

## مقایسه اثر بخشی درمان وجودی و درمان چند وجهی لازاروس بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی (PMS)

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۷/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۰۱

### خلاصه

**مقدمه:** تجربه قاعدگی در زندگی زنان از جمله تحولاتی است که تمام ساختار وجودی آنان را دگرگون می‌سازد. برخی عوامل و مشکلات وجود دارد که رخداد قاعدگی را تحت تأثیر قرار داده و کیفیت تجربه آن را برای زنان با دشواری روبرو می‌سازد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان وجودی و درمان چند وجهی لازاروس بر علائم سندرم پیش از قاعدگی زنان مبتلا بود.

**روش کار:** جهت تعیین اثربخشی رویکردها از روش نیمه تجربی استفاده شد. جامعه آماری تحقیق عبارت بود از کلیه زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی مراجعه کننده به بیمارستان حضرت رسول در شهر تهران و گروه نمونه مشتمل بر ۳۰ نفر از جامعه آماری مورد نظر بودند که بصورت تصادفی انتخاب شدند. شرکت کنندگان در ۳ گروه (۲ آزمایش و ۱ کنترل) تقسیم شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار سنجش علامت شناسی آبراهام - تیلور جهت تعیین شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی در طی دو مرحله پیش از آزمون و پس از آزمون استفاده گردید. گروههای آزمایش هر کدام به مدت ۱۰ جلسه تحت تأثیر درمان وجودی و درمان چندوجهی لازاروس به شیوه گروهی قرار گرفتند، در حالیکه گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

**نتایج:** تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس، آزمون یومان ویتنی و فریدمن حاکی از آن بود که درمان وجودی سبب کاهش علائم (روانی و جسمانی) سندرم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا گردید، در حالیکه درمان چند وجهی لازاروس چندان مؤثر نبود.

**نتیجه گیری:** استفاده از روش درمان وجودی در کاهش علائم (روانی و جسمانی) زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی سودمند به نظر می‌رسد.

**کلمات کلیدی:** درمان وجودی، درمان چند وجهی لازاروس، سندرم پیش از قاعدگی.

زینب فرهنگي<sup>۱\*</sup>

ملکه مشهدی فراهانی<sup>۲</sup>

معصومه زیان باقری<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی شخصیت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، ایران.

<sup>۲</sup> استادیار گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، ایران.

<sup>۳</sup> استادیار گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، ایران.

Email: zzzfarhangi@gmail.com

## مقدمه

تجربه قاعدگی در زندگی زنان از جمله تحولاتی است که تمام ساختار وجودی آنان را دگرگون می‌سازد. نحوه رویارو شدن با این تحولات بنیادین، نقش بسیار ارزشمندی در سلامت زنان و ارتقاء کیفیت زندگی آنان دارد. گروهی از عوامل و مشکلات در این راستا وجود دارد که رخداد قاعدگی را تحت تأثیر قرار داده و کیفیت تجربه آن را برای برخی از زنان با دشواری روبرو می‌سازد (۱). اولین بار رتی. فرانک در سال ۱۹۳۱ میلادی، نشانگان پیش از قاعدگی (PMS) را تعریف کرد (۲). یکی از شایعترین مشکلات زنان است و مجموعه‌ای از علائم جسمانی، روانی، رفتاری و اجتماعی است که در اواخر مرحله ترشهی لuteal قاعدگی؛ پس از مرحله تخمک‌گذاری؛ ۱۴-۷ روز قبل از قاعدگی رخ می‌دهد و ۴-۲ روز پس از آغاز خونریزی ماهانه نیز ادامه می‌یابد و در دوره‌های بعدی نیز تکرار می‌شود (۳). علت اصلی این سندرم ناشناخته است اما به طور کلی مجموعه‌ای از عوامل سبب ساز آن می‌شوند مانند: عوامل فرهنگی، نگرش منفی به قاعدگی؛ اعتقاد به این که زنان در حالت قاعدگی تمیز نیستند (۴)، بیولوژیکی، ژنتیکی و اجتماعی (۵). دیگر عوامل سبب ساز PMS عبارتند از: استرس و زندگی پر تنش، رژیم غذایی نامناسب (مصرف زیاد شکلات، شکر، نمک، نوشابه‌های کافئین دار مانند قهوه، نوشیدنی‌های کولادار، مصرف کم مواد غذایی حاوی ویتامین، مواد معدنی ...). زنان مبتلا به PMS، چند روز قبل از قاعدگی و ۴-۲ روز پس از آن، از مشکلاتی نظیر: افسردگی؛ احساس ناامیدی، احساس گناه، کاهش علاقه، کاهش تمرکز، خستگی؛ احساس بی‌رمقی و فقدان انرژی، میل شدید به غذا یا کاهش اشتها، اختلالات خواب، اضطراب؛ تنش، نوسانات خلق، تحریک پذیری؛ گرایش به عصبانیت، احساس عدم کنترل، عدم هماهنگی در انجام کارها و ارتباطات، سردردهای تنشی، درد، تورم، نفخ و چاق شدن، گرفتگی عضلات و حساسیت و التهاب پستانها رنج

می‌برند (۶). با توجه به شیوع حدود ۹۰ درصدی PMS و پیامد روانی، رفتاری و اجتماعی حاصل از آن (۵). نیاز به درمانهای روانشناختی - مشاوره‌ای نیز در کنار مداخلات پزشکی که جهت کنترل عوارض جسمانی PMS بکار می‌روند، ضرورت می‌یابد (۷-۵). اهداف این مداخلات درمانی، بهبود علائم جسمانی، روانی و اجتماعی، کاهش عملکردهای نامطلوب و روابط بین فردی ناسازگار زنان مبتلا می‌باشد (۸). در این میان، درمان وجودی (ET) Existential Therapy به علت ایجاد تغییر و سازمان‌دهی مجدد فرد، از طریق آگاهی از خود، ایجاد توانایی نگرستن به ماورای مشکلات کنونی برای کنار آمدن با موضوعات وجودی و ایجاد روابط صادقانه و صمیمانه با خود، دیگران و طبیعت، ایجاد احساس مسئولیت پایدار، حفظ اصالت و آزادی (۹،۱۰). دارای اهمیت ویژه می‌باشد. درمان چندوجهی Multi-Modal-Therapy (MMT) لازاروس از بنیادهای نظری سایر روان‌درمانی‌ها نظیر درمان شناختی- رفتاری Cognitive Behavior Therapy (CBT) استفاده می‌کند، در کاهش تشویش و حفظ عملکرد، کمک به سازگاری مجدد، ترمیم کارکرد و بازسازی طولانی مدت و جوه هفت‌گانه (رفتار، عاطفه، Affect، حواس پنج‌گانه Sensation، تصور Imagery، شناخت، تعامل Inter Personal و زیستی- دارویی Drug-Biology) درمانجویان نقش موثری دارد، به طوری که درمانجو به سطح قبل از اختلال بازگشت می‌نماید (۱۱-۱۲). با توجه به چند جانبه بودن علائم، سبب شناسی و پیامدهای PMS، احتمالاً این دو درمان بتواند بر کاهش علائم اثربخش باشد. به دلیل علائم چند جانبه، شیوع نسبتاً بالا، پیامدهای چندگانه و چندعاملی بودن Multi Factorial سبب شناسی Etiology سندرم پیش از قاعدگی، لزوم کاربرد روش‌های درمانی خاص ضرورت می‌یابد، در گذشته نیز پژوهش‌هایی توسط محققان انجام شده است. لوستیک و همکاران (۵) در پژوهش خود به بررسی درمان شناختی - رفتاری بر سندرم پیش از قاعدگی و اختلال ملال پیش از قاعدگی پرداخته‌اند و

اضطراب، پرداخته‌اند و به این نتیجه رسیدند که درمان MMT بر بهبود و کاهش اضطراب تأثیرات اثربخشی خواهد داشت. داوودوندی (۲۰) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری در کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی مادران کودکان پیش دبستانی شهر تهران به این نتیجه رسید که آموزش گروه شناختی- رفتاری بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی اثربخش است. بهرامخانی (۲۱) در پژوهش خود با عنوان اثر بخشی درمانگری چندوجهی آرنولد لازاروس بر شاخص‌های سلامت در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، نشان داد که درمان مذکور بر استرس و سلامت روانی بیماران مذکور اثر دارد. اباذری (۲۲) در پژوهشی به اثربخشی روش مشاوره چندوجهی لازاروس بر کاهش افسردگی زنان، پرداخت و به این یافته رسید که، درمان چندوجهی لازاروس با الگوی BASIC-I.D بر کاهش افسردگی زنان اثربخش بوده است. خضرای ویژه فر (۲۳) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان چندوجهی بر کاهش تنیدگی و ارتقاء شاخص‌های سلامت در جانبازان مبتلا به استئومیلیت به این نتیجه رسید که درمان چندوجهی لازاروس بر روی تنیدگی و سلامت عمومی تأثیر مثبت دارد. شیرمحمدی (۲۴) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی تأثیر مشاوره بر علائم PMS بر زنان مبتلا به این نتیجه رسید که مشاوره بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی تأثیر مطلوبی دارد.

بنابراین، با توجه به تحقیقات انجام شده در این راستا پژوهشگر، بر آن شد تا از درمان وجودی و چندوجهی لازاروس، جهت کاهش علائم این اختلال در این گروه از زنان مبتلا استفاده نماید. همچنین استفاده از رویکرد وجودی به جهت ایجاد خود مدیریتی، توانایی بودن کامل با خود، دیگران و جهان هستی، دیدگاه جدید معنایی که موجب سازگاری، کنترل تکانه‌ها، بهبود عزت نفس، مواجهه و رفع احساس تنهایی اضطراب‌زای این افراد می‌شود و آنها را در تحقق نیازهای چندگانه و رسیدن به پایداری و رشد شخصی یاری می‌کند، اهمیت و ضرورتی خاص می‌یابد.

به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش مهارت‌های اجتماعی (استراتژی‌های حل مسأله، مهارت‌های کنار آمدن و راهبردهای آرام‌سازی) بر کاهش علائم جسمانی و روانی PMS اثربخش است.

سلامت و همکاران (۱۳) در پژوهشی تحت عنوان PMS گزارش کردند که به کارگیری مدل شناختی- رفتاری روش فراگیر و مناسبی است برای مقابله با PMS. او بر این و همکاران (۱۴) در پژوهش خود به نام جنبه‌های روانشناختی سندرم پیش از قاعدگی، به این نتیجه رسیدند که نتایج درمان شناختی- رفتاری موجب بهبود علائم PMS شده و اثرات این رویکرد درمانی طولانی مدت است.

راپکین (۱۵) در یک پژوهش به بررسی درمان‌های PMS و اختلال ملال پیش از قاعدگی پرداخت و به این نتیجه رسید که درمان‌های مؤثر غیر دارویی شامل درمان‌های حمایتی، روانشناختی، تمرینات ایروبیکیک و مکمل‌های غذایی (غیردارویی) هستند. راپکین در پژوهش خود پیشنهاد می‌کند که شناخت درمانی نسبت به قرار گرفتن در گروه گواه مؤثرتر است و نتایج بهتری را در جهت بهبود نشانه‌ها و عملکرد زنان مبتلا به PMS دربردارد. رامچاران (۱۶). در پژوهش خود درونمایه اختلال ملال پیش از قاعدگی را بررسی کرد و به این نتیجه رسید که شناخت درمانی گروهی منجر به کاهش فشارهای روانی می‌گردد و در نتیجه می‌تواند علائم روانی سندرم پیش از قاعدگی را کاهش دهد. یوسشر (۱۷) در پژوهشی به بررسی رابطه فعالیت‌های کنترل خود و علائم PMS پرداخت و به این نتیجه رسید که فعالیت‌های خودکنترلی نظیر آرام کردن خود، خودکامگی، مسئولیت‌پذیری متعادل بر علائم PMS اثربخش می‌باشد. کوپر (۱۸) در یک مطالعه به بررسی اثربخشی درمان وجودی بر کشف و درک آزادی و افزایش امید به خود پرداخته است، نتایج پژوهش حاکی از آن است که رویکرد وجودی بر افزایش تفکر وجودی تأثیر مثبتی دارد.

لازاروس و ابرمووتیس (۱۹) در پژوهشی به اثربخشی درمان چندوجهی بر اساس الگوی BASIC-I.D بر بهبود

## روش کار

در پژوهش حاضر از طرح نیمه تجربی Semi-experimental design، نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون چند گروهی با انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها استفاده شده است. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. قبل از اجرای متغیر مستقل پیش‌آزمون روی شرکت‌کنندگان اجرا شد و داده‌های ناشی از اجرای آن جمع‌آوری گردید، سپس متغیر مستقل بر روی آنها اجرا گردید. بعد از آن پس‌آزمون روی کل گروه‌ها اجرا و اطلاعات مربوط به آن جمع‌آوری شد. به منظور تعیین میزان ماندگاری اثرات ناشی از مداخله‌ها، پس از گذشت چهار هفته آزمون علامت‌شناسی آبراهام تیلور جهت سنجش علائم (روانی و جسمانی) PMS مجدداً مورد اندازه‌گیری و پیگیری قرار گرفت. همچنین در پژوهش حاضر تلاش شده تا اثربخشی مشاوره وجودی و چندوجهی لازاروس به حداکثر برسد و واریانس متغیرهای مزاحم و ناخواسته مانند مرگ عزیز در یک سال اخیر، عمل جراحی، ازدواج، طلاق، مصرف قرص ضد بارداری، لکه بینی در فواصل قاعدگی، بیماری‌های جسمی و روحی خاص و مزمن به حداقل رسانده شود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به PMS مراجعه‌کننده به (درمانگاه زنان و زایمان) بیمارستان حضرت رسول در شهر تهران است که نحوه‌گزینش با آگهی جهت درمان PMS در درمانگاه مذکور و انستیتو روانپزشکی به صورت داوطلبانه انجام شد. در پژوهش حاضر، جهت انجام نمونه‌گیری از زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان حضرت رسول (درمانگاه زنان و زایمان)، تعداد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به PMS به صورت تصادفی انتخاب و مداخلات آزمایشی در موردشان اجرا گردید. همچنین این افراد از لحاظ عوامل و شرایطی که به نوعی با PMS مرتبط می‌باشند با یکدیگر هم‌تا شدند تا آثار احتمالی آنها حذف گردد. ملاکهای ورود در این پژوهش ۱۰ نفر در سه گروه (۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل) براساس مؤلفه‌های سن، تأهل و مادر بودن، مقطع و رشته تحصیلی،

سن اولین قاعدگی، فاصله بین ۲ قاعدگی، تعداد روزهای قاعدگی، نظم چرخه قاعدگی، علائم (روانی و جسمانی) PMS، حوادث پرتنش مانند مرگ عزیزان، عمل جراحی در سه ماه گذشته، سابقه ابتلا به بیماری‌های خاص و مزمن جسمانی روانی و استفاده از دارو در سه ماه گذشته، شهر محل سکونت، بومی یا غیر بومی بودن و شرایط اقتصادی اجتماعی با هم هم‌تا سازی و همسان شدند. گروه‌های مورد بررسی و حجم نمونه در هر گروه به شرح زیر می‌باشند:

### پرسشنامه علامت‌شناسی آبراهام و تیلور

(۱۹۹۰): در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه و برگه ثبت موارد برگرفته از پرسشنامه علامت‌شناسی آبراهام و تیلور (۱۹۹۰) که توسط بابایان زادآوری (۲۵) در داخل کشور تدوین شده است استفاده گردید. فرم پرسشنامه شامل ۳ بخش است. بخش اول شامل ۹ سؤال در مورد معیارهای انتخابی یا حذف نمونه از قبیل: سن آزمودنی، سن شروع قاعدگی، طول مدت قاعدگی، فاصله بین دو قاعدگی، وجود بیماری‌های جسمانی (به ویژه تأیید عارضه کلی توسط پزشک زنان) یا بیماری روانی در آزمودنی، مصرف داروهای خاص، وقوع حوادثی مانند فوت نزدیکان، ازدواج، طلاق، عمل جراحی، ... بخش دوم شامل ۵ سؤال مربوط به مشخصات نمونه شامل: رتبه تولد، وضعیت تأهل، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی، وجود دردهای حین قاعدگی است.

بخش سوم پرسشنامه با توضیحی در مورد علائم نشانگان پیش از قاعدگی شروع می‌شود، وجود و شدت نشانگان بر اساس علائم ۳ ماه گذشته تعیین می‌شود و شامل ۱۷ علامت (۱۱ علامت روانی و ۶ علامت فیزیکی) است. در مقابل علائم ستونی جهت ثبت شدت علائم در نظر گرفته شده است که شدت هر یک از علائم به چهار درجه تقسیم شده است که امتیاز صفر تا ۳ بر اساس افزایش شدت علائم به آن تعلق می‌گیرد. برگه ثبت نیز موارد قاعدگی‌های اخیر آزمودنی طی انجام پژوهش می‌باشد. این برگه شامل تقویم ۳۰ روزه جهت ثبت علائم و شدت روزانه آن است و در کنار آن

جهت اجرای پژوهش حاضر در بخش کمی کلیه زنان بیمارستان حضرت رسول (درمانگاه زنان و زایمان) مورد مطالعه قرار گرفتند که پس از اجرای پرسشنامه PMS روی تمامی زنان، شرکت کنندگان در ۳ گروه درمان وجودی، درمان چندوجهی لازاروس و گروه کنترل تقسیم شدند. پس از مرحله پیش آزمون و پر کردن پرسشنامه PMS، استخراج نتایج اولیه و تشخیص افراد مبتلا به PMS، گروههای درمان وجودی و درمان چندوجهی لازاروس به مدت ۱۰ هفته، هفته‌ای ۱-۱/۳۰ ساعت، تحت درمان و آموزش قرار گرفتند و البته بر روی گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای انجام نشد. پس از اتمام مرحله آخر گروه درمانی‌ها، مجدداً پرسشنامه مذکور توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید و چهار هفته پس از اجرای پس آزمون نیز، شرکت کنندگان مورد پیگیری مجدد توسط آزمون تعقیبی مناسب قرار گرفتند. قابل ذکر است که گروههای آزمایش و کنترل با توافق مدیران مرکز و شرکت کنندگان در مرکز مذکور تشکیل شدند و گروه کنترل نیز پس از پایان جلسات درمانی، مورد مشاوره گروهی قرار گرفت. درمان‌ها در اتاق درمانگاه زنان که ویژه آموزش می‌باشد با leader روانشناس (دکتر فراهانی و پژوهشگر) با تشخیص دکتر زنان (خانم دکتر اکبرزاده) و دکتر روانپزشک (دکتر میرفهاد قلعه بندی) در بیمارستان حضرت رسول پس از ویزیت و تشخیص قطعی PMS انجام شد. پژوهش حاضر، جلسات درمانهای وجودی و چندوجهی لازاروس، طی ۱۰ جلسه ۱-۱/۳۰ ساعت، هفته‌ای یک‌بار و با نظر استاد راهنما اجرا شد.

### محتوای جلسات مشاوره گروهی گروه درمانی

**وجودی:** جلسه اول: آشنایی، طرح موضوع پژوهش، ایجاد رابطه حسنه مبتنی بر همکاری و مطرح نمودن برخی از موضوعات مهم اخلاقی مثل رازداری. جلسه دوم: آشنایی با ماهیت چند جانبه PMS و مفهوم‌سازی جدید. جلسه سوم: آشنایی با پیامدهای PMS و آموزش توانایی برای خود آگاهی. جلسه چهارم: تفسیر مضمون مرگ و نیستی به عنوان نیروی رشد دهنده. جلسه پنجم: معنایابی. جلسه ششم: آموزش

یک ستون شامل (۱۱ علامت روانی و ۶ علامت فیزیکی) مانند برگه پرسشنامه است و در انتهای این فرم ۳ سؤال در مورد معیارهای حذف نمونه دارو شده است (۲۵).

این پرسشنامه علائم روانی که مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد عبارتند از: اضطراب، عدم تمرکز، پرخاشگری، افسردگی (گوشه‌گیری، بی‌حوصلگی، دل‌تنگی، ناامیدی، کاهش علاقه و انگیزه)، گریه کردن بی‌مورد و بی‌دلیل، فراموشکاری، گیجی، بی‌خوابی، میل به خوردن، خستگی (کمبود یا فقدان انرژی). همچنین پرسشنامه مذکور این علائم جسمانی را نیز می‌سنجد: سردرد، افزایش اشتها، خوردن غذاهای خاص، افزایش وزن، تپش قلب، دردناک و حساس شدن پستان‌ها، نفخ و درد شکم، ورم انتهاها (دست و پا). روایی Validity و ضریب پایایی Reliability آزمون در ایران طی تحقیقات انجام شده توسط بابایان زادآوری به دست آمده و تأیید شده است، برای تعیین روایی ابزار از روش روایی محتوا استفاده شده و ۱۰ تن از اساتید دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران آن را مورد ارزیابی و بررسی قرار داده‌اند و در نهایت این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است. جهت تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد بر روی دانشجویان دانشکده مربوطه استفاده شده است و ضریب پایایی ۰/۸۹ بدست آمده است که نشان‌دهنده پایایی بالای پرسشنامه می‌باشد (۲۵). داوودوندی (۲۰) پرسشنامه PMS را بر روی ۳۰ نفر از مادران بصورت تصادفی نیز اجرا کرد. نتایج مطالعه وی نشان داد که با استفاده از روش بازآزمایی مجدد ضریب پایایی ۰/۸۶ حاصل شد و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۸۷ صدم به دست آمد که نشان دهنده پایایی بالای پرسشنامه و برگه ثبت می‌باشد. در پژوهش حاضر، روایی پرسشنامه به روش اعتبار محتوایی و پایایی آن با نرم افزار SPSS ۲۱ و از طریق محاسبه آلفای کرونباخ محاسبه گردید. مقدار آلفای کرونباخ در این تحقیق ۰/۸۱ به دست آمد که نشان دهنده آن است که پرسشنامه از پایایی خوبی برخوردار می‌باشد.

دهم: بررسی آموخته‌ها، پس آزمون، سپس بعد از ۴ هفته شرکت کنندگان مورد پیگیری قرار گرفتند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش کمی، پس از نمره‌گذاری پرسشنامه شرکت کنندگان سه گروه (۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل)، داده‌های بدست آمده وارد رایانه شد و با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۱ در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی به شاخص‌های پراکندگی، فراوانی، رسم جداول و نمودارهای مربوطه پرداخته و در بخش آمار استنباطی به تحلیل فرضیات با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس Analysis of covariance، یومان ویتنی U.mann Whitney (جایگزین غیر پارامتریک آزمون T مستقل) و آزمون فریدمن Friedman (جایگزین غیر پارامتریک آزمون تحلیل واریانس مکرر) پرداخته شد. برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰) مورد توجه قرار گرفت.

جستجوی هویت و رابطه با دیگران. جلسه هفتم آموزش درک و پذیرش تنهایی و رهایی از انزوا و وابستگی. جلسه هشتم: آموزش مضمون آزادی و مسئولیت. جلسه نهم: آموزش خود بهبودی ترمیمی. جلسه دهم: بررسی آموخته‌ها، پس آزمون، سپس بعد از ۴ هفته شرکت کنندگان مورد پیگیری قرار گرفتند.

محتوای جلسات گروه درمانی چندوجهی لازاروس: جلسه اول: بیان اهداف و مقررات گروه، آشنایی اعضا با همدیگر و ایجاد رابطه حسنه مشاوره‌ای، ارائه منشور گروه، بستن قرارداد (تأکید برای مشارکت، تعهد و رسمیت بخشی گروه) و مصاحبه سنجشی اولیه. جلسه دوم: بکارگیری راهبرد پل زدن و ردیابی. جلسه سوم: نیمرخ ابعاد شخصیت و انتخاب برنامه درمانی کلی. جلسه چهارم: آموزش مهارت کنترل خشم. جلسه پنجم: آموزش مهارت تن آرمیدگی. جلسه ششم: آموزش فن تصویرسازی ذهنی. جلسه هفتم: آموزش فنون شناختی. جلسه هشتم: آموزش مهارت ارتباطات مؤثر بین فردی. جلسه نهم: آموزش فنون دارویی زیستی. جلسه

## نتایج

### جدول ۱- میانگین‌های اصلاح شده پس آزمون سندرم پیش از قاعدگی (درمان وجودی) دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	گروه	میانگین	خطای استاندارد
پس آزمون سندرم	آزمایش	۱۰/۷۲۳	۱/۶۶۸
پیش از قاعدگی	کنترل	۲۷/۷۲۱	۱/۶۶۸

می‌توان گفت: درمان وجودی به طور معنادار سبب کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود.

همانطور که در جدول ۱ نشان داده می‌شود در سندرم پیش از قاعدگی تحت درمان وجودی میانگین گروه آزمایش (۱۰/۷۲۳) کمتر از گروه کنترل (۲۷/۷۲۱) می‌باشد در نتیجه

### جدول ۲- آماره‌های اثرات بین آزمودنی‌ها در سندرم پیش از قاعدگی با درمان وجودی

منبع	متغیر وابسته	df	میانگین مربعات	F	Sig	اتای پاره ای	مجذور
گروه	پس آزمون سندرم پیش از قاعدگی	۱	۴۲/۸۹۱	۲۶/۸۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۱	
پس آزمون سندرم پیش از قاعدگی	پس آزمون سندرم پیش از قاعدگی	۱	۱۹۸/۲۳۹	۶۷/۶۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۹	
خطا		۱۵					

معناداری ۰/۰۰۰۱ از نظر آماری معنادار است یعنی رابطه معنادار بین پیش آزمون و پس آزمون سندرم پیش از قاعدگی، با کنترل متغیر مستقل وجود دارد، این متغیر ۸۱/۹٪ واریانس پس آزمون سندرم پیش از قاعدگی را تبیین می کند.

با توجه به آنچه در ردیف اول (گروه) جدول ۲ نشان داده شده است تفاوت معنادار بین دو گروه مداخله با سطح معناداری (۰/۰۰۰۱) از لحاظ نمره‌های آزمون سندرم پیش از قاعدگی وجود دارد  $F(1,15)=26/826$ . همان طور که در جدول مشاهده می شود اثر همپراش سندرم پیش از قاعدگی با سطح

جدول ۳- میانگین‌های اصلاح شده پس آزمون سندرم پیش از قاعدگی (درمان چند وجهی لازاروس) برای دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	گروه	میانگین	خطای استاندارد
پس آزمون سندرم پیش از قاعدگی	آزمایش	۳۷/۰۳۳	۱/۵۸۵
	کنترل	۱۶/۰۷۹	۱/۵۸۵

می توان گفت: درمان چند وجهی لازاروس سبب کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می شود.

همانطور که در جدول ۳ نشان داده می شود در سندرم پیش از قاعدگی (درمان چند وجهی لازاروس) میانگین گروه آزمایش (۳۷/۰۳۳) کمتر از گروه کنترل (۱۶/۰۷۹) می باشد در نتیجه

جدول ۴- آماره‌های اثرات بین آزمودنی‌ها در سندرم پیش از قاعدگی (درمان چند وجهی لازاروس)

منبع	متغیر وابسته	df	میانگین مربعات	F	Sig	اتای پاره ای	مجذور
گروه	پس آزمون سندرم پیش از قاعدگی	۱	۴۸۱/۰۲۲	۵۴/۳۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۴	
پس آزمون سندرم پیش از قاعدگی	پس آزمون سندرم پیش از قاعدگی	۱	۱۵/۴۶۷	۱/۷۴۸	۰/۲۰۶	۰/۱۰۴	
خطا		۱۵					

همان طور که در جدول مشاهده می شود اثر همپراش سندرم پیش از قاعدگی با سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار است یعنی رابطه معنادار بین پیش آزمون و پس آزمون سندرم پیش از قاعدگی، با کنترل متغیر مستقل وجود ندارد.

با توجه به آنچه در ردیف اول (گروه) جدول ۴ نشان داده شده است تفاوت معنادار بین دو گروه مداخله با سطح معناداری (۰/۰۰۰۱) از لحاظ نمره‌های آزمون سندرم پیش از قاعدگی (درمان چند وجهی لازاروس) وجود دارد  $F(1,15)=54/351$ .

جدول ۵- خلاصه آزمون پیگیری سندرم پیش از قاعدگی (درمان وجودی) در سه زمان

زمان	تعداد	چارک اول	چارک دوم	چارک سوم	میانگین رتبه ها	آماره تست
پیش از مداخله	۹	۳۸/۵	۴۱	۴۳/۵	۳	sig
بعد از مداخله	۹	۲۱/۵	۲۴	۲۶/۵	۱/۵	
مرحله پیگیری	۹	۲۱/۵	۲۴	۲۶/۵	۱/۵	۰/۰۰۰۱
پیش از مداخله	۹	۱۳/۵	۱۵	۱۶/۵	۲/۶۱	
کنترل	۹	۱۳/۵	۱۵	۱۶/۵	۲/۶۱	۰/۰۱۸

بعد از مداخله	۹	۱۲/۵	۱۳	۱۷/۵	۲
مرحله پیگیری	۹	۱۲/۵	۱۳	۱۶/۵	۳۹

با توجه به آنچه در جدول ۵ نشان داده شده است. در نمره‌های سندرم پیش از قاعدگی (درمان وجودی) در سه دوره زمانی در هر دو گروه آزمایش (خی دو = ۱۸ و سطح معناداری = ۰/۰۰۰۱) تفاوت معنادار وجود دارد مقادیر میانه (۲۴) در مرحله پیگیری ماندگاری کاهش سندرم پیش از قاعدگی از دوره پیش از مداخله را نشان می‌دهد. در گروه کنترل نیز در مرحله پیگیری با میانه (۱۳) کاهش اندک نسبت به مرحله پیش از مداخله نمایان است.

**جدول ۶-آزمون پس تجربی سندرم پیش از قاعدگی (درمان وجودی)**

Sig	Z		
۰/۰۰۳	-۳	پس از مداخله	پیش از مداخله
۰/۰۰۳	-۳	پیگیری	پیش از مداخله
۱	۰/۰۰۰۱	پیگیری	پس از مداخله
۰/۵۶۹	-۰/۵۷	پس از مداخله	پیش از مداخله
۰/۲۱	-۲/۳۰۸	پیگیری	پیش از مداخله
۰/۰۶۶	-۱/۸۴۱	پیگیری	پس از مداخله

پیگیری گروه آزمایش با سطح معناداری (۱) و میانه ۲۴ تفاوت وجود ندارد. در نتیجه کاهش نمره سندرم پیش از قاعدگی در مرحله ثابت مانده است. ولی در گروه کنترل تفاوت نمرات در مراحل زمانی متفاوت (با سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵) معنادار نیست.

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش بین زمان‌های پیش از مداخله و پیگیری با سطح معناداری (۰/۰۰۳) تفاوت معنادار در نمره سندرم پیش از قاعدگی این گروه وجود دارد به طوری که کاهش نمرات سندرم از مرحله پیش از مداخله (با میانه ۴۱) به مرحله پیگیری مشاهده می‌شود، بین مراحل پس از مداخله و

**جدول ۷-خلاصه آزمون پیگیری پیش از قاعدگی (درمان چند وجهی لازاروس) در سه زمان**

آماره تست	زمان	تعداد	چارک اول	چارک دوم	چارک سوم	میانگین رتبه‌ها	خی دو	Df	Sig
	پیش از مداخله	۹	۳۶	۳۸	۴۱	۲/۶۷			
	بعد از مداخله	۹	۲۵	۳۷	۴۱	۲/۳۳	۱۶/۸	۲	۰/۰۰۰۱
	مرحله پیگیری	۹	۲۱	۲۴	۲۶	۱			



۰/۰۰۰۱	۲	۱۶/۷۱	۱/۷۲	۱۷	۱۳	۱۲/۵	۹	پیش از مداخله	نشان
			۱/۲۸	۱۶	۱۳	۱۲/۵	۹	بعد از مداخله	
			۳	۴۱/۵	۳۸	۳۶	۹	مرحله پیگیری	

مداخله را نشان می‌دهد حتی این کاهش بین مرحله پیگیری و مرحله پس از مداخله دیده شد. در گروه کنترل نیز در مرحله پیگیری با میانه (۳۸) افزایش نمرات نسبت به مرحله پیش از مداخله نمایان است.

با توجه به آنچه در جدول ۷ نشان داده شده است. در نمره‌های سندرم پیش از قاعدگی (درمان چند وجهی لازاروس) در سه دوره زمانی در گروه آزمایش (خی دو = ۱۶/۸ و سطح معناداری = ۰/۰۰۰۱) تفاوت معنادار وجود دارد مقادیر میانه (۲۴) در مرحله پیگیری کاهش سندرم پیش از قاعدگی از دوره پیش از

جدول ۸- آزمون پس تجربی پیش از قاعدگی (درمان چند وجهی لازاروس)

Sig	Z			
۰/۰۰۷	-۲/۷۰۱	پس از مداخله	پیش از مداخله	آزمایش
۰/۰۰۷	-۲/۷۰۱	پیگیری	پیش از مداخله	
۰/۱۰۲	-۱/۶۳۳	پیگیری	پس از مداخله	
۰/۵۶۹	-۰/۵۷	پس از مداخله	پیش از مداخله	کنترل
۰/۰۲۱	-۲/۳۰۸	پیگیری	پیش از مداخله	
۰/۰۶۶	-۱/۸۴۱	پیگیری	پس از مداخله	

معناداری (۰/۱۰۲) و میانه به ترتیب ۳۸ و ۳۸ تفاوت وجود ندارد. در نتیجه کاهش نمره سندرم پیش از قاعدگی در مرحله پیگیری ثابت مانده است. ولی در گروه کنترل تفاوت نمرات در مراحل پیش از مداخله و پیگیری نشان دهنده افزایش نمرات سندرم پیش از قاعدگی در مرحله پیگیری این گروه است.

همانطور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش بین زمان‌های پیش از مداخله و پیگیری با سطح معناداری (۰/۰۰۷) تفاوت معنادار در نمره سندرم پیش از قاعدگی این گروه وجود دارد به طوری که کاهش نمرات سندرم از مرحله پیش از مداخله (با میانه ۳۸) به مرحله پیگیری مشاهده می‌شود، بین مراحل پس از مداخله و پیگیری گروه آزمایش با سطح

جدول ۹- آزمون یومان ویتنی نمرات سندرم پیش از قاعدگی تحت درمان وجودی و درمان چند وجهی لازاروس

گروه	تعداد	آماره توصیفی		آزمون یومان ویتنی
		U	Z	
درمان وجودی	۹	۲۴	-۳/۵۷۸	۰/۰۰۰۱
درمان چند وجهی لازاروس	۹	۳۸		

درمان چند وجهی لازاروس (تعداد=۹ و میانه = ۳۸) کسب کرده‌اند. بنابراین افراد تحت درمان وجودی علائم سندرم پیش از قاعدگی کمتری را نسبت به افراد تحت درمان چند وجهی لازاروس نشان دادند، پس درمان وجودی موثرتر واقع شد.

با توجه به داده‌های جدول ۹ ،  $P < 0/05$  ,  $Z = -3/578$  ،  $U = 0/0001$  تفاوت معناداری در نمرات سندرم پیش از قاعدگی با درمان وجودی و درمان چند وجهی لازاروس نشان داد. بر این اساس افراد با درمان وجودی (تعداد = ۹ و میانه = ۲۴) نمرات کمتری را در سندرم پیش از قاعدگی نسبت به تحت درمان با

### بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش با توجه به چند جانبه بودن علائم و سبب‌شناسی PMS سعی شد، اثربخشی درمان وجودی و چندوجهی لازاروس بر کاهش علائم PMS مورد بررسی مقایسه‌ای قرار گیرد و بدین ترتیب این پژوهش کوشیده به ارزیابی هدف اصلی پژوهش که تعیین اثربخشی روشهای درمانی فوق بر کاهش علائم (روانی و جسمانی) PMS در شهر تهران می‌باشد، بپردازد با توجه به نتایج بدست آمده یافته‌ها نشان داد که درمان وجودی در کاهش علائم (روانی و جسمانی) PMS مؤثر است. براین اساس میزان شیوع و فراوانی PMS احتمالاً درصد بالایی را در میان زنان و دختران ایرانی به خود اختصاص می‌دهد. درمان وجودی بر کاهش علائم (روانی و جسمانی) زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی تأثیر دارد... همچنین در بین گروه آزمایشی چندوجهی لازاروس و گروه کنترل به لحاظ آماری تفاوت معنادار بود یعنی، درمان چند وجهی لازاروس سبب کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر در درمان وجودی با یافته‌های پژوهش، کوپر (۱۸)، مرموش و همکاران (۲۶)، گلر (۲۷)، الکساندر و همکاران (۲۸)، غفاری و همکاران (۲۹)، حسن آبادی (۳۰)، همخوانی دارد و در تأیید درمان چندوجهی لازاروس با یافته‌های بهرامخانی (۲۱)، شهناز (۳۱)، سلطانی خورشید (۳۲)، خضرای ویژه فر (۲۳) و اباذری (۲۲) همسو است.

در مطالعه‌ای که توسط کوپر (۱۸) انجام شد به بررسی اثربخشی درمان وجودی بر کشف و درک آزادی و افزایش امید به خود پرداخته شد، وی به این نتیجه رسید که رویکرد وجودی بر افزایش تفکر وجودی تأثیر مثبتی دارد. مرموش و همکاران (۲۶) در پژوهشی مبتنی بر نظریه یالوم به بررسی نقش همبستگی گروهی روان درمانی وجودی بر امید به خود و افسردگی پرداختند و مشاهده نمودند که روان درمانی وجودی سبب افزایش امید به خود و کاهش افسردگی می‌شود. گلر (۲۷) در پژوهش خود دریافت، درمان وجودی بر ایجاد و تحکیم درونی سازی، معنی بخشی خود و سلامت روان مؤثر است. در پژوهشی دیگر الکساندر و همکاران (۲۸) اثر بخشی درمان گروهی وجودی را بر زنان مورد سوء استفاده جنسی مطالعه کردند و

مشاهده نمودند که درمان وجودی سبب بهبود روابط بین فردی و تعارضات روانی درمانجویان شده است. غفاری و همکاران (۲۹) اثر بخشی گروه درمانی وجودی را بر میزان شناخت فرد از خویش و تلاش برای رشد شخصی مطالعه کردند و دریافتند که روان درمانی وجودی به شیوه گروهی بر میزان شناخت فرد از خویش مؤثر است و سبب تلاش برای رشد شخصی می‌شود. حسن آبادی (۳۰) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی سه روش گروه درمانی (عقلانی عاطفی، وجودی انسان‌گرایانه، معنوی مذهبی) بر عزت نفس پرداخت و به این نتیجه رسید که درمان وجودی از بقیه درمانها اثربخش تر بوده است. بهرامخانی (۲۱) در پژوهش خود اثر بخشی رویکرد چندوجهی لازاروس را بر ارتقاء سلامت روان و کنترل استرس نشان داد. شهناز (۳۱) در مطالعه‌ای به اثربخشی مشاوره چندوجهی لازاروس بر سازگاری و فرسودگی شغلی رسید. سلطانی خورشید (۳۲) در پژوهشی اثربخشی آموزش گروهی با رویکرد چندوجهی لازاروس را بر افزایش رضایت زناشویی زنان تأیید کرد. خضرای ویژه فر (۲۳) در پژوهش خود ذکر می‌کند، درمان چندوجهی لازاروس بر کاهش تنیدگی و ارتقاء شاخص‌های سلامت مؤثر است. اباذری (۲۲) اثربخشی روش مشاوره چندوجهی لازاروس را بر کاهش افسردگی زنان، بررسی کرد و به این یافته رسید که، درمان چندوجهی لازاروس با اجرای الگوی BASIC-I.D بر کاهش افسردگی زنان اثربخش است.

وجود تفاوت در گروه آزمایش و گروه کنترل پس از اجرای درمان وجودی، می‌تواند بدین گونه تبیین شود که اختصاص دادن جلسات درمانی به مسائلی چون خودآگاهی، مرگ و نیستی، معنایابی، هویت و ارتباط با دیگران، انزوا و وابستگی، آزادی، مسئولیت و خودبهبودی ترمیمی توانسته است به شرکت کنندگان در شناسایی خودآگاهی، یافتن معنای زندگی، آزادی و مسئولیت پذیری کمک نماید. در واقع این درمان موجب تغییر نگرش و مسئولیت پذیری بیشتر مبتلایان گشته و موجب جایگزین شدن معنا و مسئولیت در زندگی به جای قید و بندهای محدود شود. در نتیجه این زنان دارای راهکارهای مناسب شده و خواهند توانست از این راهکارها در ادامه زندگی نیز استفاده

خود جدید و رشد آن را فراهم نموده و بر این اساس می‌توان این رویکرد را در کاهش علائم (روانی و جسمانی) PMS در زنان مبتلا به این سندرم پیشنهاد کرد. یافته‌های این مطالعه نتیجه گیری می‌شود که فقط درمان وجودی به طور معناداری باعث کاهش علائم (روانی و جسمانی) PMS شده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود از درمان وجودی برای کاهش علائم PMS در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی استفاده شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود از جمله نمونه پژوهش از شهر تهران گردآوری شده است و شامل شهرستان‌ها و شهرهای دیگر نمی‌شود. در این پژوهش فقط از زنانی که متاهل، خانه‌دار و دارای فرزند بودند استفاده شده است، بنابراین نمی‌توان نتایج را به زنانی که تجربه اشتغال دارند، مجردند و یا در حال تحصیل می‌باشند، تعمیم داد. سندرم پیش از قاعدگی تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد. عواملی مانند: وضعیت روانی، فرهنگی، اجتماعی، زیستی که در این پژوهش تلاش شد تا با نمونه‌گیری تصادفی از زنان اثر مزاحم آنها کنترل شود. با این همه، اینکه تا چه اندازه این شیوه در کنترل این عوامل توفیق داشته است را نمی‌توان تعیین نمود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، دسترسی به مکان و اجرای پژوهش و منابع تحقیق بود. از جمله منابع مهم بروز سندرم پیش از قاعدگی در این پژوهش، نگرش منفی به قاعدگی و زندگی، خشم پنهان، اعتماد به نفس پایین، فقدان خودآگاهی زنان و خانواده‌ها در مورد ماهیت سندرم پیش از قاعدگی، فقدان معنا در زندگی، عدم احساس آزادی و امنیت زنان در خانواده شناخته شد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود طی جلسات آموزشی- مشاوره‌ای به افزایش آگاهی زنان، همسران و خانواده‌ها از ماهیت قاعدگی و سندرم پیش از قاعدگی پرداخته شود. مراکز درمانی، سازمانها و تشکل‌های دولتی بهداشتی مربوط به زنان، با تخصیص شرایط، امکانات و تسهیلات آموزشی و درمانی لازم به زنان در زمینه سندرم پیش از قاعدگی کمک کنند. با توجه به اینکه تعداد مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی افزایش یافته و همسران آنها تحت فشار روانی در خانواده قرار می‌گیرند، پیشنهاد می‌شود که در دوره‌های مشاوره‌ای و درمانی، برنامه‌های اختصاصی‌تری

نمایند. با توجه یافته‌های موجود در مطالعات فوق و نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌توان با استفاده از روش روان درمانی وجودی و چندوجهی لازاروس، اختلالات روان تنی را در سندرم‌هایی مانند سندرم پیش از قاعدگی، کاهش داد و به بهبود علائم رنج آور آن کمک کرد.

دیگر یافته پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش، درمان وجودی و درمان چندوجهی لازاروس، تفاوت معنا دار است. همچنین یافته‌ها نشان داد، زنانی که تحت درمان وجودی قرار گرفتند، علائم (روانی و جسمانی) آنها به طور معناداری کاهش یافته و این موضوع نشان از برتری درمان وجودی در کاهش علائم (روانی و جسمانی) زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی است و به عبارتی این فرضیه پژوهشی مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش‌های انجام شده، راپکین (۱۵) در یک بررسی به این نتیجه رسید که درمان‌های روانشناختی در مقایسه با دارو درمانی، اثربخشی بیشتری بر کاهش علائم (روانی و جسمانی) PMS دارند.

در مطالعه ما نیز مشاهده کردیم که درمان وجودی در مقایسه با درمان چندوجهی لازاروس به طور معناداری بیشتر می‌تواند باعث کاهش علائم (روانی و جسمانی) سندرم پیش از قاعدگی گردد و نسبت به گروه کنترل تغییرات مشهودی در میزان علائم (روانی و جسمانی) PMS مشاهده شده است. بر این اساس می‌توان این رویکرد را در کاهش علائم (روانی و جسمانی) PMS در زنان مبتلا به این سندرم پیشنهاد کرد. وجود تفاوت در گروه‌های آزمایش وجودی و چندوجهی لازاروس، می‌تواند بدین گونه تبیین شود که درمان وجودی سبب تغییراتی در تفکر باورها و نگرش زن مبتلا به PMS می‌شود و خودآگاهی اش را که زمینه‌ساز آزادی و انتخاب اوست، افزایش می‌دهد و چارچوبی جدید در دیدگاه ارتباطی اش با خود، طبیعت و جهان پیرامونش ایجاد می‌نماید. اگر زنان و دختران، نسبت به مشکلات جسمانی، روانی، اجتماعی و فرهنگی خود آگاه باشند و عوارض چندجانبه اختلالات پیچیده‌ای مانند سندرم پیش از قاعدگی را شناسایی کنند، در آن صورت رویکرد وجودی می‌تواند سبب افزایش خودآگاهی زنان مبتلا به PMS شود و زمینه شکل‌گیری

برای همسران زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی نیز در نظر گرفته شود. با آموزش مهارت‌های ارتباطات اثربخش بین فردی زناشویی به زنان مبتلا و همسران آنها، می‌توان تأثیرات منفی سندرم پیش از قاعدگی را با هزینه کمتری کاهش داد.

### سپاسگزاری

از مسئولان بیمارستان حضرت رسول تهران و تمامی بزرگوارانی که با همکاری و همراهی این پژوهش را به ثمر رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### References

1. Nikkhou M. Therapeutic approaches in psychology and psychiatry. Tehran: Sokhan Publications, 2005. [Persian].
2. Alavi A, Salahi Moghadam A, Alimalayeri N, Ramezanpour A. The prevalence of clinical signs of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among students of Bandarabbas University of Medical Sciences. Scientific-Research Quarterly of Hormozgan, 2006; 10 (4): 335-341. [Persian].
3. Chistner RW. Basics of women's diseases and health. Translated by: Hasan Ghazi Jahani, Roshanak Ghotbi. Tehran: Publications of Golban Medical Sciences, 2009.
4. Jafari N. Mental Health. Translated by Sayyed Mohammadi. Tehran: Arasbaran Publishing, 2013. [Persian].
5. Lustyk MKB, Gerrish WG, Shaver S. Cognitive - behavioral therapy for permenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. Journal ach womens ment health springer, 2009; 12: 85- 96.
6. Meriter woman care clinic-PMS-Health services. (2010). [www.meriter.com](http://www.meriter.com).
7. Safavi Naeini K. A comparison on impact of aerobic exercise and physical exercises on symptoms of premenstrual syndrome among women of Shiraz. Scientific-research-medical journal of Islamic Azad University- Arsanjan Branch, 2008; 18 (3): 177-180. [Persian].
8. Loze Onwude J, Kwan I. Premenstrual syndrome. Journal women's health-clinical evidence, 2009. [http://clinical.evidence.bmj.com/ceweb/conditions/who/0806/0806\\_back\\_ground.jsp](http://clinical.evidence.bmj.com/ceweb/conditions/who/0806/0806_back_ground.jsp).
9. Sharef RS. Psychotherapy and consultation theories. Translated by Khadijeh Arian. Theran: Nashre Sales, 2009. [Persian].
10. Carrey G. Theory and Fundamentals- Psychotherapy and counseling. Translated by Sayyed Mohammadi, 2011.
11. Rahimianbougar E, Share H. Arnold Lazarus and Multimodal therapy. Tehran: Danjeh Publications, 2008. [Persian].
12. Lazarus, Arnold. Towards short-term and comprehensive psychotherapy. Translated by Rana Boroumand. Tehran: Rasa Cultural Services Institution, 2010.
13. Salamat S, Ismail MK, O'Brien S. PMS: Obstetrics, Gynecology and reproductive medicine. JPMG, 2007; 18 (2): 29-32.
14. O'Brien Sh, Indusekhar R, Usman S. Psychological aspectsof premenstrual syndrome. J Best practice & research clinical obstetrics and Gynaecology, 2007; 21(2): 207-220.
15. Rapkin AD. A review of treatment of PMS PDD. J psych neuroendocrinology PNEC, 2003; 39-53.
16. Ramcharan MR. Toward the content validity of premenstrual dysphoric disorder. J of PMS, 2001; 1: 324- 330.
17. Ussher JM. Premenstrual syndrome and self – policing: Ruptures in self – silencing leading to increased self-surveillance and blaming of the body. Journal social theory & health, 2004; 2: 254-272
18. Cooper M. (2010). “Between freedom and despair: Existential challenges and contributions to person – centered and experiential therapy”. Journal person – centered and experiential psychotherapies, 2010; 2(1): 43-53.
19. Lazarus AA, Abramovitz A. A multi modal behavioral approach to performance anxiety. JCLP In session, 2004; 60 (8):831-840.
20. Davoudvandi M. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on relief of Premenstrual syndrome symptoms among mothers of pre-school students in Tehran. Consultation Master Thesis, Islamic Azad University, Sciences and Researches Branch, 2010. [Persian].
21. Bahramkhani M. Effectiveness of Lazarus multimodal therapy on perceived stress and promotion of health indicators in patients with multiple sclerosis (MS). Master thesis in general psychology, Humanities faculty of Payam-e-Noor University of Tehran, 2010. [Persian].
22. Abazari F. Effectiveness of Lazarus multimodal consultation method on women's depression reduction. Master thesis. Educational sciences and psychology faculty of Allameh Tabatabaei University, 2007. [Persian].
23. Khazraeivijefar A. Effectiveness of multimodal therapy on stress reduction and promotion of health indicators among veterans with osteomyelitis. Master thesis. Psychology Department of Humanities Faculty of Payam-e-Noor University- Tehran Province, 2010. [Persian].
24. Shirmohammadi M, Arab M, Taghizadeh Z. Premenstrual syndrome and psychiatric comorbidities. Iranian J Psychiatry spring, 2009; 4:62-66. [Persian].

25. Babayanzadahari, S. Impact of Pyridoxine on the severity of premenstrual syndrome in Iran University of Medical Sciences. Master thesis. Nursing and midwifery faculty of Iran University of Medical Sciences, 2009. [Persian].
26. Marmarosh C, Hot A, Schoten BM. Group Chohe siveness, collective self-stem, group hope and member's health and group dynamics theory, research and practice. J psychology, 2005; (1).
27. Geller JD. Self-Disclosure in psycho analytic – existential therapy. Yale University. Wiley, jclp/In session, 2003; 59(5): 541-554.
28. Alexander PC, Neimeyer RA, Follette VM. Group therapy for women sexually abused as children. Journal of interpersonal vidence, 1991; 6: 248-231.
29. Ghaffari A, Behrouzifard J, Narouei P. Impact of existential group therapy on individual recognition of his/her efforts for personal growth. Humanities faculty, Psychology Department. The 5<sup>th</sup> National Conference on Mental Health, Ferdowsi University of Mashhad, 2010. [Persian].
30. Hassanabadi H. Comparing effectiveness of three medical groups (rational - emotional, existential - humanistic, spiritual - religious) to increase self-esteem among male prisoners in Central Prison of Mashhad. PhD Thesis. Consultation Department of Humanities Faculty of Teacher Training University, 2006. [Persian].
31. Shahnnavaz M. Effectiveness of Lazarus multimodal consultation on adaptability and job burnout among employees of Gas Company of North Khorasan. Master thesis, Psychology and Educational Sciences Faculty of Allameh Tabatabaei University, 2010. [Persian].
32. Soltanikhorsid H. Effectiveness of group therapy with Lazarus multimodal approach on women's satisfaction increase. Master Thesis, Psychology and Educational Sciences Faculty of Allameh Tabatabaei University, 2010. [Persian].

*Original Article***Comparing the effectiveness of Existential Psychotherapy and Lazarus multimodal therapy to alleviate the symptoms of PreMenstrual Syndrome (PMS)**

Received: 12/10/2019 - Accepted: 21/01/2020

Zeynab Farhangi<sup>1\*</sup>  
 Malake Mashhadi Farahani<sup>2</sup>  
 Masomeh Shian Bagheri<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MA, Department of Personality Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran.

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran.

Email: zzzfarhangi@gmail.com

**Abstract**

**Introduction:** The women's menstrual experience is a development which transforms entire their existential structure. There are some factors and problems which affect menstruation and make its experience harder for women. Present study aimed to assess effectiveness of existential psychotherapy and Lazarus's multimodal therapy on alleviation of Premenstrual Syndrome (PMS) symptoms of suffered women.

**Methods:** Semi-empirical method was used for determining approaches effectiveness. Statistical population included all women suffered from premenstrual syndrome who had come to the Hazrat Rasoul hospital in Tehran city, and sample group included 30 persons from target statistical population which were chosen randomly. Participants were divided to 3 groups (2 examination groups and 1 controlling group). Abraham Taylor semiotics measuring tool was used for collecting data for identifying premenstrual syndrome symptoms intensity during two steps of pre-examination and post-examination. Experimental groups were treated by Existential therapy and Multi model therapy of Lazarus in group method in 10 sections while controlling group received no interventions.

**Results:** Existential psychotherapy method looks useful for mental and physical symptoms reduction of women suffering from premenstrual syndrome.

**Conclusion:** Data analysis using covariance analysis and U Mann Whitney test and Friedman showed that Existential therapy lead to mental and physical symptoms reduction of premenstrual syndrome in suffered women, while Multi model therapy of Lazarus was not effective so much.

**Keywords:** Existential Psychotherapy, Lazarus Multi-modal Therapy, Premenstrual Syndrome (PMS).