

بررسی اثربخشی آموزش گروهی برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی بر کاهش علائم

افسردگی پیش‌قاعدگی

فاطمه صغری کربلایی هرفته^۱، زهرا وفائی جهان^{۲*}

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران.
۲. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان، زاهدان، ایران. (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره هفدهم، بهار ۱۴۰۲، صفحات ۲۰-۱۳

چکیده

بیش از ۹۰ درصد زنان در سن قاعدگی درگیر بیماری PMS می‌شوند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی بر کاهش علائم افسردگی پیش‌قاعدگی می‌باشد. این مطالعه به روش شبه تجربی بود و با استفاده از روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. ۲۴ نفر از زنان مبتلا به نشانه‌های پیش‌قاعدگی که به کلینیک زنان در بیمارستان فوق تخصصی رضوی در مشهد مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای موردسنجش، پرسشنامه غربالگری علائم قبل قاعدگی (PSST)، پرسشنامه افسردگی بک بود؛ که با این پرسشنامه‌ها زنان مبتلا به افسردگی پیش‌قاعدگی انتخاب شدند و میزان افسردگی آن‌ها ارزیابی شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان دادند میانگین نمره‌های افسردگی گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۲۴/۷ بود و در پس‌آزمون پس از مداخله ۱۹/۹ شد که نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری داشت و همچنین نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری یافت. **واژه‌های کلیدی:** قاعدگی، افسردگی پیش‌قاعدگی، برنامه آموزش گروهی غنی‌سازی و ارتقاء زندگی.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره هفدهم، بهار ۱۴۰۲

مقدمه

افسردگی یکی از رایج‌ترین بیماری‌های روانی است که عوامل اجتماعی در آن نقش اساسی دارند؛ و به دلیل اهمیت و شیوع بسیار زیادش در نزد روان‌شناسان و روان‌پزشکان اصطلاحاً نام (سرماخوردگی روانی) را دارد (آدام، هرستلیک، ۱۳۸۵). اکثر زنان در سنین باروری اختلالات خلقی و رفتاری مرتبط با چرخه‌ی قاعدگی به نام سندرم پیش از قاعدگی (PMS) را تجربه می‌کنند که در زندگی شغلی، خانوادگی، تحصیلی و... آن‌ها اختلال ایجاد می‌کند (آرفا، سنوسی، هلمی و محمد، ۲۰۱۸). علائم این سندرم طی ۷ الی ۱۰ روز قبل از شروع قاعدگی مشاهده می‌شوند و بعد از شروع خون ریزی یا قاعدگی کوتاه‌مدت فروکش می‌کنند. شدت آن به حدی است که می‌تواند اثرات منفی بر کیفیت زندگی، خواب، بهره‌وری، کار، روابط خانوادگی و رضایت اجتماعی زنان داشته باشد (پنگ، ینگ، ینگیتیکا، هاپا و گلینگ، دین، دنگ، کویین ویا، ۲۰۱۸). افسردگی پیش از قاعدگی را یک بیماری چندعاملی (سایکو اندوکراین) در نظر گرفته‌اند. اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) نوع شدید سندرم پیش از قاعدگی (PMS) است که باعث بروز علائم جسمی و عاطفی زیادی در فاصله یک تا دو هفته قبل از شروع عادت ماهانه می‌شود. علائم اختلال افسردگی پیش از قاعدگی شامل نوسانات خلقی، ناراحتی و نیاز به گریه، خشم و تحریک‌پذیری، اضطراب، ناامیدی، تنش، اشکال در تمرکز، احساس خستگی، فقدان انرژی، فقدان علاقه به فعالیت‌هایی که از آن می‌توان لذت برد، افکار خودکشی، تورم و حساسیت سینه، درد در عضلات و مفاصل، سردرد، تغییر در اشتها به صورت پرخوری یا میل به یک غذای خاص، اشکال در خواب، اشکال در پیشگیری یا حل دعوا با اطرافیان، ناراحتی زیاد از رفتارهای دیگران می‌باشد. زنان عموماً یک تا دو هفته قبل از عادت ماهانه خود، علائم فوق را تجربه می‌کنند. این علائم در دوره عادت ماهانه نیز ادامه می‌یابند و پس از اتمام عادت ماهانه معمولاً برطرف می‌شوند. افسردگی پیش از قاعدگی سبب نشخوارهای فکری نیز می‌شود (چلبیانلو، عبدی، حقیقی و پاک، ۱۳۹۶). نشخوار فکری، همان اندیشه آگاهانه و قابل تکرار که مانع حل مسئله می‌شود است و باعث افزایش افکارهای منفی می‌شود (آمبرلی، دافن، آماندا، میکِل و نورمن، ۲۰۱۵). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که ۵/۴ درصد مبتلایان به PMS دچار افسردگی هستند؛ و زنانی که مبتلا به افسردگی می‌باشند بیشتر در معرض ابتلا به PMS هستند. همچنین تحقیقات حاکی از آن است زنانی که افسردگی قبل از قاعدگی را دارند در آینده در معرض خطر افسردگی مازور هستند و افسردگی پیش از قاعدگی پیش‌بینی کننده افسردگی مازور می‌باشد (گراز، نی، اندی کات، ۱۹۹۰). تنش‌های پیش از قاعدگی را می‌توان اختلال خطاب کرد زیرا شباهتی بین علائم PMS با علائم افسردگی‌های روانی است و در هر دو، افسردگی با اختلال در محور هیپوتالاموس و هیپوفیز و آدرنال (HPA) در انسان همراه است (شر، لرنر، استرانگ، ۲۰۰۳). در سندرم پیش از قاعدگی، هورمونی به نام هورمون لپتین (leptin) در پاتوبیولوژی PMS از طریق گیرنده‌های هیپوتالاموس که رفتارهای عاطفی کلی را کنترل می‌کنند شرکت می‌کند، این هورمون در مرحله‌ی لوتئال دچار تغییر می‌شود (انیم، دومینیک، پنی، علاقبند، زاده، استود، ۲۰۰۰). این سندرم در دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی و تحولی (ICD) و همچنین در چهارمین طبقه‌بندی آماری تشخیصی بیماری‌های روانی و روان‌پزشکی آمریکا (DSM-IV-TR) به عنوان یکی از اختلالات پزشکی مربوط به زنان معرفی شده است (تاراج، زارع، کریمی، نوری، ۱۳۸۸). روش‌های درمانی برای تسکین افسردگی پیش از قاعدگی می‌شود استفاده می‌شوند که عبارتند از رویکردهای روان‌شناسی، استفاده از داروهای ضدافسردگی و رژیم غذایی و مکمل‌های غذایی. همچنین پژوهش‌های مختلف نشان

می‌دهد ۸۰ درصد زنان از درمان‌های طبی مانند داروهای گیاهی، طب فشاری، طب سوزنی نیز استفاده می‌کنند (فریمن، ۲۰۱۸). مطالعات نشان داده‌اند که تکنیک‌های روان‌شناسی مانند تن آرامی پیش‌رونده عضلانی، تصویرسازی، تمرین تنفس و نیز استراتژی‌های شناختی مثل: تغییر الگوی افکار منفی و تمرین‌هایی برای افزایش عزت‌نفس اثربخش خواهند بود و باعث کاهش علائم پیش از قاعدگی می‌گردند (اوزرن، کوراک، یوسیوسی، مرکان، ارهان، ۱۹۹۷). هیپنوتراپی شناختی رفتاری (CBT) یکی از روش‌های درمان سندروم پیش از قاعدگی است (رابرتسو، ۲۰۰۸). داروی فلوکستین کمک‌کننده‌ی کاهش شدت علائم سندروم پیش از قاعدگی است (دیموک، وایات، جونز، برین، ۲۰۰۰). شیرعلی خرامان و صدیقه کاظمی (بهمن، ۱۳۹۵) مطالعه‌ای با عنوان مقایسه اثربخشی روش واقعیت درمانی و فلوکستین درمان زنان مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که آموزش واقعیت درمانی به کاهش شدت علائم سندروم پیش از قاعدگی کمک می‌کند (خرامان، کاظمی، ۱۳۹۵). در این مطالعه از برنامه غنی‌سازی و ارتقا زندگی جهت کاهش میزان افسردگی زنان مبتلا به افسردگی پیش‌قاعدگی کمک گرفتیم. آموزش گروهی برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی^۱ (درمان انگیزشی نظام‌دار) توسط ککس و کلینگر گسترش پیدا کرده است و بر این فرض استوار است که اکثر مشکلات روان‌شناختی ناشی از اختلال در انگیزش است؛ یعنی روش‌های ناکارآمدی که افراد در جهت رسیدن به اهداف به کار می‌گیرند (کاکس، هنیمان، میرانتی، کلینگر، بلونت، اسکمید، ۲۰۰۳). برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی به‌منظور کمک به مراجعان برای دستیابی مؤثرتر به اهداف، ارتقاء کیفیت زندگی خود و افزایش میزان رضایت از زندگی‌شان، طراحی شده است (وفائی جهان، سپهری شاملو، صالحی، ۲۰۱۲). به عقیده ککس اهداف، نقش کلیدی در رفتار بشر ایفا می‌کند و تعقیب یک هدف مناسب برای رسیدن به سلامت روان‌شناختی از اهمیت خاصی برخوردار است و به فرایندهایی که تلاش برای رسیدن به هدف را میسر می‌سازند انگیزش گویند. ککس اهداف مراجع و شیوه‌های تعقیب اهداف را ساختار انگیزش می‌نامد. در نتیجه ساختار انگیزشی افراد در موفقیت یا شکست در رسیدن به اهدافشان نقش تعیین‌کننده‌ای دارد اگر فرد نتواند در رسیدن به اهدافش موفق شود دچار احساسات نامطلوب و در نتیجه رفتار غیرعادی از قبیل اضطراب، افسردگی، مصرف مواد نشان می‌دهد. مفهوم دغدغه جاری در برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی به این معناست که یک حالت انگیزش درونی در فرد به هنگام تلاش برای رسیدن به یک هدف شکل می‌گیرد و تا زمانی که فرد به هدفش برسد ادامه می‌یابد (کاکس و کلینگر، ۲۰۱۲). در برنامه غنی‌سازی و ارتقاء زندگی به مراجع کمک می‌شود تا بتواند شیوه‌های مناسبی جهت رسیدن به اهدافش انتخاب کند تا به موفقیت برسد. لذا سبک زندگی و شیوه‌های مقابله با تنش‌های حین قاعدگی و قبل از آن در میزان افسردگی که زنان تجربه می‌کنند می‌تواند مؤثر باشد. سؤال این است که آیا آموزش گروهی برنامه غنی‌سازی و ارتقا زندگی در کاهش علائم افسردگی پیش‌قاعدگی مؤثر است؟ در این مطالعه اثربخشی آموزش گروهی برنامه غنی‌سازی و ارتقا زندگی را در کاهش میزان افسردگی پیش‌قاعدگی بررسی خواهیم کرد.

¹ life Enrichment and Advancement program

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهشی شامل کلیه زنان مشهودی مراجعه‌کننده به کلینیک زنان در بیمارستان فوق تخصصی رضوی در مشهد بودند که بعد از انتخاب تصادفی از بین مراجعین به کلینیک زنان، ۵۰ نفر به صورت نمونه در دسترس انتخاب گردید و سپس ۲۴ نفر که بالاترین نمره را در پرسشنامه سنجش علائم پیش‌قاعدگی داشتند با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند؛ و سپس به صورت تصادفی یکی از گروه‌ها به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه کنترل انتخاب شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از داشتن میانگین سنی ۲۲-۳۶، نداشتن اختلالات بالینی حاد و مزمن روانی و روان گسستگی‌ها با تشخیص روان‌شناس، تمایل و رضایت آگاهانه به حضور در پژوهش. ملاک‌های خروج شامل اعتیاد، مصرف داروهای سنتی و غیر سنتی، داشتن حوادث ناگوار و استرس‌زا در طول چند ماه اخیر، عدم حضور بیش از دو جلسه. به کلیه شرکت‌کنندگان توضیحاتی درباره محرمانه بودن اطلاعات داده شد و همچنین فرم رضایت از شرکت در پژوهش را پر نمودند.

پرسشنامه غربالگری علائم پیش‌قاعدگی (PSST): این پرسشنامه با هدف ارزیابی علائم سندرم پیش‌قاعدگی و تأثیر آن بر زندگی افراد ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۹ سؤال می‌باشد. سؤالات این پرسشنامه به دو بخش تقسیم می‌شود؛ بخش اول شامل ۱۴ سؤال بوده که علائم خلقی، جسمی و رفتاری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و بخش دوم شامل ۵ سؤال است که تأثیر این علائم را بر زندگی فرد می‌سنجد. برای تشخیص سندرم پیش‌قاعدگی سه شرط لازم است: یک: گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد شدید. دو: از گزینه ۱ تا ۴ حداقل ۴ مورد متوسط تا شدید. سه: در قسمت تأثیر علائم بر زندگی، یک مورد شدید داشته باشد. در آزمون تعیین پایایی این پرسشنامه بر روی دانشجویان ایرانی، سازگاری درونی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، در بخش علائم ۰/۹۰ و در بخش تأثیر علائم بر زندگی ۰/۹۱ و در کل پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین همبستگی درون خوشه‌ای بین دو بخش ۰/۸۰ بود. در بخش روایی که از دو شاخص نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا استفاده شد، مقادیر این دو شاخص به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۰ به دست آمد (سیه بازی، منتظری، مقدم بنائم، ۱۳۹۰).

پرسشنامه افسردگی بک^۲: ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه بک (۱۹۹۸) است که دارای ۲۱ ماده است و علائم جسمانی و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل آن صفر است. نمره ۰ تا ۹ نشانه بهنجار بودن، نمره ۱۰ تا ۱۵ نشانه افسردگی خفیف، نمره ۱۶ تا ۲۳ نشانه افسردگی متوسط و نمره بالاتر از ۲۳ نشانه افسردگی شدید می‌باشد. ضریب همسانی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. ضرایب بازآزمایی بر حسب فاصله بین اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد (بک و همکاران، ۱۹۹۸ به نقل از گراث مارنات، ۲۰۰۳). این پرسشنامه توسط افراد زیادی در طی سال‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است و به عنوان بهترین پرسشنامه تعیین افسردگی شناخته شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۷-۱۹۶۱؛ متکالف

^۱ Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)

^۲ Beck depression questionnaire

و گلدمن ۱۹۶۵، به نقل از وهاب زاده، (۱۳۷۷). فرم کوتاه این پرسشنامه توسط دادستان و منصور (۱۳۶۹) در ایران هنجاریابی شده است.

برنامه گروهی آموزش برنامه غنی سازی و ارتقاء زندگی بر روی گروه آزمایش، هفته‌ای یکبار در ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. گروه کنترل به مدت دو ماه در لیست انتظار قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. خلاصه‌ای از پروتکل جلسات گروه آموزشی غنی سازی و ارتقای زندگی در ادامه مطرح می شود.

جلسه اول: مقدمات و آشنایی با منطبق برنامه، خوشامدگویی، معارفه و آشنایی با قواعد و مقررات گروه، بیان انتظارات و اهداف اعضای گروه از جلسات، آموزش منطق برنامه غنی سازی و ارتقای زندگی شامل اهمیت اهداف در زندگی (کیفیت و کمیت)، رابطه اهداف با هیجانات و خلق و رابطه هیجانات و خلق با تصمیم‌های فرد (سالم-ناسالم)

جلسه دوم: ارائه پرسشنامه (PSST) و پرسشنامه افسردگی بک و تفسیر و تحلیل نمرات آن

جلسه سوم: توضیح مفصل در مورد قاعدگی و تغییرات خلقی ناشی از آن و توضیحاتی در ارتباط با PMS

جلسه چهارم: توضیح و تبیین ایجاد سبک زندگی شادتر و مدیریت تنش و استرس درازمدت با هدف گذاری واقع بینانه

جلسه پنجم: بازنگری اهداف و شیوه‌های دستیابی به آن‌ها و بازنگری اهداف برای افزایش احتمال دستیابی به آن‌ها برای شادی فرد با تمرکز بر کمیت اهداف، کیفیت اهداف و طرح ریزی برنامه برای رسیدن به اهداف

جلسه ششم: ساخت دهی و برنامه ریزی در مورد اهداف و تعریف اهداف به صورت اختصاصی، عینی، قابل دسترس و دست یافتنی، اولویت بندی اهداف، آموزش نحوه طراحی نردبان اهداف برای هر یک از اهداف

جلسه هفتم: انجام پس آزمون شامل تکمیل مجدد پرسشنامه غربالگری علائم پیش قاعدگی (PSST) و پرسشنامه افسردگی بک

یافته‌ها

در جدول ۱، نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر برنامه آموزش گروهی غنی سازی و ارتقاء زندگی بر نمرات افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون ملاحظه می گردد. بنا بر نتایج جدول ۱، تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون معنی دار است ($P < 0.001$). میزان تأثیر بیانگر آن است که ۰٫۵۹، تفاوت نمرات پس آزمون در افسردگی ناشی از تأثیر آموزش و مداخله گروهی می باشد. توان آماری ۰٫۹۶، حاکی از دقت بالای آزمون است.

جدول ۱. نتایج تحلیل کوواریانس داده‌های پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل

| متغیرها | شاخص | میانگین مجذورات | مقدار F | سطح معناداری | میزان تبیین | توان آزمون | میانگین اختلافی | انحراف استاندارد | مقدار t | سطح معناداری |
|---------|-------------|-----------------|---------|--------------|-------------|------------|-----------------|------------------|---------|--------------|
| افسردگی | گروه کنترل | ۷۵/۲۲ | ۲/۷۹ | ۰/۱۲ | ۰/۱۸ | ۰/۶۶ | ۲/۲۱ | ۱/۲۷ | ۲/۵۶ | ۰/۰۱ |
| | گروه آزمایش | ۸۶/۶۲ | ۱۶/۲۱ | ۰/۰۱ | ۰/۵۹ | ۰/۹۷ | ۰/۹۹ | ۰/۷۸ | | |

با توجه به نتایج مشخص می گردد که برنامه آموزش گروهی غنی سازی و ارتقاء زندگی بر کاهش میزان افسردگی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون تأثیر معناداری داشته است.

بحث و نتیجه گیری

غالباً زنان در چند روز قبل از شروع قاعدگی علائم جسمی و روانی را تجربه می کنند که این علائم لزوماً نشانه ابتلا به افسردگی پیش قاعدگی PMS نمی باشد؛ بنابراین نباید از هر نشانه جسمی و روانی استنباط کرد که مبتلا به افسردگی پیش قاعدگی می باشد. زنانی که مبتلا به افسردگی قبل از پریود هستند، معمولاً دو هفته قبل از شروع پریود علائمی همچون سردرد، نفخ، حساس شدن سینه‌ها و میگرن را تجربه می کنند. علائم پیش قاعدگی در افرادی که مبتلا به افسردگی پیش قاعدگی می باشند محدود به این تعداد محدود علائم نیست بلکه این افراد گاهی اضطراب و افسردگی، تغییرات خلقی شدیدی را تجربه می کنند و حتی تمایل به اقدام به

خودکشی را تجربه می‌کنند. افسردگی پیش‌قاعدگی معمولاً ظرف چند روز برطرف می‌شود اما اگر ادامه پیدا کند سبب به چالش کشیدن زندگی فرد و اطرافیانش می‌شود؛ و همچنین آسیب‌هایی را به فرد در موقعیت شغلی و خانوادگی می‌زند. معمولاً افرادی که مبتلا به اضطراب و افسردگی می‌باشند و سابقه خانوادگی PMS دارند بیشتر مستعد ابتلا به اختلال افسردگی پیش‌قاعدگی می‌باشند. اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) نوع شدید سندرم پیش از قاعدگی (PMS) است که باعث بروز علائم جسمی و عاطفی زیادی در فاصله یک تا دو هفته قبل از شروع عادت ماهانه می‌شود. این علائم هر ماه تکرار شده و گاهی از آن به سندرم پیش از قاعدگی شدید یاد می‌شود. این اختلال، همچنین اختلال غدد درون ریز نامیده می‌شود؛ زیرا اختلالی است که به هورمون‌ها مربوط است. از آنجایی که علاوه بر علائم جسمی، مبتلایان به این اختلال دچار نشانه‌های متعدد سلامت روان مانند افسردگی و احساس خودکشی نیز می‌شوند. اخیراً این اختلال به DSM-5 اضافه شده و به عنوان یکی از مشکلات سلامت روان در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی قرار گرفته است.

درمان‌هایی از قبیل تجویز داروهای ضدافسردگی تحت عنوان بازدارنده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs)، داروهای مسکن جهت کاهش سردرد، حساسیت سینه‌ها و دردهای مفصلی عضلانی و همچنین داروهای پیشگیری از بارداری می‌تواند در بهبود و کاهش علائم این اختلال مؤثر باشند اما زندگی با افسردگی و اضطراب چیزی نیست که فرد بتواند به تنهایی با آن روبه‌رو شود. روان‌درمانی برای کاهش نوسانات خلقی و اضطراب در بیماران انجام می‌شود و در عین حال، علائم جسمی مانند درد را نیز کاهش می‌دهند. در این پژوهش اثربخشی برنامه غنی و سازی و ارتقاء زندگی را بر کاهش علائم پیش‌قاعدگی بررسی کردیم؛ و گروه آزمایش بعد از جلسات آموزشی مجدد مورد آزمون قرار گرفتند و نتایج نشان داد که میزان افسردگی ایشان در پس‌آزمون کاهش داشته است. زنانی که در گروه آزمایش بودند با برنامه‌ریزی و طرح‌ریزی نردبان اهداف و بیشتر شدن انگیزه‌شان در رسیدن به اهداف و همچنین برنامه‌ریزی برای اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت و همچنین برنامه‌ریزی برای روزهای ماه با توجه به اختلالی که داشتند میزان تنش و افسردگی‌شان کاهش پیدا کرد. ایشان با برنامه‌ریزی اهداف و وظایف شان در طول ماه دغدغه کمتری تجربه می‌کردند زیرا یکی از دغدغه‌های این زنان این بود که در ۱۰ الی ۱۴ روز قبل سیکل ماهانه دچار ضعف جسمی و روانی می‌شوند و در عملکردشان در منزل و محیط کار دچار مشکل می‌شوند با برنامه‌ریزی که در طول جلسه آموزشی غنی‌سازی و ارتقاء زندگی انجام دادند شدت تنش و افسردگی‌شان کاهش یافت. توصیه می‌شود برای زنانی که مبتلا به اختلال سندرم پیش‌قاعدگی می‌باشند به‌جز درمان‌های دارویی حتماً روان‌درمانگری هم انجام شود تا نتیجه بهتری در کاهش علائم کسب شود. همچنین لازم به ذکر می‌باشد از دلایل مستعد بودن در ابتلا به PMDD مبتلا بودن به افسردگی و اضطراب می‌باشد که اگر با درمان دارویی و روان‌درمانی، درمان صورت پذیرد این اختلال هم درمان می‌شود. توصیه می‌شود در پژوهش‌های اثربخشی سایر رویکردهای روان‌شناختی هم در کاهش علائم PMDD بررسی شود.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از کلیه زنانی که در انجام این پژوهش شرکت نمودند و در اجرای آن ما را یاری نمودند قدردانی به عمل آید.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ گونه تعارض منافع نبوده است.

منابع

- تارج، شیرین؛ زارع، حسین؛ کرمی نوری، رضا. (۱۳۸۸). تأثیر سندرم پیش از قاعدگی بر عملکرد حافظه روزمره و رویدادی، مجله پژوهشی سلامت، ۲(۲) ۱۵-۲۷.
- چلبیانلو، غلام رضا؛ عبدی، رضا، حقیقی، فروغ؛ پاک، راضیه. (۱۳۹۶). نقش هیجانات منفی، نشخوار فکری و سیستم بازداری رفتاری در پیش بینی علایم اختلال ملال قبل از قاعدگی در دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان در سال ۱۳۹۴، مجله سلامت جامعه، ۱۱(۲)، ۱۰-۱۹.
- خرامین، شیرعلی، کاظمی، صدیقه. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی روش واقعیت درمانی فلوکستین درمان زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، مجله علوم پزشکی رازی، ۲۳، ۴۶-۵۷.
- سیه بازی، شیوا؛ حریری، فاطمه زهرا؛ منتظری، علی و مقدم بنائم، لیدا. (۱۳۹۰). استاندارد های پرسشنامه غربالگری علائم پیش قاعدگی (PSST)، ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی: نشریه پایش، ۱۰(۴)، ۴۲۱-۴۲۷.
- صادقی، زهرا (۱۳۸۴). اثربخشی آموزش روش زندگی سالم بر سندرم پیش از قاعدگی (پایان نامه کارشناسی ارشد)، اصفهان: دانشگاه اصفهان.
- مهرمنش، ملیحه. (۱۳۹۸). بررسی مقایسه ای نسبت ابتلا به سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان تربیت بدنی و سایر دانشجویان، فصلنامه علمی پژوهشی بیولوژی کاربردی، ۳۴(۹)، ۱۲-۱۵.
- Adam, P., Hertzlik, C. (2015). *Sociology of Medical Disease*, Denya Ketabi, Tehran: Ney Publishing.
- Arfa, A.S., Senosy, S.A, Helen, H.K., Mohamed, A.A. (2018).prevalence and patterns of dysmenorrhoea and premenstrual syndrome among Egyptian girls (12_25 years).Middle East fertility society Journal, 23(4), 486-490.
- Anim, NN., Dominic, C., penny, N.,J ones, J., Alaghband zadeh, J., Studd, JW. (2000). Plasmaleptin concentration are in creased in women with premenstrual syndrome,Hum Repod, 15(11), 2329-2332.
- Amberly, K.P., Daphne, AD., Amanda, M.R., Mickle, A.S., Norman, B.S. (2015).The role of cognitive processes of rumination personality and Individual Differences.
- Cox,W.M., Heinemann, A.W., Miranti, S.V., Schmidt, M., Klinger, E., Blount, J. (2003).outcomes of systematic motivational counseling for substance use following traumatic brain injury.Journal of addictive Disorder, 22(1), 93-1100.
- Cox,W., Klinger, E. (2002). Motivational structure:Relationship with substance use and processes of change.Addictive Behaviors, 27, 925-940.
- Dimmock, PW., Wyatt, KM., Jones, P.W., O'Brien, P.M. (2000). Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review, Lancet, 356(9236), 1131-6.
- Freeman, E. (2018).Therapeutic management of premenstrual syndrome, Expert opinion Pharmacother, 11(17), 2879, 89

- Ghorbani, P., Behania, Y., Payday Aghagallon, A., Karmi, M., Bernaon, T. (1994). Etal. Essential manifestation and treatment diseases gynecology. tehran, Eshrat, 217.
- Garze, KK., Née, J., Endicott, J. (1990). premenstrual depression predicts future major depressive disorder. Acta psychiatr second, 81(2), 201-5.
- Özeren, S., Çorakçi, A., Yucesoy, I., Mercan, R., Erhan, G. (1997). Fluoxetine in the treatment of premenstrual syndrome, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 73(2), 167-70.
- Peng, L., Ying, W. (2018). cortical and suboptimal changes in patients with premenstrual syndrome, Journal of Affective Disorder, 23(5), 191-197.
- Rapkin, A.A. (2003). review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoria disorder, psychoneuro endocrinology, 28(suppl3), 39-53
- Shor, S T J., Lerner, B. (2003). mediated effects on depression and memory formation in feels. Journal of Affective Disorder, 74(1), 85-96.
- Valiani, M., Samadi, Z., Shadman, F. (2013). Comparison the effects of aerobic exercise and vitamin B6 in severity of symptoms of premenstrual syndrome in non-athlete girls, Complement Med J Faculty Nurs Midwifery, 3(3), 552-62.