷/۱۷
نفخ شکم	۷/۳۲±۵/۸۸	۴/۷۱±۳/۳۹	۱۰/۱۸±۸/۸۸
ورم انتهاها	۵/۶۰±۳/۸۶	۵/۲۲±۳/۰۷	۵/۶۲±۴/۹۹
علائم جسمانی	۵۶±۲۶/۴۷	۳۵/۲۵±۶/۸۹	۴۹/۶۶±۵/۵۰

* میانگین ± انحراف معیار

باشند. شایان ذکر است که نتایج یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با نتایج گزارش شده از تحقیقات زیر همسو می‌باشد. Kathleen و همکاران در سال ۲۰۰۹، درمان شناختی- رفتاری را در درمان سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثر دانسته و یک تئوری استدلالی برای به کارگیری هوشمندانه با محوریت باور پذیر بودن را در رابطه با تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی ارائه دادند و پیشنهاد می‌کنند تا تحقیقات بیشتری در آینده حول این موضوع انجام پذیرد. بنا به توصیه انجمن سلامت زنان، زایمان و مراقبت‌های نوزادان (۲۰۰۳)، در افرادی که دارودرمانی مد نظر نیست و یا دارودرمانی چندین مؤثر نیست، همراه با دارودرمانی، رویکردهای شناختی - رفتاری مناسب می‌باشند (۱۱).

Salamat و همکارانش در سال ۲۰۰۷، استفاده از مدل شناختی- رفتاری را روشی جهت مقابله با علائم سندرم پیش از قاعدگی می‌دانند (۷). O'Brien و همکارانش در سال ۲۰۰۷ درمان شناختی- رفتاری را در درمان سندرم پیش از قاعدگی مؤثر دانسته و اعلام داشتند که این درمان سبب بهبودی اساسی در درمان سندرم پیش از قاعدگی شده و اثرات این درمان تا زمان‌های طولانی پایدار خواهد ماند (۲). Ismail و همکارانش در سال ۲۰۰۶، پیشنهاد نمودند که درمان شناختی- رفتاری نسبت به قرار گرفتن در گروه شاهد سودمندتر است. هم‌چنین درمان‌های غیر دارویی شامل درمان‌های حمایتی، درمان‌های روان‌شناختی، تمرین‌های آیروبیک و مکمل‌های غذایی می‌باشند و یکی از درمان‌های مبتنی بر شواهد، درمان شناختی- رفتاری می‌باشد (۸). در تحقیق Fu و همکارانش در سال ۲۰۰۷، گروه درمانی شناختی- رفتاری مبتلایان به بیماری‌های جسمی مزمن نشان داد که اعضای از گروه آزمایش در زمینه سلامت ذهنی، افکار اتوماتیک منفی و احساسات منفی، نسبت به گروه شاهد

در مادران تأثیر دارد. اندازه تأثیر کل اصلاح شده برای دردناک و حساس شدن پستانها ۰/۰۰۶ و برای ورم انتهاها ۰/۰۰۲ بود که این میزان مطابق با ملاکهای کوهن برای دردناک و حساس شدن پستان‌ها و ورم انتهاها در حد بسیار ضعیف و کم است. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی شناختی- رفتاری دردناکی پستان‌ها و ورم انتهاها ناشی از سندرم پیش از قاعدگی در مادران را تا حد بسیار کمی کاهش می‌دهد. در کل، اندازه تأثیر کل اصلاح شده برای علائم جسمانی ۰/۹۲۳ بود که این میزان مطابق با ملاکهای کوهن برای علائم جسمانی در حد زیاد است. بنا بر شرایط فوق با ۵ درصد خطا می‌توان قضاوت نمود که آموزش گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی در مادران تأثیر دارد (جدول ۴).

جدول ۴ - اندازه اثر بعد از آموزش بر علائم جسمانی و خرده مقیاس‌های آن در گروه آزمایش

علائم جسمانی و خرده مقیاس‌های آن	اندازه اثر
سردرد	۰/۴۳۴
پر خوری	۰/۲۹۶
دردناک شدن پستان‌ها	۰/۰۰۶
نفخ شکم	۰/۲۹۱
ورم انتهاها	۰/۰۰۲
علائم جسمانی	۰/۹۲۳

بحث

پژوهش حاضر نشان داد بین مادرانی که در گروه آزمایش و مادرانی که در گروه شاهد قرار داشتند تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به این معنی که آموزش شناختی- رفتاری موجب کاهش علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی مادران می‌شود و بررسی‌ها حاکی از تأیید برخی از فرضیه‌های پژوهش می‌-

جسمانی سندرم پیش از قاعدگی در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود آموزش گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری به عنوان یک شیوه کارآمد در جهت رفع و کاهش علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی در زنان مورد استفاده قرار گیرد. همچنین در پژوهش‌های آتی، آموزش گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری در زنان مجرد مورد بررسی قرار گیرد. از محدودیت‌های عمده پژوهش حاضر یکی آن بود که اعضای نمونه از بین زنانی انتخاب گردیدند که داوطلب شرکت در کلاس‌های آموزشی بودند و محدودیت عمده دیگر بررسی آموزش بر روی زنان دارای فرزند بود. از طرف دیگر با توجه به اینکه پژوهش حاضر به منطقه ۳ تهران محدود بود، لذا لازم است در تعمیم نتایج مورد توجه واقع گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مادرانی که ما را در این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

بهبودی یافتند (۱۸). Knoop و همکارانش در سال ۲۰۰۷ در تحقیقی که تاثیر درمان شناختی- رفتاری را بر سندرم خستگی مزمن و درد ناشی از آن بررسی کردند، به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی- رفتاری سبب کاهش خستگی می‌گردد (۱۹). بلک و همکاران در سال ۱۹۹۸ شناخت‌درمانی را به شکل معنی‌داری در کاهش علائم روانی و جسمانی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی مؤثر دانستند (۲۰). لطفی کاشانی و همکاران در سال ۱۳۸۶ در مطالعه خود مشاهده کردند که آموزش آرمیدگی عضلانی در کاهش علائم روانی و جسمانی سندرم پیش از قاعدگی مؤثر است (۱۰). منصوری آموزش شادمانی را بر کاهش علائم روانی و جسمانی سندرم پیش از قاعدگی مؤثر می‌داند (۲۰). با توجه به اینکه بیشتر زنان و خانواده‌های آنها با علائم جسمانی و روانی برهم زنده نظم ناشی از سندرم پیش از قاعدگی متأثر می‌باشند، بنابراین درمان و کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی زنان جهت افزایش کارایی و از سویی کاهش تعارضات زناشویی و خانوادگی پیشنهاد می‌گردد. لذا با توجه به تاثیر معنی‌دار آموزش گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش علائم

REFERENCES

- Weisz G, Knaapen L. Diagnosing and treating premenstrual syndrome in five western nations. *J Soc Sci Med* 2009; 68: 1498-505.
- O'Brien S, Indusekhar R, Usman S. Psychological aspects of premenstrual syndrome. *J Best Pract Res Cli Obstetr Gynaecol* 2007; 2: 207-20.
- Campagne DM, Campagne GH. The premenstrual syndrome revisited. *Eur J Obstetr Gynaecol Reprod Biol* 2007; 130: 4-17.
- Zhong H, Rong C, Yingfang Z, Li G, Zhenyu Z, Shuling C, et al. Treatment for premenstrual syndrome with *Vitex angus cactus*: A prospective, randomized, multi- center placebo controlled study in China. *J Matur* 2009; 63: 99-103.
- Heravi F, Badiei M, eds. Pre-menstrual syndrome. Tehran: Institute for Women's Health Promotion; 2009. [In Persian]
- Gonda X, Telek T, Juhasz G, Lazary J, Vargha J, Bagdy G. Patterns of mood changes throughout the reproductive cycle in healthy women without premenstrual dysphoric disorders. *Prog NeuroPsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32: 1782-88.
- Salamat S, Ismail KM, O'Brien SH. Premenstrual syndrome. *Obstetr Gynaecol Reprod Med* 2007; 18: 29-32.
- Ismail KM, O'Brien SH. Premenstrual syndrome. *Curr Obstetr Gynaecol* 2005; 15: 25-30.
- Navabinejad Sh, ed. Female psychology. Tehran: Publishing Science; 2006. [In Persian]
- Lotfi Kashani F, Sarafraz Kh, Pasha Sharifi H. The effect of muscle relaxation training in reducing PMS symptoms. *Journal of Applied Psychology Rodehen University* 2007; 2: 63-74. [In Persian]
- Lustyk MK, Gerrish WG, Shaver S, Keys SL. Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12: 85-96.
- Kenneth JR, ed. Kistner's principles of women's health diseases. Ghazi Jahani B, et al, translators. Tehran: Golban; 2003. [In Persian]
- Hunter M, Ussher J, Cariss M, Browne S, Jelley R, Maurice K. Medical (fluoxetine) and psychological (CBT) treatment for premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom Res* 2002; 53: 811-17.
- Olatunji BO, Feldman G. Cognitive behavioral therapy handbook of clinical psychology. New York: Wiley Hoboken; 2008.

15. Navabinejad Sh .Group guidance and counseling. Tehran: Samt; 2007. [In Persian]
16. Babayanzad Ahari Sh. Pyridoxine effect on the severity of premenstrual syndrome [Dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1999. [In Persian]
17. Ferri M. Practical guide cognitive group therapy. Mohamadi M, Farnam R, translators. Tehran: Growth Publication; 2005. [In Persian]
18. Fu D, Keung W, Phyllis CH, Anna K, Kwan J. Cognitive-behavioral treatment groups for people with chronic physical illness in Hong Kong. *Int J Group Psychother New York* 2007; 3: 367- 19.
19. Knoop H, Stulemeijer M, Prins J, Vander Meer J, Bleijenberg G. Is cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome also effective for pain symptom? *Behav Res Ther* 2007; 45: 2034-43.
20. Mansouri Z. Efficacy of cognitive behavior training happy reduced PMS symptoms in women Baharestan town of Isfahan [Dissertation]. Tehran: Faculty of Science of Educational Psychology, University of Al-Zahra; 2005. [In Persian]