

مقاله اصلی

مقایسه تأثیر درمان هیجان‌مدار فردی و زوجی بر شدت علائم پیش از قاعدگی در زنان مبتلا به اختلالات پیش از قاعدگی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۳۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۳۱

خلاصه

مقدمه: اکثر زنان یکی از علائم سندرم پیش از قاعدگی را تجربه می‌کنند و این علائم بر کیفیت زندگی و روابط زنان در خانواده، محل کار و اجتماع تأثیر می‌گذارد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان هیجان‌مدار فردی و زوجی بر شدت علائم پیش از قاعدگی انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با سه گروه آزمایشی و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان متأهل در شهر تهران تشکیل دادند که از این جامعه تعداد ۵۳ نفر با روش در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب و در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. یافته‌های مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه سندرم پیش از قاعدگی (استینر و همکاران، ۲۰۰۳) در سه نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری مورد جمع‌آوری قرار گرفت و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین شدت علائم پیش از قاعدگی گروه‌های درمان هیجان‌مدار فردی و زوجی نسبت به پیش‌آزمون کاهش پیدا کرد و نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که تأثیر درمان‌ها بر کاهش شدت علائم پیش از قاعدگی معنی‌دار و پایدار است ($p \leq 0/001$) و نتایج مقایسه درمان هیجان‌مدار فردی و زوجی نشان از آن داشت که بین رویکردهای هیجان‌مدار فردی و زوجی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثر بخش بودن رویکرد هیجان‌مدار فردی و زوجی، این رویکرد می‌تواند به عنوان یکی از روش‌های مداخله مورد استفاده مشاوران ازدواج و درمانگران خانواده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: درمان هیجان‌مدار، زوج درمانی، سندرم پیش از قاعدگی

ندا جوادی^۱

شیرین کوشکی^{۲*}

فاطمه گلشنی^۳

آنیتا باغداساریانس^۴

^۱گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۳استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

^۴استادیار، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: sh.kooshki@iauctb.ac.ir

مقدمه

اختلالات پیش از قاعدگی (PMDs) به مجموعه‌ای از علائم روانشناختی، فیزیولوژیکی و مشکلات جسمانی همراه با آن گفته می‌شود که به دوره‌های قاعدگی ارتباط داشته و در زنان شایع است (۱). در ابتدا این طبقه از اختلالات تحت عنوان "تنیدگی پیش از قاعدگی" معرفی شد؛ اما در نهایت PMS در ادبیات پزشکی بسیاری از کشورهای اروپایی مصطلح شد (۲). این نشانگان در وضعیتی شدیدتر و در انتهای پیوستار، به ملال پیش از قاعدگی منجر می‌شود و یک وضعیت مزمن و ناتوان‌کننده در سال‌های تولید مثل زنان می‌باشد (۳).

مطالعات نشان داده است افرادی که اختلالات پیش از قاعدگی (سندروم و ملال پیش از قاعدگی) را تجربه می‌کنند بیش از افرادی که این گروه از اختلالات را تجربه نمی‌کنند، از خلق منفی، افسردگی و تحریک‌پذیری در طول دوره قاعدگی خود رنج می‌برند و در عین حال خلق مثبت کمتری را گزارش می‌کنند (۴)؛ این افراد قضاوت منفی بیشتری را در تکلیف تمییز چهره‌ای در طول دوره قاعدگی نسبت به دوره بعد از قاعدگی نشان داده (۵) و در مواجهه با چهره‌های هیجانی آمیگدال آن‌ها واکنش‌پذیری بیشتری در مقایسه با گروه سالم داشته است (۶). همچنین گزارش شده که حساسیت به استرس در زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی به طور معناداری بالاتر از جمعیت سالم بوده است (۷).

با توجه به اینکه همه زنان، تغییرات روانشناختی (۸)، علائم مرتبط با سلامت جسمانی (۹) و افت عملکرد (۱۰) معنادار را در طول دوره قاعدگی خود تجربه نمی‌کنند، سبب‌شناسی‌های متفاوتی برای این اختلالات مطرح شده که تا حدی تاثیر سبب‌شناختی این عوامل به طور کامل روشن نشده است (۱۱). برخی از مطالعات اولیه پیرامون سبب‌شناسی سندروم و ملال پیش از قاعدگی بر ترشح ناهنجار و بیش از حد هورمون‌های تولید مثل اشاره کرده‌اند (۱۲) اما برخلاف این نتایج، مطالعات اخیر حاکی از آن است که بین زنان مبتلا به اختلالات پیش از قاعدگی و زنان

بهنجار از نظر ترشح هورمون‌های تولید مثل تفاوت معناداری وجود ندارد (۶).

اختلالات پیش از قاعدگی تاثیرات نامطلوب زیادی بر کیفیت زندگی زنان داشته و کارکرد این قشر از جامعه را نیز متأثر می‌سازد (۱۳-۱۴). این اختلالات بر کیفیت زناشویی نیز اثرات منفی دارد؛ چراکه مشخص شده با تاثیر بر خلق و هیجانات منجر به افزایش تعارضات، افزایش احتمال جدایی، و کاهش ارتباط در خانواده می‌شود و رضایت زناشویی را کاهش می‌دهد (۱۵)؛ به نحوی که ۷۲ درصد از زنان معتقدند که کیفیت زندگی زناشویی‌شان تحت تاثیر اختلالات پیش از قاعدگی قرار دارد (۱۶). همین امر به شکل‌گیری دامنه‌ای از مداخلات زیست-پزشکی مانند استفاده از درمان‌های ضدافسردگی مثل طبقه اساس‌آرآی‌ها، ضداضطراب‌ها و درمان‌های هورمونی برای کاهش تخمک‌گذاری یا حتی برداشتن تخمک منجر شده است (۴). اگرچه احتمال می‌رود که این درمان‌ها در کاهش علائم پیش از قاعدگی موثر باشند اما هیچکدام از درمان‌های پزشکی معرفی شده مکانیسم‌های پیچیده‌ی زیربنای رنج و ناراحتی پیش از قاعدگی را در نظر نمی‌گیرند و این در حالی است که تبیین فیزیولوژیکی نیز به تنهایی کافی نیست (۱۷). علاوه بر این بسیاری از زنان به علت عوارض جانبی (۱۸) یا موارد منع مصرف داروها (۱۹) به درمان‌های دارویی اقبال نداشته و به دنبال آن هستند که گزینه‌های درمانی غیر دارویی را برای علائم خود تجربه کنند. در نتیجه، رویکردهای روانشناختی در حال شکل دادن درمان‌هایی برای درمان اختلالات پیش از قاعدگی هستند (۲۰)؛ که برخلاف درمان‌های دارویی، بر تعامل و ارتباط متقابل بین عوامل جسمانی، شناختی و اجتماعی-فرهنگی در بروز علائم تاکید دارند (۱۷).

درمان هیجان مدار یک رویکرد یکپارچه نگر، برای مقابله با انواع اختلالات اضطرابی، گسترده‌ای از تروماها و پریشانی‌های ناشی از اتفاق‌های زندگی می‌باشد (۲۱). رویکرد هیجان‌مدار یکی از رویکردهایی که هم بر ارتباط خانواده و هم بر هیجانات

قاعدگی را هر چه بیشتر نمایان می‌سازد؛ بنابراین هدف اصلی این پژوهش تعیین و مقایسه تاثیر درمان هیجان‌مدار فردی و زوجی بر شدت علائم پیش از قاعدگی بود.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی همراه با دو گروه مداخله و گروه کنترل بود که هر گروه مورد ارزیابی پیش از موعود و پس از موعود و پیگیری (دوماهه) قرار گرفته‌اند. جامعه آماری مورد نظر در پژوهش حاضر تمامی زنان متأهل در شهر تهران بود. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی دردسترس از میان زنان داوطلب برای شرکت در جلسات درمان انجام شد و از افراد با رعایت موازین اخلاقی و حرفه‌ای و نیز با کسب رضایت، مصاحبه بالینی جهت تشخیص اختلالات پیش از قاعدگی به انجام رسید تا در صورت برآورده کردن معیارهای لازم برای سندروم و ملال پیش از قاعدگی برای تکمیل دیگر پرسشنامه‌ها و آغاز جلسات درمانی همکاری نمایند. جهت انجام پژوهش آزمایشی لازم است حداقل تعداد ۱۲ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شود (دلاور و کوشکی، ۱۳۹۲)، در نتیجه با احتساب احتمال ریزش نمونه‌ها در هر گروه ۱۸ نفر در نظر گرفته شد که از گروه‌های آزمایشی یک نفر دچار ریزش شد و به ۱۷ نفر تقلیل یافت. ملاک‌های ورود و خروج پژوهش عبارت بود از مبتلا به علائم پیش از قاعدگی، داشتن علاقه برای شرکت در پژوهش و همچنین عدم دریافت مداخله درمانی دیگر، تاهل، داشتن سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال، داشتن دوره‌های قاعدگی منظم (۲۱ تا ۳۵ روزه)، عدم مصرف هرگونه داروی هورمونی (به استثنای داروهای ضدبارداری)، داروهای روانپزشکی، عدم سابقه بیماری روانپزشکی تشخیص داده شده یا تحت درمان قرار گرفته، عدم بارداری یا زایمان در طول ۱۲ ماه گذشته، رضایت و تمایل همسر برای شرکت در جلسات زوج‌درمانی. افراد با مصاحبه بالینی براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و با استفاده از ابزار غربالگری علائم پیش از قاعدگی به منظور

فردی تمرکز دارد است (۲۲). از آنجاییکه برای زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی ضروری است تا اقداماتی انجام دهند که نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شده، از ایجاد تنش‌ها در محیط خانواده حتی الامکان جلوگیری نماید، برخورداری از مهارت‌های تنظیم و مدیریت هیجان در رویارویی با موقعیت‌های پرتنش و اضطراب‌زایی که برای خود و همسرانشان ایجاد می‌شود، ضروری است. مجهز شدن زنان به این مهارت، یک ضرورت است چرا که زن نقش مهمی در ارتباطات، هیجان و کارکرد خانواده دارد. در حقیقت زنان افسرده و غمگین، خلق و خوی منفعل همراه با غم و اندوه را در خانواده فعال می‌کنند (۲۳). در این رویکرد درمانی، آنچه مطرح است این است که هیجان‌ها خودشان به‌طور ذاتی پتانسیل تطبیقی دارند که اگر فعال شوند می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا حالات هیجانی مشکل‌آفرین یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند. این دیدگاه از هیجان بر این باور است که هیجان یک سیستم تطبیقی و ذاتی است که به بقا و پیشرفت ما کمک می‌کند. هیجان‌ها بیانگر ضروری‌ترین نیازهای انسان‌ها هستند و به سرعت افراد را در ارتباط با بهزیستی هشدار می‌دهند. آنها همچنین افراد را آماده می‌کنند و راهنمای آنها در این شرایط مهم برای اقدام نسبت به برآوردن نیازها هستند بنابراین هیجان‌ها برای یک حالت اولیه از پردازش در عمل، تنظیم شده‌اند (۲۴). اثربخشی و کاربست درمان مبتنی بر هیجان بر اختلالات و وضعیت‌های روانشناختی متفاوتی از جمله افسردگی (۲۵)، اضطراب (۲۶)، آسیب‌های هیجانی (۲۷) تایید شده است اما بررسی تاثیر آن بر زنان مبتلا به اختلال پیش از قاعدگی مغفول مانده است.

با توجه به مسائلی که زنان مبتلا به پیش از قاعدگی و به تبع آن خانواده درگیر هستند و همچنین مبانی نظری و پژوهشی بیان شده، اهمیت پرداختن به این موضوع را بیش از پیش روشن می‌کند بویژه اینکه تحقیقات انجام شده در این حوزه در کشور معدود بوده و شکاف تحقیقاتی در مقایسه اثربخشی و ماندگاری اثر درمان هیجان‌مدار فردی و زوجی بر شدت علائم پیش از

پرسشنامه دارای دو بخش و ۱۹ سوال است؛ در بخش اول ۱۴ سوال در مورد علائم خلقی- رفتاری و جسمانی مورد پرسش قرار می‌گیرد و در بخش دوم ۵ سوال به بررسی تاثیر این علائم بر عملکرد زندگی این افراد می‌پردازد. غربالگری سندروم برای هر سوال ۴ معیار اصلا، خفیف، متوسط و شدید در نظر گرفته شده که براساس لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ درجه‌بندی می‌شود. برای یکسان‌سازی نمرات در حیطه‌های مختلف امتیازات از صفر تا ۱۰۰ در نظر گرفته و از مجموع نمرات میانگین گرفته می‌شود. نمرات بالاتر از میانگین بیانگر شدت مشکل و علائم می‌باشد. ین و همکاران (۲۹) در پژوهش خود آلفای کرونباخ را برای ۱۴ آیتم نشانگان ملال پیش از قاعدگی و ۵ آیتم عملکرد به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی آن را نیز به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (۲۹). همچنین ویژگی‌های روانسنجی این ابزار توسط سیه‌بازی و همکاران در سال ۱۳۹۰ در ایران بررسی شد. آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹ بدست آمد و روایی محتوایی و شاخص محتوایی گزارش شده به ترتیب ۰/۷ و ۰/۸ بوده که حکایت از روایی محتوایی خوب ابزار دارد (۳۰). در این پژوهش پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ به دست آمد.

تشخیص اختلالات پیش از قاعدگی ارزیابی شدند؛ افراد واجد شرایط تشخیص این اختلالات براساس نمرات کسب شده در ابزار و به طور تصادفی در یکی از سه گروه مداخله فردی هیجانمدار، زوج‌درمانی هیجان‌مدار و گروه کنترل گماشته شدند. بدین ترتیب ابتدا هر سه گروه به پرسشنامه علائم پیش از قاعدگی پاسخ دادند و سپس رویکرد هیجان مدار زوجی برای گروه آزمایشی ۱، هیجان مدار فردی برای گروه آزمایشی ۲ اعمال شد اما گروه کنترل هیچ‌گونه‌ای مداخله‌ای دریافت نکردند، پس از اتمام دوره از هر سه گروه پس‌آزمون بعمل آمد و دو ماه بعد از پس‌آزمون، آزمون پیگیری به منظور سنجش پایداری نتایج اجرا شد. بدین ترتیب داده‌های لازم جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۳ و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

شدت سندروم پیش از قاعدگی: از این پرسشنامه برای اندازه‌گیری شدت علائم پیش از قاعدگی استفاده شده است که توسط استینر، مک دوگال و براون (۲۸) طراحی شده است. این

جدول ۱. خلاصه بسته درمان هیجان مدار زوجی

ردیف	خلاصه محتوا
جلسه اول	پیش‌آزمون، خلق و ایجاد اتحاد درمانی و تبیین موارد تعارض ساز در محوریت تلاشهای دلپسته مدارانه.
جلسه دوم	توصیف و روشن‌سازی چرخه‌ی تعاملی منفی همزمان با پدیداری
جلسه سوم	دستیابی به هیجان‌ناشناخته‌ای که زیر ساختار الگوهای تعامل را تشکیل می‌دهند
جلسه چهارم	قاب‌دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به چرخه‌ی منفی، هیجان‌نازیر ساختاری و نیازهای دلپسته‌مدار
جلسه پنجم	افزایش شناخت در مورد هیجان‌نازیرها و جنبه‌هایی از خود که هنوز به مالکیت شخص در نیامده‌اند، سپس یکپارچه ساختن و تلفیق نمودن این عناصر با تعاملات ارتباطی
جلسه ششم	ایجاد و افزایش پذیرش نسبت به تجربه‌ی پدیدار شونده‌ی هر یک از همسران توسط دیگری
جلسه هفتم	تسهیل ابراز نیازها خواسته‌ها و خلق درگیری هیجانی وقایع دلپسته سازی
جلسه هشتم	تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه‌ی ارتباطی
جلسه نهم	تثبیت و تقویت مواضع تازه و چرخه‌های نوین، پیرامون رفتارهای دلپسته‌مدار
جلسه دهم	بررسی احساسات ناتمام، توضیح و جمع بندی جلسات قبل، بازخورد اصلاحی، جمع بندی نهایی احساسات ناتمام
جلسه یازدهم	پس‌آزمون

جدول ۲. خلاصه بسته درمان هیجان مدار فردی

ردیف	خلاصه محتوا
جلسه اول	پیش آزمون، ایجاد راپورت و رابطه حسنه، معرفی و شرح حال گیری، مثلث هیجان - تفکر - بدن
جلسه دوم	شناسایی و معرفی هیجان‌ات پایه در فرد
جلسه سوم	ادامه شناسایی و معرفی هیجان‌ات پایه در فرد
جلسه چهارم	شناسایی صحنه های هیجان زامنی در مراجع و تجربه مجدد آن
جلسه پنجم	توضیح نقش زبان در ابراز و یا بازداری هیجانی و معرفی فن تاگشایی خاطره انگیز
جلسه ششم	ادامه توضیح نقش زبان در ابراز و یا بازداری هیجانی و معرفی فن تاگشایی خاطره انگیز
جلسه هفتم	معرفی هنرهای بیانگر و فراخوانی احساسات، سندلی خالی، نوشتن نامه
جلسه هشتم	توضیح ارتباط بین پردازشهای هیجانی، شناختی و بدنی
جلسه نهم	توضیح نمادسازی و به عمل در آوردن احساسات، فرایند نمادسازی و پیچیده کردن جملات با استفاده از استعاره ها، کنایه و تمثیل
جلسه دهم	بررسی احساسات ناتمام، توضیح و جمع بندی جلسات قبل، بازخورد اصلاحی، جمع بندی نهایی احساسات ناتمام
جلسه یازدهم	بررسی احساسات ناتمام، توضیح و جمع بندی جلسات قبل، بازخورد اصلاحی، جمع بندی نهایی احساسات ناتمام
جلسه دوازدهم	پس آزمون

نتایج

شرکت کننده دارای تحصیلات دیپلم و کارشناسی بودند (۶۳ درصد) و ۲۰ درصد زیردیپلم و ۱۶ درصد تحصیلات بالای کارشناسی داشتند.

در این پژوهش ۵۳ زن در سه گروه حضور داشت که میانگین سنی گروه هیجان مدار زوجی ۳۶/۴۳، هیجان مدار فردی ۳۷/۵۴ و گروه کنترل ۳۷/۶۴ بود. نتایج حاکی از این بود که بیشتر زنان در هر سه گروه مدت ازدواج کمتر از ۵ سال داشتند. بیشتر زنان

جدول ۳. آماره های توصیفی شدت علائم در سه گروه

زمان	هیجان مدار فردی		زوج درمانی هیجان مدار		کنترل	
	SD	M	SD	M	SD	M
پیش آزمون	۳/۶۷	۲۲/۰۰	۳/۷۲	۲۱/۷۱	۴/۷۱	۲۰/۷۹
پس آزمون	۳/۰۱	۱۲/۰۶	۲/۵۴	۱۱/۹۴	۵/۳۴	۲۰/۷۴
پیگیری	۳/۱۴	۱۰/۴۷	۳/۲۰	۹/۳۵	۳/۴۴	۱۹/۷۹

مفروضه های همگنی واریانس (آزمون لوین)، همگنی ماتریس کوواریانس در شدت علائم (آزمون ام باکس) و کرویت بارتلت (آزمون موخلی) مورد تایید قرار گرفت و استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بلا مانع بود.

شاخص های توصیفی مؤلفه های غربالگری شدت علائم برای گروه های هیجان مدار فردی، زوج درمانی هیجان مدار، و کنترل نشان داد که در هر دو گروه هیجان مدار فردی، و زوج درمانی هیجان مدار میانگین کاهش داشته است. همچنین گروه کنترل کاهش زیادی نشان نداد. در ادامه به نتایج تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر پرداخته می شود. شایان ذکر است که قبل از تحلیل،

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری با اندازه گیری مکرر (طرح یک بین-یک درون) در غربالگری شدت علائم

منبع اثر	SS	Df	MS	F	P	η^2
اثر بین گروهی	۴۱۹/۳۹	۲	۲۰۹/۶۹	۳۳/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷
خطای بین گروهی	۳۱۳/۱۵	۵۰	۶/۲۶			
اثر درون آزمودنی	۲۰۲۷/۶۳	۲	۱۰۱۳/۸۱	۸۴/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳
اثر تعامل گروه×زمان	۸۸۶/۷۲	۴	۲۲۱/۶۸	۱۸/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳
خطای درون آزمودنی	۱۱۹۴/۰۸	۱۰۰	۱۱/۹۴			

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در بین سه گروه در شدت علائم نشان داد که اثر درون آزمودنی (زمان) ($\eta^2=0/80$)، با ارزش $F_{2,49}=97/92$ ، $p=0/001$ و اثر متقابل زمان×گروه ($\eta^2=0/39$)، $F_{4,98}=15/70$ ، $p=0/001$ با ارزش $0/37$ معنادار است، بدین معنی که در طول زمان (از پیش آزمون به پس

آزمون و پیگیری) میانگین تغییر داشته اند و با توجه به معناداری اثر متقابل گروه×زمان کاهش شدت علائم حداقل در یکی از گروه ها و بیشتر رخ داده است.

جدول ۵. نتایج آزمون مقایسه بین سه مرحله اندازه گیری در غربالگری شدت علائم

منبع اثر	مقایسه	SS	df	MS	F	P	η^2
اثر درون آزمودنی	پیش آزمون با پس آزمون	۲۲۹۲/۷۱	۱	۲۲۹۲/۷۱	۸۱/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	پس آزمون با پیگیری	۱۵۴/۱۸	۱	۱۵۴/۱۸	۶/۲۵	۰/۰۲	۰/۱۱
اثر تعامل گروه×زمان	پیش آزمون با پس آزمون	۱۱۷۰/۹۴	۲	۵۸۵/۴۷	۲۰/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	پس آزمون با پیگیری	۲۴/۳۶	۲	۱۲/۱۸	۰/۴۹	۰/۶۱	۰/۰۲
خطای درون آزمودنی	پیش آزمون با پس آزمون	۱۴۰۶/۹۵	۵۰	۲۸/۱۴			
	پس آزمون با پیگیری	۱۲۳۳/۱۸	۵۰	۲۴/۶۶			

نتایج بدست آمده از مقابله ها نشان داد که بین پیش آزمون و پس آزمون در شدت علائم تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین بین پس آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت معنادار در طی زمان وجود داشت. با توجه به این یافته ها می توان گفت میانگین شدت علائم از پیش آزمون تا پس آزمون کاهش یافته است. اثر متقابل

گروه×زمان نیز از پیش آزمون به پس آزمون در شدت علائم معنادار بود. بدین معنی که شدت علائم در گروه های هیجان مدار فردی و زوج درمانی هیجان مدار در طی زمان نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری داشته اند.

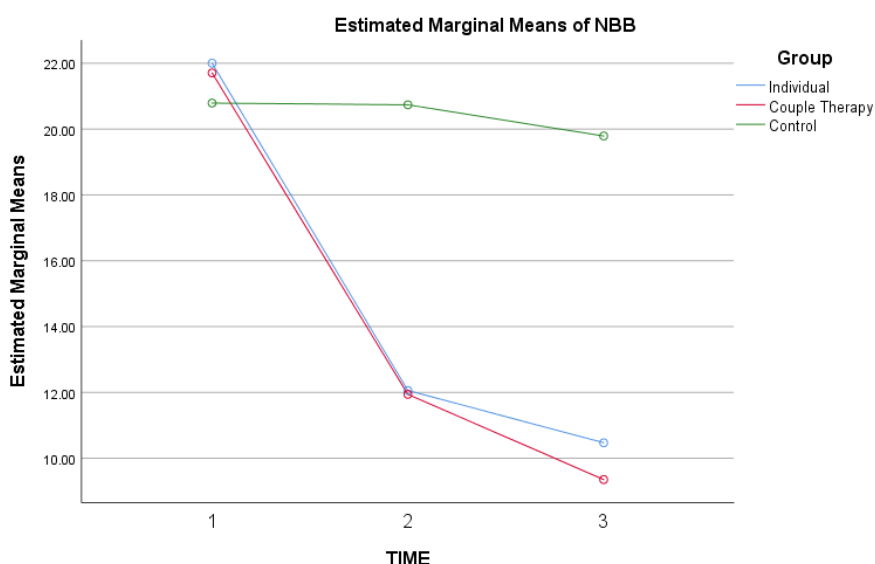
جدول ۶. نتایج تحلیل تعقیبی بونفرونی در طی سه مرحله اندازه گیری بین سه گروه در شدت علائم

گروه	MD	SD	P	حد پایین	حد بالا
------	----	----	---	----------	---------

۲/۶۴	-۱/۶۲	۱/۰۰	۰/۸۶	۰/۵۱	زوج درمانی هیجان مدار	هیجان مدار فردی
-۳/۵۳	-۷/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	-۵/۵۹۵۵*	کنترل	
-۴/۰۴	-۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	-۶/۱۰۵۳*	کنترل	زوج درمانی هیجان مدار

گروه کنترل داشتند بنابراین می توان نتیجه گرفت که این دو درمان بر روی این متغیر تاثیر معناداری داشته اند. در این متغیر تفاوت معناداری بین دو درمان مشاهده نشده است.

نتایج تحلیل تعقیبی بونفرونی در جدول ۶ گزارش شده است. با توجه به نتایج می توان گفت که در شدت علائم هر دو درمان هیجان مدار فردی و زوج درمانی هیجان مدار تفاوت معناداری با



نمودار ۱. میانگین شدت علائم در سه گروه در سه مرحله اندازه گیری

معنی دار و پایداری دارد اما در تاثیر دو مداخله زوجی و فردی تفاوت معنی داری یافت نشد.

در مقایسه تطبیقی تفاوت زوج درمانی و درمان فردی هیجان مدار بر روی شدت علائم پیش از قاعدگی یافته های این پژوهش با تحقیق (اشرو پرز، ۲۰۱۸) که به مقایسه مداخلات شناختی رفتاری به صورت زوج و فردی بر کاهش شدت علائم پیش از قاعدگی پرداخته بودند همسو است. یافته های مربوط به اثربخشی روان درمانی هیجان مدار به صورت زوج و فردی با اغلب

نمودار میانگین شدت علائم پیش از قاعدگی در سه مرحله اندازه گیری حاکی از کاهش میانگین در متغیر در گروه های هیجان مدار فردی و زوج درمانی هیجان مدار بود.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه تاثیر درمان هیجان مدار فردی و زوجی بر شدت علائم پیش از قاعدگی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی انجام شد. نتیجه نشان داد که درمان هیجان مدار فردی و زوج درمانی هیجان مدار بر شدت علائم پیش از قاعدگی تاثیر

درونی، مشکل تنظیم هیجان، پاسخ های ناسازگارانه، عدم مالکیت منابع و نیازهای رشد محور و سرکوبی جنبه های غیر قابل پذیرش تجربه و یا اجتناب از هیجانان دردناک، ناشی می شود و نیز هدف اصلی فرآیند درمان بر سازگاری با هیجان، تحمل هیجان و آشکارسازی هیجان متمرکز می شود (۳۴)؛ می توان گفت در جلسات درمانی راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلالات پیش از قاعدگی از طریق آگاهی و پذیرش هیجانان اجتناب شده، تحمل، اعتباربخشی و شناخت آنها تغییر کرده و پاسخ های هیجانی سالم و سازگارانه توسعه پیدا کرده اند. به عبارت دیگر تنظیم هیجان به عنوان یک وظیفه درمانی رشدی اساسی در درمان هیجان مدار (۲۵) بر کاهش شدت علائم و تاثیر علائم بر زندگی زنان مبتلا به اختلالات پیش از قاعدگی موثر بوده است. همچنین به نظر میرسد درمان هیجان مدار با استفاده از تکنیک های تجربی فن صندلی خالی و حل مسائل ناتمام فردی و بین فردی، تغییر دادن خاطرات آسیب زا و تقویت عاملیت فرد (۳۴) موجب تعدیل تاثیر تعاملات پیچیده ی تجربیات آسیب زای گذشته و چرخه تولید مثل شده و از این طریق بر کاهش شدت علائم پیش از قاعدگی موثر بوده است.

در تبیین نظری اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار می توان به این موضوع اشاره کرد از آن جا که در مطالعات بسیاری به تاثیر دوسویه و ارتباط اختلالات روانی و سازگاری و رضایت زناشویی اشاره شده (۳۵) و تاثیرات اختلالات بر زندگی معمولاً به شکل ناسازگاری و بد رفتاری با همسر، افت کار آیی شغلی، نمایان می شود، می توان اظهار کرد زوج درمانی هیجان مدار با خلق فضایی امن و چهارچوبی برای پرداختن به واکنش های هیجانی و فراخوانی رفتارهای همدلانه در شریک عاطفی، در تغییر هیجان های ناسازگار (۲۲) که اساس علائم روانی اختلالات پیش از قاعدگی است، تاثیر گذار بوده است. به عبارت دیگر در سایه مداخلات زوج درمانی، احساسات زیربنایی و ابراز نشده ی زوجین شناسایی شده، تسهیل تقاضای نیازهای دلبستگی مدار صورت گرفته و به دنبال معتبر و نرمال شمردن تجربه همسر از تغییرات پیش از قاعدگی،

دیدگاه های نظری مربوط به اختلالات پیش از قاعدگی که از بُعد چشم انداز روابط بین فردی، پریشانی پیش از قاعدگی را تبیین می کنند (۱۷) و مدل های زیستی روانی- اجتماعی که بر عوامل روانشناختی دخیل و مرتبط با اختلالات پیش از قاعدگی تاکید دارند (۲۰) همسو می باشد. همچنین یافته های مربوط به اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر شدت علائم و تاثیر علائم پیش از قاعدگی با پژوهش های کریمیان و همکاران (۱۶)، علی اکبری دهکردی و دهخدایی (۳۱)، کوال و جانسون (۳۲)، مطابقت دارد. اغلب آنان معتقدند حمایت و نگرش همسر، بافت ارتباطی، کیفیت رابطه و رضایت زناشویی در روند و شدت اختلالات روانشناختی و بیماری های مزمن تاثیر دارند. همچنین نتایج مربوط اثربخشی درمان هیجان مدار فردی بر شدت علائم پیش از قاعدگی نیز با پژوهش های کونولی زوبات و همکاران (۳۳) مبنی بر تاثیر درمان هیجان مدار بر اضطراب و افسردگی همسو بود.

در تبیین این یافته ها می توان به ریسک فاکتورها و عوامل روانشناختی دخیل در اختلالات پیش از قاعدگی اشاره کرد. زنان مبتلا به اختلالات پیش از قاعدگی به دلیل دشواری در تنظیم هیجان، تغییرات عاطفی ناشی از نوسانات هورمونی مربوط به چرخه قاعدگی را شدیدتر تجربه می کنند. همچنین زنان مبتلا، سطوح بالاتری از اضطراب، حساسیت و ترس از برانگیختگی نشان می دهند. داشتن نگاه پاتولوژیک به بدن و تجربه احساسات منفی و عدم پذیرش تغییرات پیش از قاعدگی (۱۷)، سوگیری توجه یا توجه متمرکز بر خود در پاسخ به احساس منفی که با بد تنظیمی هیجان مرتبط می باشد (۲۰) از جمله عواملی هستند که در شدت تجربه تغییرات و علائم پیش از قاعدگی شناخته شده اند. از طرف دیگر می توان بر نقش شریک عاطفی در تشدید یا تضعیف پریشانی پیش از قاعدگی و شیوه ی مقابله مردان به عنوان پیش بین قوی از علائم پیش از قاعدگی (۱۷) اشاره کرد.

اثربخشی درمان هیجان مدار بر شدت علائم، تاثیر علائم بر زندگی از چندین منظر قابل تفسیر و تبیین است: با توجه به اینکه در نظریه هیجان مدار، اختلال از یک مکانسیم مجزا ناشی نمی شود بلکه به دلایل مختلفی از جمله فقدان آگاهی یا اجتناب از تجارب

پیشنهاد می‌شود جهت افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، مشابه این پژوهش روی دختران مجرد و در دامنه سنی گسترده‌تر و دوره زمانی طولانی‌تر نیز تکرار گردد تا نتایج با پژوهش حاضر مقایسه شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آینده با مد نظر قرار دادن تفاوت‌های قومی و فرهنگی، شخصیتی اثرات این دوره‌های درمانی را مورد بررسی قرار دهند.

تشکر و قدردانی

نویسنده از اساتید راهنما و مشاور و تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

شدت و میزان علائم و تاثیر علائم بر زندگی کاهش پیدا کرده است.

درمان هیجان‌مدار با نگاه پدیداری به اختلالات سعی دارد با تجربه کنونی فرد برای شناسایی تعیین‌کننده‌های زیربنایی و تثبیت‌کننده‌های مشکل کار کند (۳۴) از این جهت می‌توان عنوان کرد، درمان‌های هیجان‌مدار فردی و زوج با هدف قراردادن مکانیسم‌های زیربنایی که ممکن است در اختلالات پیش از قاعدگی وجود داشته باشند بر کاهش شدت علائم پیش از قاعدگی موثر بوده‌اند.

استفاده از نمونه‌گیری غیرتصادفی در مرحله اول نمونه‌گیری مهمترین محدودیت این پژوهش بود. با توجه به نمونه انتخابی که شامل زنان متأهل در شهر تهران بود، در تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده جامعه پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت نمود؛

References

1. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PM, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(6).
2. El-Gizawy ZA, O'Brien PS. Premenstrual Syndrome. *Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynaecology*. 2018 Sep 24:663-71.
3. Ogebe O, Abdulmalik J, Bello-Mojeed MA, Holder N, Jones HA, Ogun OO, Omigbodun O. A comparison of the prevalence of premenstrual dysphoric disorder and comorbidities among adolescents in the United States of America and Nigeria. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2011 Dec 1;24(6):397-403.
4. Cao S, Jones M, Tooth L, Mishra G. Does premenstrual syndrome before pregnancy increase the risk of postpartum depression? Findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Jan 15; 279:143-8.
5. Cirillo PC, Passos RB, Bevilacqua MC, López JR, Nardi AE. Bipolar disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder comorbidity: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2012 Dec;34(4):467-79.
6. Qiao M, Zhang H, Liu H, Luo S, Wang T, Zhang J, Ji L. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*. 2012 May 1;162(1):83-6.
7. Reed SC, Levin FR, Evans SM. Alcohol increases impulsivity and abuse liability in heavy drinking women. *Experimental and clinical psychopharmacology*. 2012 Dec;20(6):454.
8. Kucukkelepce DS, Unver H, Nacar G, Tashan ST. The effects of acupressure and yoga for coping with premenstrual syndromes on premenstrual symptoms and quality of life. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2021 Feb 1; 42:101282.
9. Chandra-Mouli V, Patel SV. Mapping the knowledge and understanding of menarche, menstrual hygiene and menstrual health among adolescent girls in low-and middle-income countries. *Reproductive health*. 2017 Dec;14(1):1-6.
10. Ziolkiewicz A, Wichary S, Bochenek D, Pawlowski B, Jasienska G. Temperament and ovarian reproductive hormones in women: evidence from a study during the entire menstrual cycle. *Hormones and behavior*. 2012 Apr 1;61(4):535-40.

11. Wu M, Liang Y, Wang Q, Zhao Y, Zhou R. Emotion dysregulation of women with premenstrual syndrome. *Scientific reports*. 2016 Dec 6;6(1):1-0.
12. Rubinow DR, Smith MJ, Schenkel LA, Schmidt PJ, Dancer K. Facial emotion discrimination across the menstrual cycle in women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD) and controls. *Journal of affective disorders*. 2007 Dec 1;104(1-3):37-44.
13. Lin F, Han X, Wang Y, Ding W, Sun Y, Zhou Y, Lei H. Sex-specific effects of cigarette smoking on caudate and amygdala volume and resting-state functional connectivity. *Brain imaging and behavior*. 2021 Feb;15(1):1-3.
14. Hartlage SA, Freels S, Gotman N, Yonkers K. Criteria for premenstrual dysphoric disorder: secondary analyses of relevant data sets. *Archives of general psychiatry*. 2012 Mar 5;69(3):300-5.
15. Sut HK, Mestogullari E. Effect of premenstrual syndrome on work-related quality of life in Turkish nurses. *Safety and health at work*. 2016 Mar 1;7(1):78-82.
16. Karimian Kakolaki Z, Mazloomi mohmoodabad S S, Gerayllo S, Heidari F, Motaghi B, Sharifi F. Path Analysis to Determine the Relationship Between Marital Dissatisfaction, Premenstrual Syndrome and Emotional Dimension of Quality of Life in Women. *JCHR*. 2018; 7 (3) :140-146
17. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodriguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *Journal of continuing education in the health professions*. 2014 Jan;34(1):4-12.
18. Wyatt KM, Dimmock PW, Frischer M, Jones PW, O'Brien SP. Prescribing patterns in premenstrual syndrome. *BMC women's health*. 2002 Dec;2(1):1-8.
19. Peters W, Freeman MP, Kim S, Cohen LS, Joffe H. Treatment of premenstrual breakthrough of depression with adjunctive oral contraceptive pills compared with placebo. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2017 Oct 1;37(5):609-14.
20. Craner JR, Sigmon ST, Martinson AA, McGillicuddy ML. Premenstrual disorders and rumination. *Journal of clinical psychology*. 2014 Jan;70(1):32-47.
21. Ivanova I, Watson J. Emotion-focused therapy for eating disorders: enhancing emotional processing. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2014 Oct 2;13(4):278-93.
22. Johnson SM, Hunsley J, Greenberg L, Schindler D. Emotionally focused couple's therapy: Status and challenges. *Clinical psychology: Science and practice*. 1999 Mar;6(1):67-79.
23. Feng C, Becker B, Huang W, Wu X, Eickhoff SB, Chen T. Neural substrates of the emotion-word and emotional counting Stroop tasks in healthy and clinical populations: A meta-analysis of functional brain imaging studies. *NeuroImage*. 2018 Jun 1; 173:258-74.
24. Pos AE, Greenberg LS, Elliott R. Experiential therapy. *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice*. 2008 Mar 28:80-122.
25. Greenberg LS. Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2017 Apr 3;16(2):106-17.
26. Timulak L, McElvaney J, Keogh D, Martin E, Clare P, Chepukova E, Greenberg LS. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*. 2017 Dec;54(4):361.
27. Greenberg LJ, Warwar SH, Malcolm WM. Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*. 2008 Apr;55(2):185.
28. Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health*, 6(3), 203-209.
29. Yen, J.-Y., Chang, S.-J., Long, C.-Y., Tang, T.-C., Chen, C.-C., & Yen, C.-F. (2012). Working memory deficit in premenstrual dysphoric disorder and its associations with difficulty in concentrating and irritability. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 540-545.
30. Siahbazi Sh, Hariri FH, Montazeri A, Moghaddam Banaem L. Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). *Payesh*. 2011; 10 (4) :421-427
31. Dehkordi A, Dehkhodaei S. The effectiveness of emotion-based relationship enrichment training based on emotion-based approach on psychosocial adjustment and social health of married women with multiple sclerosis. *Social Psychology Research*. 2020; 10 (38): 101-116.
32. Kowal J, Johnson SM, Lee A. Chronic illness in couples: A case for emotionally focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003 Jul;29(3):299-310.
33. Connolly-Zubot A, Timulak L, Hession N, Coleman N. Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast

- cancer. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2020 Jun;50(2):113-22.
34. Greenberg LS, Goldman RN. *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association; 2019.
35. Emran A, Iqbal N, Dar IA. 'Silencing the Self' and Women's Mental Health Problems: A Narrative Review. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020 Jun 5:102197.

Original Article

Comparison of the effect of individual and couple Emotion Focused Therapy on the severity of premenstrual symptoms on Women with premenstrual Disorders

Received: 21/06/2021 - Accepted: 22/08/2021

Neda Javadi ¹
Shirin Kooshki ^{2*}
Fatemeh Golshani ³
Anita Baghdasarians ⁴

¹ Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

² Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

³ Assistant Professor, Department of General Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: sh.kooshki@iauctb.ac.ir

Abstract

Introduction: Most women experience one of the symptoms of PMS and these symptoms affect the quality of life and relationships of women in the family, workplace and community. The aim of this study was to investigate the effect of individual and couple Emotion Focused Therapy on the severity of premenstrual symptoms.

Methods: The research design was quasi-experimental pre-test and post-test with three experimental groups and control group. The statistical population of the study consisted of all married women in Tehran. From this population, 54 people were selected as a statistical sample by the available method and randomly replaced in three groups (two experimental groups and one control group). The required findings were collected using the Premenstrual Syndrome Questionnaire (Steiner et al., 2003) in three rounds: pre-test, post-test and follow-up test, and using repeated measures analysis of variance test Was analyzed.

Results: The results showed that the mean severity of premenstrual symptoms in individual and couple Emotion Focused Therapy groups decreased compared to the pretest and the results of repeated measures analysis of variance showed that the effect of therapies on The reduction in the severity of premenstrual symptoms was significant and stable ($p \leq 0.001$) and the results of comparing individual and couple Emotion Focused Therapy showed that there was no significant difference between individual and couple Emotion Focused Therapy approaches.

Conclusion: Considering the effectiveness of individual and couple Emotion Focused Therapy, this approach can be used as one of the intervention methods by marriage counselors and family therapists.

Keywords: Emotion Focused Therapy, Couples Therapy, Premenstrual Syndrome