

بررسی تأثیر مشاوره گروهی مدیریت استرس بر علایم سندرم پیش از قاعدگی

مرضیه اسحاقی*، رمضان فلاح**، ترانه امامقلی خوشه‌چین*، جعفر حسینی***

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: سندرم پیش از قاعدگی مجموعه‌ای از علایم جسمانی و خلقی است که به طور دوره‌ای اتفاق افتاده و عملکرد فردی و اجتماعی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر مشاوره گروهی مدیریت استرس بر علایم سندرم پیش از قاعدگی بوده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی (IRCT2016052127994N1) است که در سال ۱۳۹۵ در دانشگاه علوم پزشکی زنجان در مورد ۴۴ دانشجوی مبتلا به PMS (۲۲ نفر گروه مداخله ۲۲ نفر گروه شاهد) انجام گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی و غربالگری علایم قبل از قاعدگی (PSST) است. داده‌ها با استفاده از جداول توزیع فراوانی و آزمون‌های تی مستقل، کای‌دو، آنالیز کوواریانس و آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: علایم خلقی- رفتاری، علایم جسمی و تأثیر علایم بر زندگی قبل از درمان در دو گروه تفاوت معناداری نداشت پس از درمان در ماه اول علایم خلقی- رفتاری ($p < 0/001$) و تأثیر علایم بر زندگی ($p = 0/007$) بین دو گروه متفاوت بود. نتایج دو ماه پس از مداخله نشان داد میانگین نمرات علایم خلقی- رفتاری، در گروه آزمون ($52/2 \pm 4/84$) و شاهد ($70/2 \pm 4/81$)، میانگین نمرات علایم جسمانی در گروه آزمون ($36/7 \pm 5/87$) و شاهد ($64/9 \pm 7/84$) و همچنین میانگین نمرات تأثیر علایم بر زندگی در گروه آزمون ($36 \pm 4/73$) و شاهد ($58/3 \pm 2/73$) تفاوت آماری معناداری داشته است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مشاوره گروهی مدیریت استرس، در کاهش علایم سندرم پیش از قاعدگی مؤثر بوده و می‌توان از آن به عنوان یک روش غیردارویی و بدون عوارض جانبی استفاده کرد.

نویسنده مسؤول: ترانه امامقلی خوشه‌چین*
دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

e-mail:
t_khooshehchin@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: مشاوره گروهی، مدیریت استرس، سندرم پیش از قاعدگی

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۹۶ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۶ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۶/۱۲/۱۲

مقدمه

علایم سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند در ارتباطات فردی و فعالیت‌های اجتماعی تأثیر گذاشته و باعث اختلال در روابط زوج‌ها، ناسازگاری با فرزند، غیبت از محیط کار و مدرسه شود و پیامدهای اجتماعی مانند افزایش حوادث و سوء رفتار را به وجود آورد (۲).

رایج‌ترین علایم سندرم پیش از قاعدگی عبارتند از: افزایش تحریک‌پذیری و بی‌قراری، استرس و تنش، نفخ شکم، خستگی مفرط، حساسیت و دردناکی پستان، کمر درد و سر

سندرم پیش از قاعدگی یا PMS (Premenstrual syndrome) مجموعه‌ای از علایم جسمانی، خلقی و رفتاری است که به طور تکرار شونده در مرحله لوتئال (Luteal) دوره قاعدگی اتفاق می‌افتد و در روز سوم شروع خون‌ریزی قاعدگی از بین می‌رود و به مدت ۲ تا ۳ دوره قاعدگی تکرار می‌شود (۱).

* گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
** گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
*** گروه آموزشی روان‌شناسی بالینی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

و آموزش، تغییر در سبک زندگی یا رژیم غذایی، ارتقای ظرفیت روان‌شناختی، درمان شناختی- رفتاری و روش‌های کنترل استرس وجود دارد (۱۱).

براساس دستورالعمل کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان (سال ۲۰۱۵)، انتخاب راهبردهای درمانی، بستگی به شدت علایم PMS دارد. استفاده از روش‌های غیردارویی، معمولاً به عنوان اولین راهبرد در انواع خفیف تا متوسط سندرم پیش از قاعدگی به کار برده می‌شود و در موارد شدید و یا ایجاد تداخل در زندگی، می‌توان از درمان‌های دارویی در جهت تخفیف علایم استفاده کرد (۱۲).

نتایج برخی مطالعات نشان داده است که مشاوره سبب کاهش علایم روان‌شناختی و سایر علایم PMS شده است (۱۳ و ۱۴). این در حالی است که در برخی مطالعات دیگر مشاوره تنها سبب کاهش علایم خلقی- روانی شده ولی در کاهش علایم جسمانی PMS تأثیر نداشته است (۱۵ و ۱۶). با توجه به این که در بعضی موارد مداخلات دارویی منفرد، تأثیر بیشتری نسبت به مداخلات غیردارویی نداشته و همچنین برخی از داروها با عوارض جانبی و یا عدم همکاری توسط بیماران همراه بوده است، به نظر می‌رسد، می‌توان از روش‌های غیردارویی مانند مشاوره و آموزش که در آن مراجعه‌کنندگان با برقراری ارتباط دو طرفه (بین مراجع و مشاور)، به شناسایی و ارزیابی مشکلات خود پرداخته و راه حلی مناسب را انتخاب می‌نمایند، بهره برد (۱۷). بنابراین به دلیل ضرورت طراحی اقداماتی جهت ارتقای

درد (۳ و ۴). یک مطالعه فراتحلیل و مرور سیستماتیک در مورد میزان شیوع سندرم پیش از قاعدگی در جهان نشان داده که شیوع کلی سندرم پیش از قاعدگی ۴۸٪ است. فراوانی سندرم پیش از قاعدگی در قاره اروپا ۴۰٪، قاره آفریقا ۸۵٪، قاره آسیا ۴۶٪ و آمریکای جنوبی ۶۰٪ می‌باشد (۵). در ایران مطالعات متفاوت، شیوع آن را بین ۵۲/۹ تا ۹۸/۲٪ گزارش نموده‌اند (۶ و ۷).

استرس براساس تعریف DSM-5 عبارت است از نوعی پاسخ اختصاصی و غیراختصاصی که فرد به محرک‌ها و رویدادها نشان می‌دهد و ممکن است موجب برهم خوردن تعادل شخص شده، یا از توانایی سازگاری فرد فراتر باشد و وی را تحت فشار قرار دهد (۷). مطالعات نشان می‌دهد که بین استرس و بیماری ارتباط متقابلی وجود دارد و همان‌طور که بیماری بر استرس اثر می‌گذارد، استرس نیز بر پیش‌روی بیماری تأثیر دارد (۸). برخی از محققان معتقدند که فشارهای روانی و تنش‌زا، می‌تواند در ابتلای زنان به سندرم پیش از قاعدگی مؤثر باشد (۹). استرس از طریق کاهش بتا اندورفین‌های مغز و افزایش سطح کورتیزول آدرنال، باعث ایجاد علایم خلقی در افراد می‌شود و از آن‌جا که کورتیزول و پروژسترون بر گیرنده‌های مشترک سلولی رقابت می‌کنند، کورتیزول باعث ایجاد اختلال در فعالیت پروژسترون و افزایش فعالیت استروژن شده، در نتیجه این تغییرات باعث شروع و یا بدتر شدن علایم سندرم پیش از قاعدگی می‌شود (۱۰).

از آن‌جا که علت اصلی PMS ناشناخته است، روش‌های درمانی متعددی از جمله درمان‌های دارویی و غیردارویی مانند مشاوره

کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و با توجه به نتایج متناقض به دست آمده در مطالعات مختلف در مورد تأثیر مشاوره در کاهش علایم PMS و نیافتن مطالعه‌ای که از مهارت مدیریت استرس به تنهایی جهت کاهش علایم سندرم پیش از قاعدگی استفاده شده باشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره گروهی مدیریت استرس بر علایم سندرم پیش از قاعدگی صورت گرفت تا از این روش به عنوان یک روش غیردارویی مؤثر و کم عارضه به تنهایی و یا در کنار روش‌های دیگر استفاده شود.

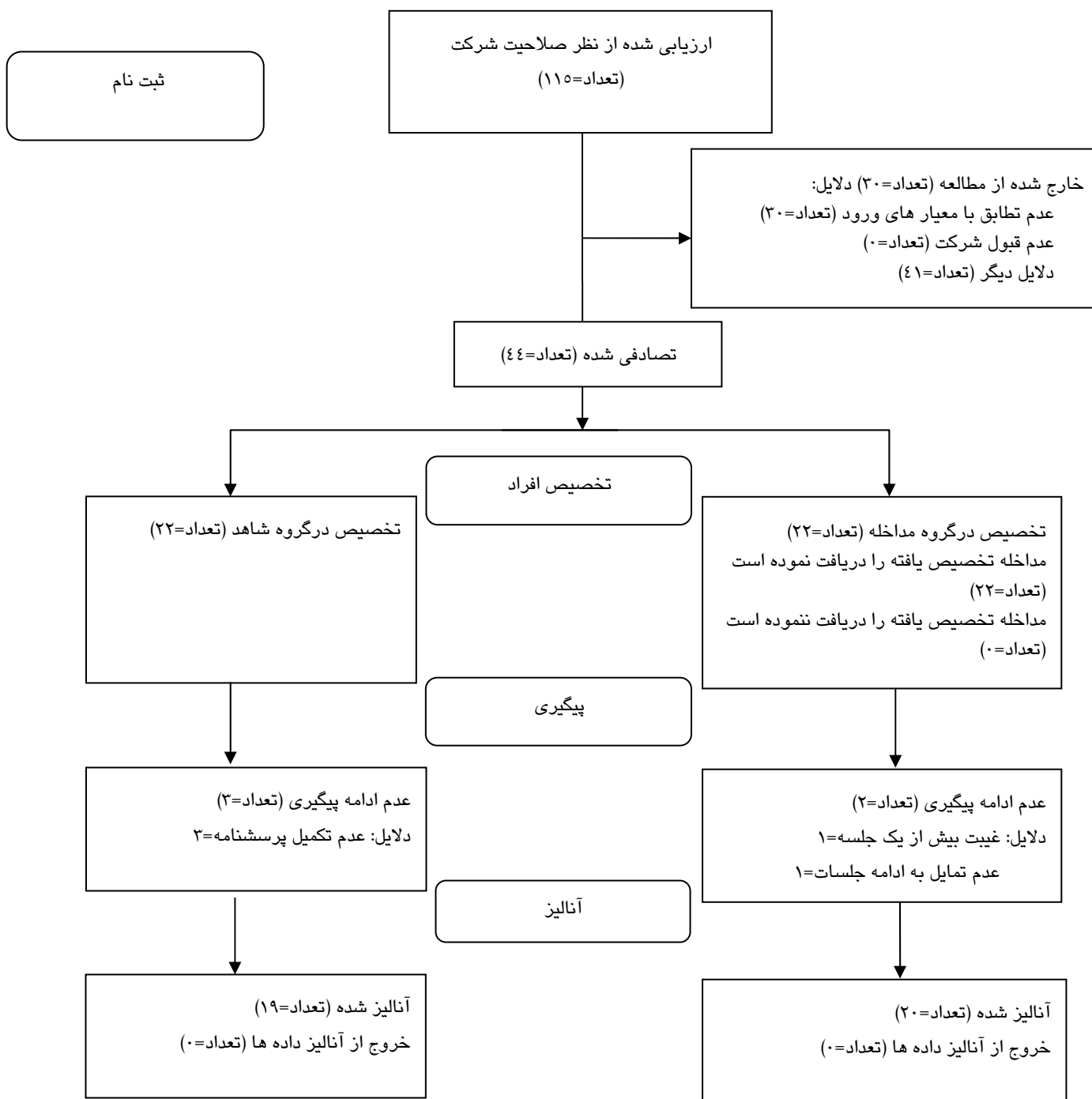
روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ در مورد دانشجویان دختر در خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام گرفته است. در این مطالعه براساس مطالعات مشابه (۱۶ و ۱۵) با توان ۸۰٪ و سطح اطمینان ۹۵٪ حجم نمونه در هر گروه ۲۰ نفر برآورد شد و با احتساب ریزش احتمالی ۱۰٪ برای هر گروه ۲۲ نفر تعیین گردید.

نمونه‌گیری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت بدین نحو که تمامی دانشجویان ساکن دو خوابگاه (۱۱۵ نفر) از نظر معیارهای ورود به مطالعه و تمایل به شرکت در مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند و در هر خوابگاه ۲۲ نفر براساس معیارهای ورود به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه، ابتلا به سندرم قبل از قاعدگی با شدت متوسط یا شدید (براساس

پرسشنامه PSST و مقیاس درجه‌بندی PMS در DSM-IV، داشتن عادت ماهیانه منظم (فواصل بین دو عادت ماهیانه ۲۸-۳۳ روز و طول خون‌ریزی بین ۲ تا ۷ روز)، کسب نمره کم‌تر و مساوی ۲۴ در پرسشنامه سلامت عمومی، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی با استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی و پرسشنامه سلامت عمومی، عدم استفاده از درمان‌های دارویی، عمل جراحی از ۳ ماه قبل از مطالعه، داشتن حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۳۰ سال، عدم هرگونه اختلال قاعدگی در ۳ ماه قبل از مطالعه و نداشتن رژیم غذایی خاص بود. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: بروز حادثه ناگوار مانند اختلافات شدید خانوادگی، جدایی از والدین، مشکلات مالی شدید، مرگ نزدیکان در حین دوره پژوهش، غیبت بیش از ۱ جلسه در مشاوره مدیریت استرس، انصراف و عدم همکاری به هر دلیل (۱۵).

جهت جلوگیری از انتقال اطلاعات بین گروه مداخله و شاهد با استفاده از پرتاب سکه، یک خوابگاه به گروه مداخله و خوابگاه دیگر به گروه شاهد اختصاص یافت. از آن جا که برگزاری جلسات مشاوره بدون اطلاع شرکت‌کنندگان و پژوهشگر مسئول به عنوان رایانه‌دهنده مشاوره، قابل اجرا نبود، بنابراین امکان کورسازی در مرحله اول وجود نداشت و در مرحله نهایی، جهت جلوگیری از تورش، جمع‌آوری پرسشنامه‌ها پس از مداخله، وارد کردن اطلاعات در رایانه توسط فردی خارج از گروه تحقیق انجام گرفت و اطلاعات به صورت گروه A و B در برنامه SPSS نسخه ۲۱ وارد شد.



نمودار ۱- نمودار کانسورت

استفاده شده است. این پرسشنامه دارای دو بخش و ۱۹ سؤال می باشد، بخش اول شامل ۱۴ سؤال در مورد علایم خلقی-رفتاری و جسمی است و بخش دوم شامل ۵ سؤال می باشد که

در این تحقیق از پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی و پرسشنامه PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool) برای اندازه گیری شدت علایم PMS

طبق پرسشنامه PSST نوع متوسط تا شدید PMS در یک ردیف طبقه‌بندی می‌شود. در مطالعه حاضر نوع متوسط تا شدید PMS در مطالعه وارد گردیده و نوع خفیف و PMDD (Premenstrual dysphoric disorder) (اختلال افسردگی قبل از قاعدگی) وارد مطالعه نشد.

قبل از جمع‌آوری اطلاعات، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان در هر گروه توضیح داده شد و از آنان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی کسب گردید. همچنین این مطالعه، پس از کسب تأیید کمیته اخلاق مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی زنجان به شماره ZUMS.REC.1394.198 در سایت IRCT به شماره 2016052127994N1 به ثبت رسید.

جهت انجام مداخله در گروه مشاوره مدیریت استرس، آموزش و مشاوره در زمینه مهارت‌های مدیریت استرس در طی ۴ جلسه ۲ ساعته و با استفاده از بسته مهارت‌های زندگی سازمان بهزیستی، انجام یافت (۱۹). در جلسات مشاوره و آموزش از روش سخنرانی، انجام فعالیت و بحث‌های گروهی، ارایه پمفلت، و پرسش و پاسخ استفاده شد. در شروع مطالعه به گروه شاهد نیز پمفلتی در مورد قاعدگی و بهداشت دوران قاعدگی ارایه شد. به منظور رعایت موازین اخلاقی پس از انجام مداخلات و بررسی نتایج، برای گروه شاهد نیز جلسات مشاوره مدیریت استرس برگزار شد. آموزش و مشاوره توسط محقق، پس از گذراندن دوره‌های مهارت مدیریت استرس و کسب گواهی مربوط صورت گرفت.

تأثیر علایم سندرم پیش از قاعدگی را بر عملکرد زندگی افراد بررسی می‌کند. در این پرسشنامه برای هر سؤال ۴ معیار اصلاً، خفیف، متوسط و شدید ذکر شده است که براساس مقیاس لیکرت از صفر تا ۳ امتیازبندی می‌شود. جهت یکسان‌سازی نمرات در حیطه‌های مختلف امتیازات از صفر تا ۱۰۰ در نظر گرفته و از مجموع نمرات میانگین گرفته شد. نمرات بالاتر نشانه شدت مشکل و علایم می‌باشد. پرسشنامه PSST معیارهای طبقه‌بندی شده DSM-IV را به یک مقیاس درجه‌بندی براساس شدت بیماری تبدیل می‌کند. در پرسشنامه PSST معیار تشخیص سندرم پیش از قاعدگی با شدت متوسط تا شدید، دارا بودن سه شرط زیر است:

۱- از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد.

۲- علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۱۴ در مجموع حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد.

۳- در بخش تأثیر علایم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد (۱۸).

روان‌سنجی نسخه ایرانی این پرسشنامه توسط سیه‌بازی و همکاران انجام گرفته است. در بررسی پایایی پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۹ به دست آمد. مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ به دست آمد و حاکی از آن است که این پرسشنامه از روایی محتوایی برخوردار است (۱۸).

مطالب ارایه شده در جلسات مدیریت استرس به شرح جدول زیر بوده است.

جلسه توجیهی:	معارفه شرکت‌کنندگان و تعیین قوانین جلسات - توضیح درباره پژوهش حاضر - پرسش و پاسخ درباره اطلاعات شرکت‌کنندگان درباره قاعدگی و سندرم پیش از قاعدگی و تأثیرات منفی ناشی از آن بر جنبه‌های زندگی - توضیحاتی درباره فیزیولوژی قاعدگی و سندرم پیش از قاعدگی - تعریف مهارت‌های زندگی و انواع آن - پرسش درباره راه‌حل‌های ممکن - پیدا کردن راه‌حلهایی با کمک مشارکت‌کنندگان - ارایه تمرینات.
جلسه اول:	تعریف استرس و علایم هشداردهنده استرس - پرسش درباره تأثیرات منفی آن بر جسم و روان و رفتار - تهیه فهرستی از منابع استرس‌زا - ارتباط استرس با سندرم پیش از قاعدگی - پرسش درباره ضرورت مهارت کنترل استرس - معرفی سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار - آموزش و مشاوره روش‌های کنترل خشم - ارایه تمرین در جلسات مشاوره.
جلسه دوم:	پرسش و پاسخ از سوی شرکت‌کنندگان با بیان مثال‌هایی از استرس که در گذشته تجربه کرده‌اند و روش‌های مقابله‌ای که به کار برده‌اند - آموزش شناخت خطاهای شناختی و استفاده از روش مثبت اندیشی و تغییر افکار و نگرش منفی - مثال‌هایی از تغییر افکار منفی که به کار برده‌اند - ارایه تمرین در جلسات مشاوره.
جلسه سوم:	آموزش مهارت حل مسئله - تمرین حل مسئله در جلسه مشاوره - آموزش مهارت جرأت‌مندی، برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی کارها - ارایه تمرین.
جلسه چهارم:	پرسش و پاسخ درباره استفاده از تمرینات حل مسئله و جرأت‌مندی در هفته گذشته - آموزش آرام‌سازی - ارایه راه‌حل‌های مقابله‌ای فیزیکی با استرس مانند تغذیه - خواب - ورزش - رفع اشکال.

مدیریت استرس و ۱۹ نفر در گروه شاهد) مورد تحلیل قرار گرفت (نمودار شماره ۱).
براساس آزمون کلموگروف - اسمیرنوف، نمرات علایم خلقی - رفتاری، تأثیر علایم بر زندگی و علایم جسمانی دارای توزیع نرمال بودند.

نتایج نشان داد که متغیرهای سن منارک، طول مدت خون‌ریزی، شدت علایم سندرم پیش از قاعدگی، وضعیت اشتغال و تأهل در هر دو گروه همگن بودند و از نظر آماری اختلاف معناداری بین این متغیرها در دو گروه وجود نداشت ($p > 0/05$). اما سن افراد در دو گروه یکسان نبود و از نظر آماری معنادار بود (جدول شماره ۱)، لذا برای مقایسه میانگین‌ها در دو گروه، از روش آنالیز کوواریانس استفاده شد و بر این اساس، اختلاف میانگین‌های نمرات علایم خلقی - رفتاری ($p = 0/683$)، تأثیر علایم بر زندگی ($p = 0/178$) و علایم جسمی ($p = 0/890$) قبل از درمان در بین

پس از اتمام مداخله از شرکت‌کنندگان خواسته شد در دو دوره متوالی، پرسشنامه PSST را در روزهای اول تا چهارم قاعدگی تکمیل نموده و آن را در اختیار محقق قرار دهند. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی و آزمون‌های تی‌مستقل، کای‌دو، آنالیز کوواریانس و آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری از نظر آماری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

به دلیل خروج ۲ نفر در گروه مداخله (به دلیل غیبت بیش از یک جلسه و عدم تمایل به شرکت در ادامه جلسات) و خروج ۳ نفر از گروه شاهد (عدم تمایل به شرکت در ادامه مطالعه و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در دو ماه) داده‌های مربوط به ۳۹ نفر (۲۰ نفر در گروه مشاوره

دو گروه از نظر آماری معنادار نبود. همچنین داده‌های پیش‌آزمون نشان داد که بین وضعیت تأهل و شدت PMS ارتباط آماری معناداری بین دو گروه وجود نداشته است ($p > 0/05$).

لازم به ذکر است با توجه به این که اثر متقابل بین گروه و دوره (قبل از درمان، یک ماه و دو ماه بعد از درمان) معنادار بود ($p = 0/021$)، برای بررسی اختلاف میانگین‌ها در دو گروه به جای روش اندازه‌های تکراری از تی‌مستقل استفاده شد و جهت تعدیل خطای نوع اول در مقایسه چندگانه زمان‌ها (دوره)، از روش بنفرونی استفاده شد بنابراین با توجه به مقایسه ۳ زمان، در جدول شماره ۲ سطح معناداری کم‌تر از ۰/۰۱۷ می‌باشد.

نتایج در ماه اول درمان، نشان‌دهنده اختلاف معناداری بین میانگین نمرات علایم خلقی- رفتاری ($p < 0/001$) تأثیر علایم بر زندگی ($p = 0/007$) در بین دو گروه بود؛ اما در قسمت علایم جسمانی در بین دو گروه اختلاف معناداری دیده نشد ($p = 0/087$) (جدول شماره ۲). نتایج به دست آمده در ماه دوم درمان، نشان‌دهنده اختلاف معناداری بین میانگین

نمرات علایم خلقی- رفتاری ($p < 0/001$)، علایم جسمانی ($p = 0/005$) و تأثیر علایم بر زندگی ($p = 0/002$) در بین دو گروه بود. همچنین در مجموع دو ماه (اول و دوم) درمان نشان داد که مداخله مدیریت استرس در کاهش شدت علایم خلقی- رفتاری ($p < 0/001$)، تأثیر علایم بر زندگی ($p < 0/001$) و علایم جسمانی ($p = 0/013$) در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد مؤثر بوده است (جدول شماره ۲).

مطابق نتایج جدول شماره ۳، در ماه اول درمان، تعداد مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی متوسط یا شدید در گروه مشاوره مدیریت استرس ۵ نفر (۲۵٪) و در گروه شاهد ۱۷ نفر (۸۹/۴۷٪) بود که این اختلاف با استفاده از آزمون chi-square از نظر آماری معنادار بوده است ($p < 0/001$). همچنین در ماه دوم درمان نیز در گروه مشاوره مدیریت استرس، تعداد مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی متوسط یا شدید ۸ نفر (۴۰٪) اما در گروه شاهد ۱۶ نفر (۸۴/۲۱٪) بوده و این اختلاف براساس آزمون chi-square از نظر آماری معنادار بوده است ($p = 0/023$).

جدول ۱- مشخصات دانشجویان دختر مورد مطالعه ساکن خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۳۹۵

p-value	گروه				متغیر	
	کنترل		مداخله		متأهل	وضعیت تأهل*
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
$p = 0/896$	۲	۱۰/۵۲	۲	۱۰	متأهل	وضعیت تأهل*
	۱۷	۸۹/۴۷	۱۸	۹۰	مجرد	
$p < 0/05$	SD±M		SD±M		سن**	
	۲۱/۱۰±۱/۱۴		۲۵±۲/۰۷		(میانگین و انحراف معیار)	
$p = 0/086$	SD±M		SD±M		طول مدت خون‌ریزی**	
	۵±۱/۱۵		۵/۰۵±۱/۰۷		(میانگین و انحراف معیار)	
$p = 0/463$	SD±M		SD±M		سن منارک**	
	۱۳/۱۰±۱/۲۴		۱۳/۲۶±۱/۱۴		(میانگین و انحراف معیار)	

* جهت مقایسه وضعیت تأهل بین دو گروه از آزمون کای‌دو استفاده شد.

** جهت مقایسه سن، طول مدت خون‌ریزی و سن منارک بین دو گروه از آزمون تی‌تست استفاده شد.

جدول ۲- مقایسه میانگین کلی نمرات شدت علایم سندرم پیش از قاعدگی بین دو گروه، در دوره قبل از درمان و ماه اول و دوم بعد از درمان (۳۹ نفر) در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان، سال ۱۳۹۵

P t-test	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه‌ها	علایم	
$p=0/683^*$	۲/۶۸	۴۴/۸	۲۰	مشاوره مدیریت استرس	علایم خلقی - رفتاری	قبل از درمان
	۳/۰۷	۴۶/۶	۱۹	شاهد		
$p=0/890^*$	۶/۶۶	۶۰	۲۰	مشاوره مدیریت استرس	علایم جسمی	
	۸/۱۶	۶۱/۵	۱۹	شاهد		
$p=0/178^*$	۳/۶۸	۴۶/۷	۲۰	مشاوره مدیریت استرس	تأثیر علایم بر زندگی	
	۳/۲۰	۵۳	۱۹	شاهد		
$p<0/001^{**}$	۳/۲۱	۲۴/۸	۲۰	مشاوره مدیریت استرس	علایم خلقی - رفتاری	ماه اول درمان
	۳/۸۳	۴۹	۱۹	شاهد		
$p=0/087^{**}$	۵/۷۲	۳۴/۹	۲۰	مشاوره مدیریت استرس	علایم جسمی	
	۷/۶۶	۵۶/۲	۱۹	شاهد		
$p=0/007^{**}$	۵/۷۵	۳۷	۲۰	مشاوره مدیریت استرس	تأثیر علایم بر زندگی	
	۴/۰۵	۵۶/۹	۱۹	شاهد		
$p<0/001^{**}$	۴/۸۴	۵۳/۲	۲۰	مشاوره مدیریت استرس	علایم خلقی - رفتاری	ماه دوم درمان
	۴/۸۱	۷۰/۲	۱۹	شاهد		
$p<0/005^{**}$	۵/۸۷	۳۶/۷	۲۰	مشاوره مدیریت استرس	علایم جسمانی	
	۷/۸۴	۶۴/۹	۱۹	شاهد		
$p=0/002^{**}$	۴/۷۳	۳۶	۲۰	مشاوره مدیریت استرس	تأثیر علایم بر زندگی	
	۲/۷۳	۵۸/۳	۱۹	شاهد		
$p<0/001^{**}$	۳/۴۷	۲۹/۹۶	۲۰	مشاوره مدیریت استرس	علایم خلقی - رفتاری	مجموع ماه اول و دوم درمان
	۳/۵۲	۵۹/۶	۱۹	شاهد		
$p=0/013^{**}$	۴/۶۹	۳۸/۴	۲۰	مشاوره مدیریت استرس	علایم جسمانی	
	۷/۵۶	۶۰/۱	۱۹	شاهد		
$p<0/001^{**}$	۵/۴۳	۳۶/۵۰	۲۰	مشاوره مدیریت استرس	تأثیر علایم بر زندگی	
	۳/۱۴	۵۷/۶	۱۹	شاهد		

* آزمون کوواریانس

** آزمون تی مستقل، با توجه به تصحیح بون فرونی $p<0/017$ معنادار است.

جدول ۳- مقایسه توزیع فراوانی شدت سندرم پیش از قاعدگی در گروه‌های مورد مطالعه، در ماه اول و دوم درمان (۳۹ نفر) در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان، سال ۱۳۹۵

p-value (chi-square)	شدت علایم سندرم پیش از قاعدگی				گروه‌ها	دوره
	متوسط یا شدید		خفیف یا عدم شدت			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
0/001	۲۵	۵	۷۵	۱۵	مشاوره مدیریت استرس	ماه اول
	۸۹/۴۷	۱۷	۱۰/۵۲	۲	شاهد	
0/023	۴۰	۸	۶۰	۱۲	مشاوره مدیریت استرس	ماه دوم
	۸۴/۲۱	۱۶	۱۵/۷۸	۳	شاهد	

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره گروهی مهارت مدیریت استرس بر علایم سندرم پیش از قاعدگی انجام یافته است. یافته‌ها حاکی از آن است که روش مشاوره گروهی مدیریت استرس بر کاهش شدت کلی علایم سندرم پیش از قاعدگی مؤثر بوده است. مطابق این نتایج در مطالعه‌ای که توسط آرمند و طلائی در بررسی مدیریت استرس با رویکرد شناختی- رفتاری بر PMS انجام یافته، نتایج نشان می‌دهد که نمره شدت علایم سندرم پیش از قاعدگی در گروه مداخله، کاهش معناداری داشته است که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۱۳). در مطالعه Hunter و همکاران که به بررسی مقایسه تأثیر فلوکستین و درمان شناختی- رفتاری بر زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی پرداخته شده، نتایج به دست آمده بیانگر کاهش شدت علایم PMS با تداوم بیش‌تری به دنبال درمان شناختی- رفتاری بوده است که با نتایج پژوهش حاضر در جهت کاهش شدت علایم روانی و جسمانی همخوانی دارد (۱۴).

در زمینه شدت علایم جسمانی مرتبط با PMS نیز کاهش قابل ملاحظه‌ای در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد دیده شد. یکی از جدیدترین مطالعات در زمینه تأثیر آموزش گروهی بر علایم جسمانی مرتبط با سندرم قبل از قاعدگی، مطالعه شیبیری و همکاران است. نتایج مطالعه آنان بیانگر تأثیر مثبت آموزش گروهی بر کاهش علایم جسمانی PMS بوده است که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۰). در صورتی که نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه نورانی سعدالدین و همکاران در زمینه

تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر شدت علایم جسمانی PMS همسو نیست (۱۵) که دلیل این عدم همخوانی می‌تواند، متفاوت بودن روش مداخله، تفاوت در موضوع مهارت‌های آرایه شده، ابزارهای غربالگری در سنجش علایم سندرم پیش از قاعدگی (فرم ثبت روزانه علایم سندرم قبل از قاعدگی) باشد. در مطالعه نورانی سعدالدین، آموزش ۴ مهارت از مهارت‌های زندگی شامل خودآگاهی، ارتباط مؤثر، مبارزه با هیجانات منفی (خشم) و استرس، طی ۸ جلسه و هر مهارت در ۲ جلسه آموزش داده شده است در صورتی که در مطالعه حاضر، یک مهارت مدیریت استرس در ۴ جلسه آموزش داده شد.

در مطالعه دیگری که توسط میرزایی و همکاران انجام گرفت، نتایج نشان داد که مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اضطراب زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی نسبت به گروه شاهد سودمند می‌باشد، اما در کاهش علایم جسمانی کارآمد نیست (۱۶) که نتایج به دست آمده در این مطالعه با پژوهش حاضر در زمینه کاهش شدت علایم خلقی- رفتاری مشابه است. اما در مطالعه ما، جلسات مشاوره مدیریت استرس در کاهش شدت علایم جسمانی PMS نیز تأثیر داشته است که یکی از دلایل آن می‌تواند توصیه‌های ورزشی و رعایت رژیم غذایی در پروتکل مدیریت استرس باشد.

در زمینه شدت علایم خلقی- رفتاری مرتبط با PMS نیز کاهش معناداری در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد دیده شد. شریفی‌راد و همکاران نیز، در مطالعه خود با عنوان بررسی تأثیر برنامه آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر پارامترهای افسردگی،

اضطراب و استرس دانشجویان دختر با سندرم پیش از قاعدگی به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره سندرم پیش از قاعدگی در گروه مداخله، بلافاصله بعد از درمان و ۲ ماه بعد از درمان نسبت به گروه شاهد به طور معناداری بهتر بوده است و آموزش آرامسازی عضلانی با کاهش در فشار عضلات باعث کاهش سطح افسردگی، استرس و اضطراب در افراد می‌شود (۲۱) که نتایج این مطالعه، به دلیل وجود برنامه آرامسازی در پروتکل مهارت کنترل استرس با مطالعه حاضر در جهت کاهش علایم خلقی- رفتاری PMS همخوانی دارد. در مطالعه Kues و همکاران نیز نتایج بیانگر تأثیر مثبت روش (Cognitive Behavioral Therapy) CBT بر کاهش شدت علایم خلقی- روانی PMS بوده است (۲۲). نتایج مطالعه داوودندی و همکاران نشان داد که آموزش گروهی شناختی- رفتاری در کاهش علایم جسمانی ناشی از سندرم قبل از قاعدگی مؤثر است (۲۳). همچنین نتایج مطالعه میرزایی و همکاران، نیز نشان داده است که مدیریت استرس می‌تواند در بهبود افسردگی و تحریک‌پذیری در مبتلایان به PMS مؤثر باشد (۲۴) که نتایج این پژوهش‌ها، با نتایج مطالعه ما در کاهش شدت علایم خلقی- رفتاری PMS همخوانی دارد.

مطالعه Jarvis و همکاران نشان داده است که تغییر سبک زندگی شامل رژیم غذایی، ورزش، شیوه‌های شناختی- رفتاری، در کاهش علایم سندرم پیش از قاعدگی مؤثر می‌باشد (۱۱) که با نتایج مطالعه حاضر همسو است. در صورتی که تقی‌زاده و همکاران در مطالعه خود گزارش نمودند که مشاوره گروهی در زمینه

کنترل استرس، رژیم غذایی و فعالیت بدنی می‌تواند در کاهش کلی شدت علایم سندرم پیش از قاعدگی، علایم جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، پرخاشگری و اضطراب تأثیر داشته باشد ولی در خرده مقیاس افسردگی، کاهش معناداری ندارد (۲۵). نتایج پژوهش یاد شده با مطالعه حاضر در جهت کاهش شدت کلی علایم PMS همخوانی دارد. اما در مطالعه حاضر شدت نمره افسردگی نیز کاهش داشته است که این امر می‌تواند ناشی از متفاوت بودن تعداد جلسات مشاوره و به‌کارگیری رویکرد مهارت زندگی در جهت مدیریت استرس باشد.

در زمینه تأثیر علایم مرتبط با PMS بر زندگی افراد نیز کاهش قابل ملاحظه‌ای در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد دیده شده است. در مطالعه حاضر نشان داده شده که مدیریت استرس باعث افزایش سازگاری در روابط اجتماعی و خانوادگی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به PMS شده است. در مطالعه Iqbal و Yadav با عنوان تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عزت نفس، سازگاری و همدلی در بین نوجوانان نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند بر افزایش عزت نفس و همدلی در نوجوانان مؤثر باشد، اما بر بهبود سازگاری اجتماعی تأثیری ندارد که با مطالعه حاضر همسو نیست (۲۶). علت این عدم همخوانی می‌تواند تفاوت در سن و جنس شرکت‌کنندگان و متفاوت بودن ابزار اندازه‌گیری با مطالعه حاضر باشد. همچنین نتایج مطالعه Srikala و Kishore نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی در نوجوانان باعث به‌کارگیری مهارت

کنترل استرس و افزایش اعتماد به نفس شده، در نتیجه آنان سازگاری عمومی و رفتار اجتماعی بهتری را در مدرسه نشان دادند. اما این آموزش‌ها تأثیری در سازگاری با همسالان و افراد خانواده نداشته است (۲۷) که در قسمت سازگاری عمومی و اجتماعی با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد، ولی در قسمت سازگاری با افراد خانواده و دوستان همخوانی ندارد. علت این عدم همخوانی می‌تواند تفاوت در تعداد و جنس شرکت‌کنندگان و همچنین ابزار اندازه‌گیری و مدت مطالعه می‌باشد.

در پژوهش حاضر فراوانی شدت علایم PMS با سن و وضعیت تأهل ارتباط آماری معناداری نداشته است که با نتایج مطالعه زندگی و همکاران و علوی و همکاران همسو می‌باشد (۲۸ و ۲۹).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مواردی مانند عدم همسانی استعداد یادگیری شرکت‌کنندگان، استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی، احتمال آلودگی اطلاعات بین افراد در گروه‌ها، عدم شرکت داوطلبان تا انتهای جلسات مشاوره اشاره کرد.

نظر به این که درصد بالایی از مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی، دچار اختلالاتی در علایم خلقی-رفتاری، جسمانی و کاهش کارایی و کیفیت زندگی می‌شوند، نیاز است درمانی مناسب برای کاهش علایم این سندرم صورت گیرد. همچنین با توجه به ماهیت مزمن این اختلال و وجود عوارض جانبی درمان‌های دارویی، استفاده از روش‌های غیردارویی ارجح است. بنابراین با توجه به نتایج این تحقیق و تأثیر مهارت مدیریت استرس به عنوان یک روش غیردارویی، می‌توان استفاده از مهارت مدیریت استرس را به دلیل نداشتن عارضه جانبی و مقرون به صرفه بودن، به عنوان روش درمانی مناسب برای کاهش علایم سندرم پیش از قاعدگی و بهبود کیفیت زندگی زنان در نظر گرفت.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان و تمامی دانشجویان مشارکت‌کننده که در این تحقیق ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1 - Kessel B. Premenstrual syndrome. Advances in diagnosis and treatment. Obstet Gynecol Clin North Am. 2000 Sep; 27(3): 625-39.
- 2 - Braverman PK. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007 Feb; 20(1): 3-12.
- 3 - Gangi M. [Translation of Summary psychiatry Kaplan and Sadock based on the DSM-5]. Sadock B, Sadock V, Ruiz P (Authors). 1st ed. Tehran: Savalan Publications; 2015. P. 104-106. (Persian)
- 4 - Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. P. 531-46.

- 5 - Direkvand Moghadam A, Kaikhavandi S, Sayehmiri K. [The worldwide prevalence of premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis study]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013; 16(65): 8-17. (Persian)
- 6 - Ramezani Tehrani F, Hashemi S, Robab Allameh M. [Prevalence of premenstrual syndrome and some of its relative factors in reproductive age]. *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences*. 2012; 18(3): 121-127. (Persian)
- 7 - American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
- 8 - Ebrahimi Moghaddam H. [Translation of General psychology]. Ratus S (Author). 2th ed. Tehran: Savalan Publications; 2007. P. 126-157. (Persian)
- 9 - Milani M. [Translation of Premenstrual syndrome disorders]. Niels L, Stokin A (Authors). Tehran: Dorsa Publications; 2003. P. 37-38. (Persian)
- 10 - Lee JR, Hopkins V. PMS and the stress connection. Available at: http://www.virginiahopkinstestkits.com/pms_stress.html. 1999.
- 11 - Jarvis CI, Lynch AM, Morin AK. Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *Ann Pharmacother*. 2008 Jul; 42(7): 967-78.
- 12 - The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Premenstrual syndrome (PMS). Available at: <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq057.pdf?dmc=1&ts=20180130T1037490201>. Accessed May, 2015.
- 13 - Armand A, Talaee A. [Investigating the efficacy of cognitive- behavioral stress-management training on decreasing the psychological problems and symptoms of premenstrual syndrome of afflicted women]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012; 15(21): 24-31. (Persian)
- 14 - Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Cariss M, Jelley R, Katz M. A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical (fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002 Sep; 23(3): 193-9.
- 15 - Nourani Saadoldin Sh, Dadi Givshad R, Esmaily H, Sepehri Shamloo Z. [Investigating the impact of life skills education on symptoms severity of premenstrual syndrome]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013; 16(68): 1-11. (Persian)
- 16 - Mirzaei F, Neshatdoost HT, Kalantari M, Nematolahzade Mahani K, Jabalameli Sh, Merollahi T. [The effect of cognitive-behavioral stress management on anxiety and somatic symptoms of women with premenstrual syndrome]. *Journal of Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2012; 12(4(46)): 61-71. (Persian)
- 17 - Taylor D. Effectiveness of professional--peer group treatment: symptom management for women with PMS. *Res Nurs Health*. 1999 Dec; 22(6): 496-511.

- 18 - Siahbazi Sh, Hariri FZ, Montazeri A, Moghaddam Banaem L. [Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)]. *Payesh Journal*. 2011; 10(4): 421-427. (Persian)
- 19 - Action plan. [Life skills training program for students]. Welfare Organization, Department of prevention of social harm; 2014-2015. P. 3-11. (Persian)
- 20 - Shobeiri F, Ebrahimi R, Ezzati Araste Pour F, Nazari M. [The effect of group education on symptoms associated with premenstrual syndrome in university female students of medical sciences]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2016; 14(3): 263-270. (Persian)
- 21 - Sharifirad Gh, Rabiei L, Hamidzadeh S, Bahrami N, Rashidi Nooshabadi MR, Masoudi R. [The effect of progressive muscle relaxation program on the depression anxiety, and stress of premenstrual syndrome in female students]. *J Health Syst Res*. 2014; Health Education Supplement: 1786-1796. (Persian)
- 22 - Kues JN, Janda C, Kleinstauber M, Weise C. Internet-based cognitive behavioural self-help for premenstrual syndrome: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2014 Dec 2; 15: 472.
- 23 - Davoodvandi M, Navabinejad Sh, Lotfi Kashani F. [The effectiveness of group cognitive-behavioral instruction on decreasing physical symptoms of premenstrual syndrome]. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch*. 2011; 21(2): 114-120. (Persian)
- 24 - Mirzaei F, Neshatdoost HT, Jabal Ameli Sh, Darekordi A, Nazem Kazerani F. [Efficacy of cognitive-behavioral stress management on depression and irritability of women with premenstrual syndrome: a short report]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2013; 12(1): 79-86. (Persian)
- 25 - Taghizadeh Z, Shirmohammadi M, Arbabi M, Mehran A. The effect of premenstrual syndrome on quality of life in adolescent girls. *Iran J Psychiatry*. 2008; 3(3): 105-109.
- 26 - Yadav P, Iqbal N. Impact of life skill training on self-esteem, adjustment and empathy among adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2009 Oct; 35(Special Issue): 61-70.
- 27 - Srikala B, Kishore KK. Empowering adolescents with life skills education in schools - School mental health program: does it work? *Indian J Psychiatry*. 2010 Oct; 52(4): 344-9.
- 28 - Zandi Gh, Onsory Kh, Helalat SH, Mirzaee S, Agha Alikhani E, Sadeghi Harsini M, et al. [Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphonic disorder among the students of Islamic Azad University of Parand]. *New Cellular and Molecular Biotechnology Journal*. 2013; 3(9): 113-120. (Persian)
- 29 - Alavi A, Salahimoghadam AR, Alimalayeri N, Ramezanpour A. [Prevalence of clinical manifestations of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in students of Bandar Abbas Medical University]. *Hormozgan Medical Journal*. 2007; 10(4): 335-341. (Persian)

The effect of stress management group counseling on the symptoms of premenstrual syndrome

Marzieh Eshaghi* Ramazan Falah** Taraneh Emamgholi Khooshehchin* Jafar Hasani***

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Oct. 2017
Accepted: Dec. 2017
e-Published: 3 Mar. 2018

Background & Aim: The premenstrual syndrome (PMS) is a set of physical and psychological symptoms that occurs periodically and affects women's social and individual functionings. This study aimed to investigate the effect of stress management group counseling on the symptoms of premenstrual syndrome.

Methods & Materials: This semi-experimental study (IRCT2016052127994N1) was conducted on 44 students with PMS (22 in the intervention group and 22 in the control group) from Zanjan University of Medical Sciences in 2016. Data were collected using a demographic characteristics form and premenstrual symptoms screening test (PSST). Descriptive and inferential statistics including independent *t*-test, Chi-square, ANCOVA and repeated measurement test were used for data analysis via the SPSS software version 21.

Results: Before treatment, the mean scores of mood-behavioral symptoms, physical symptoms and the impact of symptoms on life had not any significant differences between the two groups. At the first month after treatment, mood-behavioral symptoms ($P < 0.001$) and the impact of symptoms on life ($P = 0.007$) were different between the two groups. Two months after the intervention, the mean scores of mood-behavioral symptoms in the intervention group (53.2 ± 4.84) were significantly different from those in the control group (70.2 ± 4.81). There was a significant difference in the mean score of physical symptoms between the intervention group (36.7 ± 5.87) and control group (64.9 ± 7.84). Also, the mean score of the impact of symptoms on life had a significant difference between the intervention group (36 ± 4.73) and control group (58.3 ± 2.73) ($P < 0.001$).

Conclusion: Stress management group counseling is effective in reducing the symptoms of premenstrual syndrome, and it can be used as a non-pharmacological method with no side effects.

Key words: counseling, stress, management, premenstrual syndrome

Corresponding author:
Taraneh Emamgholi
Khooshehchin
e-mail:
t_khooshehchin@yahoo.
com

Please cite this article as:

- Eshaghi M, Falah R, Emamgholi Khooshehchin T, Hasani J. [The effect of stress management group counseling on the symptoms of premenstrual syndrome]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2018; 23(4): 358-371. (Persian)

* Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

** Dept. of Biostatistics and Epidemiology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

*** Dept. of Clinical Psychology, School of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran