MEJDS. 2020; 10:76.

Published online 2020 May. **Research Article**

Cognitive-Behavioral Stress Management Therapy on Premenstrual Syndrome Symptoms and Alexithymia in Students

Khaneghahi S[1], Kalantari M[2],* Sajjadian I[3], Neshatdoost HT[4]

Author Address
1. PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran;
2. Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran;
3. Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran;
4. Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** i.sajjadian@khuisf.ac.ir

Received: 2019 December 21; **Accepted:** 2019 February 21

Abstract

Background & Objectives: Premenstrual syndrome is among the most prevalent disorders in reproductive age, which significantly disrupts women's lives. Thus, it is necessary to explore this issue further. Females with premenstrual syndrome have to cope with numerous biopsychological; accordingly, some stress–coping approaches could improve these people's ability to reduce stress and adapt to stressful situations. One of these approaches is Cognitive–Behavioral Stress Management (CBSM) therapy that includes cognitive–behavioral therapy, coping skills training, techniques for improving social support, and training various relaxation techniques, like meditation. Previous studies supported the effectiveness of CBSM therapy on promoting various negative psychological symptoms, such as depression, anxiety, and stress. Therefore, this study aimed to evaluate the effects of CBSM therapy on premenstrual syndrome symptoms and alexithymia.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a one–month follow–up, as well as a control group design. The study population consisted of students living in Iran Zamin females dormitory in Zahedan City, Iran, in October 2017 (N=115 people). In total, 83 subjects were selected using a targeted sampling method (based on the study inclusion criteria). The premenstrual syndrome scale was presented during two consecutive monthly cycles for diagnosis purposes; only 67 people received a diagnosis of the premenstrual syndrome. Finally, after implementing the alexithymia questionnaire as a pretest and a screening test, scores higher than the average (≥61), and examining the study inclusion criteria, 26 people were selected as the final sample. Then, they were randomly assigned to two identical groups of test and control (each including 13 people). The study inclusion criteria were obtaining average to severe levels (scores 33 to 96) on both questionnaires, having a minimum age of 18–40 years, having at least a diploma degree, not having any specific biopsychological conditions, not taking any hormonal and psychiatric drugs, having regular menstrual cycles, and providing consent forms to participate in the study. After selecting the study subjects, the study purpose was explained to them to observe ethical considerations. Besides, they were assured that the information relating to them would remain completely confidential. The experimental group received 10 sessions of the CBSM therapy with a mean time of 120–150 minutes (two sessions per week); however, the control group received no interventions. The Delara Premenstrual Syndrome Scale and the Bagby Toronto Alexithymia Scale (TAS) were used to collecting data. The obtained data were analyzed in SPSS using a repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) at α=0.05.

Results: The mean and standard deviation age of the experimental and control groups were 26.15±5.713 and 28±6.311 years, respectively. Furthermore, 8(61.5%) subjects in the experimental group and 6 (46.2%) in the control group had undergraduate degrees, 5 (38.5%) individuals in the experimental group and 6 (46.2%) in the control group had master's degrees, and only 1 (7.7%) person in the control group had a doctorate. The pretest scores of psycho–behavioral and physical symptoms of premenstrual syndrome and alexithymia in the experimental group significantly decreased after receiving the CBSM therapy, compared to the controls (p<0.001). Such a decrease in the mean scores of the intervention group over time indicated the effectiveness of this intervention on improving the psycho–behavioral and physical symptoms of premenstrual syndrome and alexithymia.

Conclusion: The obtained data suggested the effectiveness of CBSM therapy on reducing the premenstrual syndrome symptoms and alexithymia in students. Thus, CBSM therapy is an effective intervention to reduce the biopsychological symptoms of premenstrual syndrome and alexithymia. Therefore, due to drug complications and drug dependence in these women, it is recommended that this intervention be used for people with this syndrome by referring them to counseling and psychological centers.

Keywords: Cognitive–Behavioral stress management therapy, Premenstrual syndrome, Alexithymia, Students with premenstrual syndrome.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.61.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۷۶.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری بر علائم سندرم پیش از قاعدگی و ناگویی خلقی‌ـ هیجانی در دانشجویان

سوفیا خانقاهی[۱]، مهرداد کلانتری[۲]، *ایلناز سجادیان[۳]، حمیدطاهر نشاط‌دوست[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛

۲. استاد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۳. استادیار روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛

۴. استاد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** i.sajjadian@khuisf.ac.ir

تاریخ دریافت: ۳۰ آذر ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۲ اسفند ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: به‌دلیل مواجههٔ افراد دارای سندرم پیش از قاعدگی با مشکلات متعدد روان‌شناختی و جسمی، هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری بر علائم سندرم پیش از قاعدگی و ناگویی خلقی‌ـ هیجانی بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر آزمایشی از نوع نیمه‌تجربی، به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعهٔ آماری را تمامی دانشجویان ساکن در خوابگاه ایران‌زمین شهر زاهدان در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. بدین‌منظور ۸۳ نفر به‌روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. سپس ۲۶ نفر که نمرهٔ بیشتری را در پرسش‌نامهٔ سنجش علائم سندرم پیش از قاعدگی و ناگویی خلقی‌ـ هیجانی کسب کردند، به‌صورت تصادفی در دو گروه یکسان آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایشی به‌مدت ده جلسهٔ ۱۲۰ تا ۱۵۰ دقیقه‌ای تحت درمان مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری قرار گرفت؛ اما گروه گواه هیچ‌مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامهٔ سنجش علائم سندرم پیش از قاعدگی دل‌آرا و ناگویی خلقی‌ـ هیجانی بگبی (TAS) استفاده شد. داده‌های به‌دست‌آمده با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ و روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و سطح معناداری (α=۰/۰۵) بررسی شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که نمرات پیش‌آزمون علائم روحی‌ـ رفتاری و جسمی سندرم پیش از قاعدگی و علائم ناگویی خلقی‌ـ هیجانی گروه آزمایش پس از آموزش مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری، درمقایسه با گروه گواه به‌صورت معناداری کاهش یافته است (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های این مطالعه، آموزش مداخلهٔ مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش علائم روحی‌ـ رفتاری و جسمی سندرم پیش از قاعدگی و ناگویی خلقی‌ـ هیجانی دانشجویان دارای سندرم پیش از قاعدگی مؤثر واقع شده است.

کلیدواژه‌ها: درمان مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری، سندرم پیش از قاعدگی، ناگویی خلقی‌ـ هیجانی، دانشجویان دارای سندرم پیش از قاعدگی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.61.0]

۱ مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی[1]، تجربهٔ برخی علائم جسمی و روانی به‌صورت دوره‌ای است که تنها در طول فاز لوتئال چرخهٔ قاعدگی در چند روز آغاز قاعدگی مشاهده می‌شود و در پاره‌ای از زنان بسیار ناتوان‌کننده بوده و با عملکرد شغلی و اجتماعی و روابط خانوادگی آنان تداخل می‌یابد (۱). این سندرم به‌گروهی از علائم فیزیکی، شناختی، عاطفی و رفتاری اطلاق می‌شود. علائم جسمی مانند تورم، حساسیت پستان‌ها، سردرد، تغییرات مرتبط با اشتها و تپش قلب و علائم روحی و رفتاری شامل افسردگی، تحریک‌پذیری، خستگی، تمایل به خودکشی و نوسانات خلقی و غیره است (۲). همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که فراوانی علائم پیش از قاعدگی، زیاد و حدود ۸۰تا۹۰درصد افراد است.

DSM-5، شکل شدید سندرم پیش از قاعدگی را به‌عنوان اختلال ملال پیش از قاعدگی[2] تعریف کرده است (۳). سندرم پیش از قاعدگی به‌عنوان اختلالی روان‌تنی، شباهت بسیار زیادی با افسردگی اساسی دارد. یکی از بیماری‌هایی که ممکن بوده با سندرم پیش از قاعدگی همراه شود، ناگویی خلقی‌ـ هیجانی یا الکسی‌تایمیا[3] است (۴). باتوجه به اینکه در افراد مبتلا به الکسی‌تایمیا نیز سطح درخورتوجهی از اضطراب، افسردگی، تنش روانی و علائم و آشفتگی‌های عاطفی‌جسمی گزارش شده، می‌توان گفت که الکسی‌تایمیا به‌احتمال زیادی با سندرم پیش از قاعدگی همراه است؛ اما مطالعات بیشتری برای تعیین نقش احتمالی ناگویی خلقی‌ـ هیجانی در آسیب‌شناسی سندرم پیش از قاعدگی لازم است (۵). الکسی‌تایمیا واژه‌ای یونانی بوده که به‌معنای نبود واژه برای ابراز هیجان تعریف می‌شود. این اصطلاح برای اولین‌بار توسط سیفنئوس[4] در سال ۱۹۷۳ استفاده شد (۶) که به توصیف افراد فاقد توانایی برقراری ارتباطات احساسی و تخیل محدود، می‌پردازد. شیوع آن در جمعیت عمومی نسبتاً کم و در حدود ۱۰ درصد گزارش شده است (۷).

باتوجه به فراوانی علائم مرتبط با افسردگی و اضطراب و استرس در سندرم پیش از قاعدگی و الکسی‌تایمیا، برخی رویکردهای کنارآمدن با استرس می‌تواند توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌زا افزایش دهد (۸). مداخلهٔ شناختی‌ـ رفتاری مدیریت استرس، به‌عنوان یکی از این رویکردها، مداخلهٔ گروهی است که درمان شناختی‌ـ رفتاری، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، تکنیک‌های بهبود حمایت اجتماعی و آموزش تکنیک‌های مختلف آرام‌سازی، ازجمله مراقبهٔ ذهن را در بر می‌گیرد (۹). درمان شناختی‌ـ رفتاری مدیریت استرس از اساس نظری قوی برخوردار بوده و مطالعات متعدد تأثیر آن را در کاهش افسردگی، تحریک‌پذیری (۱۰)، اضطراب و استرس (۱۱) تأیید کرده‌اند. با این حال در مطالعات خارجی به تأثیر این مداخله در کاهش علائم PMS توجهی نشده است و بیشتر، درمان شناختی‌ـ رفتاری را مدنظر قرار داده‌اند. برای مثال هانتر و همکاران، در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی‌ـ رفتاری مداخله‌ای مؤثر در کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی است (۱۲). بلک و همکاران به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی‌ـ رفتاری روشی مؤثر در کاهش و بهبود علائم روانی و جسمی و اختلال عملکرد زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی می‌باشد (۱۳). در ایران نیز آرمند و طلایی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری را در بهبود مشکلات روان‌شناختی و علائم جسمی سندرم پیش از قاعدگی تأیید کردند (۸). مطالعهٔ میرزایی و همکاران نیز مشخص کرد که مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری می‌تواند در بهبود افسردگی و تحریک‌پذیری PMS مؤثر باشد (۱۴). در کاهش علائم مرتبط با الکسی‌تایمیا مطالعه‌ای یافت نشد که اثربخشی مداخلهٔ مدیریت استرس را بر آن بررسی نماید. تنها در پژوهش سعیدی، حاتمی، عسگری، احدی و پورشریفی اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر الکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به درد مزمن ارزیابی شد که نشان داد این درمان بر الکسی‌تایمیا و شدت درد در بیماران مؤثر بوده و موجب کاهش علائم مرتبط با الکسی‌تایمیا در بیماران شده است (۱۵).

باتوجه به پیامدهای منفی سندرم پیش از قاعدگی بر ابعاد مختلف زندگی فرد و همراهی آن با ناگویی خلقی‌ـ هیجانی، آموزش مداخلات روان‌شناختی و مشاوره‌ای در این زمینه ضروری به‌نظر رسید؛ بنابراین باتوجه به حساسیت سندرم پیش از قاعدگی و عوارض فراوان آن بر افراد و خانوادهٔ آنان و نیز کمبود مطالعات انجام‌شده در زمینهٔ اثربخشی درمان مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری بر علائم سندرم و به‌خصوص ناگویی خلقی‌ـ هیجانی، مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی و ناگویی خلقی‌ـ هیجانی طرح‌ریزی و انجام شد.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش آزمایشی از نوع نیمه‌تجربی و طرح آن به‌صورت دو گروهی (گروه مداخله و گروه گواه) همراه با سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه بود. متغیر مستقل، مداخلهٔ مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری و به‌روش گروهی بود که تنها در گروه مداخله اعمال گردید و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون در مبتلایان گروه مداخله بررسی شد. سپس نمرات حاصل با گروه گواه مقایسه گردید. جامعهٔ مطالعه‌شده دانشجویان ساکن در خوابگاه دخترانهٔ ایران‌زمین شهر زاهدان در مهر ماه ۱۳۹۶ بودند که جمعیتی حدود ۱۱۵ نفر را در بر گرفت. از این بین ۸۳ نفر به‌روش نمونه‌گیری هدف‌مند و براساس ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب شدند. پرسش‌نامهٔ سندرم پیش از قاعدگی طی دو سیکل متوالی ماهیانه جهت تشخیص ارائه شد و تنها ۶۷ نفر تشخیص سندرم پیش از قاعدگی را دریافت کردند. درنهایت پس از اجرای پرسش‌نامهٔ ناگویی خلقی‌ـ هیجانی به‌عنوان پیش‌آزمون و غربالگری و کسب نمرهٔ بیشتر از متوسط (۶۱ و بیشتر) (۱۶) و نیز بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه، ۲۶ نفر به‌عنوان نمونهٔ نهایی گزینش شدند. سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه یکسان (هر کدام ۱۳ نفر) قرار گرفتند. در ادامه

[1]. Premenstrual Syndrome
[2]. Premenstrual Dysphoric Disorder
[3]. Alexithymia
[4]. Sifneos

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.61.0]

به‌طور تصادفی یکی از گروه‌ها به‌عنوان گروه آزمایش و دیگری به‌عنوان گروه گواه انتخاب شد. ملاک‌های ورد به تحقیق شامل کسب نمرات متوسط تا شدید (۳۳تا۹۶) براساس هر دو پرسش‌نامه، داشتن سن بین ۱۸تا۴۰ سال، سواد حداقل دیپلم، مبتلانبودن به بیماری‌های روانی و جسمی خاص، مصرف‌نکردن هرگونه داروی هورمونی و روان‌پزشکی، سیکل قاعدگی منظم و موافقت جهت شرکت در مطالعه بود. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان هدف از مطالعه توضیح و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به‌صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و آنان مختار خواهند بود در هر مرحله که بخواهند از مطالعه خارج شوند. گروه آزمایش درمان مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری را به‌مدت ده جلسه با میانگین زمانی ۱۲۰تا۱۵۰ دقیقه و امکان برگزاری دو جلسه در هفته دریافت کرد (جدول ۱).

ابزار ارزشیابی، پرسش‌نامهٔ سنجش علائم نشانگان پیش از قاعدگی و پرسش‌نامهٔ ناگویی خلقی‌ـ هیجانی تورنتو بود. پرسش‌نامهٔ سندرم پیش از قاعدگی توسط دل‌آرا و همکاران ساخته شد. این پرسش‌نامه شامل ۳۲ سؤال است و دو بعد را در بر می‌گیرد. بعد اول با ۱۹ سؤال علائم روحی‌ـ رفتاری و بعد دوم با ۱۳ سؤال علائم جسمی را اندازه‌گیری می‌کند. شیوهٔ نمره‌دهی آن براساس طیف لیکرت چهارگزینه‌ای است؛ بدون علامت=۰، خفیف=۱، متوسط=۲ و شدید =۳. نمرات حاصل از سنجش این پرسش‌نامه به‌صورت، ۱تا۳۲ (خفیف) و ۳۳تا۶۴ (در حد متوسط) و ۶۵تا۹۶ (در حد شدید) دسته‌بندی می‌شود. در پژوهش دل‌آرا و همکاران، مقادیر نسبت و شاخص روایی محتوا برای نسخهٔ اصلی پرسش‌نامه به‌ترتیب برابر ۰/۷۸ و ۰/۹۰ بود. همچنین برای پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که مقدار آن برای عامل اول و دوم به‌ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۷۹ گزارش شد (۱۷). پرسش‌نامهٔ دیگری که در این تحقیق به‌کار رفت، پرسش‌نامهٔ نارسایی هیجانی تورنتو بود که توسط بگبی[1] و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شد. شامل ۲۰ سؤال است که با مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ یک (کاملاً مخالف) تا نمرهٔ پنج (کاملاً موافق) پاسخ داده می‌شود و سه بعد ناتوانی در شناسایی احساسات و ناتوانی در توصیف احساسات و سبک تفکر عینی را در بر می‌گیرد. اعتبار درونی پرسش‌نامه در پژوهش پارکر و همکاران ۸۵تا۸۶درصد گزارش شد (۱۶). نسخهٔ فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط بشارت و همکاران اعتباریابی شد و ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به‌ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به‌دست آمد که نشانهٔ همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در نمونه‌ای ۶۷نفری در دو نوبت با فاصلهٔ چهار هفته از ۰/۷۰تا۰/۷۷ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد (۱۸). داده‌های به‌دست‌آمده با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ و روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند و از سطح معناداری (α=۰/۰۵) جهت بررسی نتایج آزمون‌ها استفاده گردید.

جدول ۱. عناوین و موضوعات درمان مدیریت استرس و آرمیدگی به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری

جلسه	موضوع
اول	آشنایی و معارفهٔ اعضا، ارائهٔ ساختار جلسات، پیامدهای استرس مزمن، تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی شانزده گروه ماهیچه‌ای.
دوم	معرفی سندرم پیش از قاعدگی، تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی هشت گروه ماهیچه‌ای، توضیح مثلث شناختی، تعیین رابطهٔ افکار با هیجانات تجربه‌شده در طول چرخهٔ قاعدگی زنان، شرح مثلث شناختی بک و نظریهٔ الیس، تمرین تصویرسازی: افکار هیجانات و حس‌های بدنی.
سوم	اهمیت تنفس در مدیریت استرس، تمرین تصویرسازی (ساحل یا رودخانه)، تمرین قدرت فکر، آشنایی با فرآیند ارزیابی و گام‌های آن، تبدیل تنفس اختیاری.
چهارم	تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل همراه با تصویرسازی مکان خاص، آشنایی با خطاهای شناختی، بررسی زیربنایی افکار براساس نظریهٔ الیس.
پنجم	تمرین آرمیدگی خودزاد، شناسایی خودگویی‌های غیرمنطقی و شرح چگونگی جایگزینی افکار و خودگویی منطقی به‌جای آن.
ششم	تمرین دیگر انواع آرمیدگی خودزاد، آشنایی با روش‌های مقابله‌ای.
هفتم	معرفی گام‌های مقابله‌ای مؤثر و انجام تمرین مقابله‌ای کارآمد، تبدیل آرمیدگی خودزاد به‌علاوهٔ تصویرسازی بصری و خودالقایی مثبت.
هشتم	معرفی مراقبه (مانترا)، تعریف «خشم» به‌همراه سبک‌های ابراز خشم و چگونگی مدیریت آن.
نهم	مراقبهٔ شمارش تنفس، تعیین سبک‌های بین‌فردی و چگونگی جایگزینی پاسخ‌های ابرازگرانه.
دهم	حمایت اجتماعی، ارزیابی‌های شناختی در ارتباط با دیگران و اصلاح آن، مرور مطالب جلسات پیشین، آماده‌سازی اعضا جهت حفظ و تثبیت مهارت‌ها در زندگی آتی و شرح مجدد تمرینات آرمیدگی.

[1]. Bagby

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.61.0]

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر دانشجویان دارای سندرم پیش از قاعدگی با گسترهٔ سنی ۱۸تا۴۰ سال بودند. میانگین و انحرف معیار سنی گروه آزمایش ۵/۷۱۳±۲۶/۱۵ و گروه گواه ۶/۳۱۱ ±۲۸ و وضعیت تحصیلی داشتن سواد حداقل دیپلم بود؛ بنابراین هشت نفر (۶۱/۵درصد) از آزمودنی‌های گروه آزمایش و شش نفر (۴۶/۲درصد) از گروه گواه در سطح کارشناسی، پنج نفر (۳۸/۵درصد) از گروه آزمایش و شش نفر (۴۶/۲درصد) از گروه گواه در سطح کارشناسی‌ارشد و تنها یک‌نفر (۷/۷درصد) از گروه گواه در سطح دکترا قرار داشتند. نتایج مربوط به شاخص‌های توصیفی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرها در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری (تعداد=۱۳ نفر در هر گروه)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم روحی_ رفتاری	آزمایش	۳۹/۰۷	۳/۴۶۹	۲۵/۶۱	۳/۰۱۴	۲۲/۴۶	۳/۰۱۷
	گواه	۴۰/۶۹	۲/۶۱۸	۳۸/۷۶	۲/۲۰۴	۴۴/۲۳	۳/۲۱۸
علائم جسمی	آزمایش	۲۳/۳۸	۱/۶۷۴	۱۶/۳۰	۳/۳۷۶	۱۳/۱۵	۲/۰۷۵
	گواه	۲۳/۵۷	۲/۷۲۲	۲۱/۶۹	۳/۰۱۰	۲۶/۰۷	۲/۱۳۹
نمرهٔ کلی سندرم پیش از قاعدگی	آزمایش	۶۲/۴۶	۴/۲۳۰	۴۱/۹۲	۴/۸۵۵	۲۳/۶۱	۲/۸۱۴
	گواه	۶۴/۲۶	۴/۰۸۰	۶۰/۴۶	۳/۹۰۷	۷۰/۳۰	۳/۹۰۲
ناتوانی در شناسایی احساسات	آزمایش	۲۹/۸۴	۲/۱۱۵	۲۱/۳۰	۲/۲۱۳	۱۸	۲/۲۳۶
	گواه	۲۸/۶۹	۲/۴۹۶	۲۶/۲۳	۱/۹۲۱	۲۹/۶۹	۲/۰۹۷
ناتوانی در بیان احساسات	آزمایش	۲۰/۳۸	۱/۸۵۰	۱۵/۵۳	۱/۸۰۸	۱۴/۰۷	۲/۰۱۹
	گواه	۱۹/۴۶	۱/۸۹۸	۱۷/۶۱	۲/۹۰۲	۱۹/۶۱	۱/۸۵۰
سبک تفکر عینی	آزمایش	۳۰/۳۰	۲/۱۳۶	۲۲/۰۷	۳/۶۳۹	۱۹/۹۲	۴/۱۱۲
	گواه	۲۹/۳۸	۴/۳۸۸	۲۴/۲۳	۲/۸۳۲	۳۲	۳/۰۲۷
نمرهٔ کلی ناگویی خلقی_ هیجانی	آزمایش	۸۰/۵۳	۴/۶۱۱	۵۸/۹۲	۴/۴۴۳	۵۲	۴/۴۱۵
	گواه	۷۷/۵۳	۵/۶۵۱	۶۸/۰۷	۴/۳۸۶	۸۱/۳۰	۴/۹۸۹

برطبق جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات در نمرهٔ کلی سندرم پیش از قاعدگی و ابعاد آن و همچنین نمرهٔ کلی ناگویی خلقی_ هیجانی و ابعاد آن در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش، کاهش بیشتری درمقایسه با گروه گواه داشته است. در مراحل بعدی این موضوع بررسی شد که این کاهش به‌قدری است که از نظر آماری معنادار باشد؛ بنابراین جهت ارزیابی تفاوت میانگین‌ها، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نیازمند رعایت پیش‌فرض‌هایی است. یکی از این پیش‌فرض‌ها، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها بود. جهت بررسی این پیش‌فرض از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون در تمامی متغیرها تأیید گردید.

پیش‌فرض برابری کوواریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون ام‌باکس بررسی شد. ارزیابی نتایج این آزمون برای نمرهٔ کلی سندرم پیش از قاعدگی و ابعاد آن (علائم روحی_ رفتاری و علائم جسمی)، نشان داد که این آزمون غیرمعنادار است ($p>۰/۰۵$) و این فرض تأیید می‌شود. برای ناتوانی در شناسایی احساسات و ناتوانی در بیان احساسات نیز مقدار معناداری این آزمون ($p>۰/۰۵$) گزارش شد که فرض برابری کوواریانس‌ها دربارهٔ آن تأیید گردید. تنها در نمرهٔ کلی ناگویی خلقی_ هیجانی و سبک تفکر عینی، نتایج این آزمون ($p<۰/۰۰۱$) بود که باتوجه به برابری تعداد دو گروه می‌توان از بررسی این مفروضه برای این دو متغیر عبور کرد. درنهایت پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌های نمرات در دو گروه با استفاده از آزمون ماخلی بررسی شد. باتوجه به سطح معناداری کرویت‌ماخلی ($p>۰/۰۵$)، مفروضهٔ کرویت‌ماخلی برای تمامی ابعاد سندرم پیش از قاعدگی و ناگویی خلقی_ هیجانی برقرار بود.

باتوجه به جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که در متغیر علائم روحی_ رفتاری و علائم جسمی و نمرهٔ کلی سندرم پیش از قاعدگی، اثر اصلی زمان ($p<۰/۰۰۱$) و اثر اصلی گروه ($p<۰/۰۰۱$) و اثر متقابل زمان و گروه ($p<۰/۰۰۱$) به‌لحاظ آماری معنادار بوده است. اندازهٔ اثر، اثر اصلی گروه برای علائم روحی_ رفتاری، علائم جسمی و نمرهٔ کلی سندرم پیش از قاعدگی به‌ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۴ و ۰/۹۱ بوده که نشان داد به‌ترتیب ۸۹ و ۷۴ و ۹۱درصد از تغییرهای این متغیرها، ناشی‌از تغییرهای گروهی و به‌ترتیب ۷۶ و ۵۷ و ۸۱درصد از تغییرهای این متغیرها، ناشی‌از اثرات زمان است. درنهایت ۸۲ و ۷۰ و ۸۷درصد از تغییرهای متغیرهای ذکرشده به‌ترتیب، ناشی‌از تعامل زمان و گروه بیان می‌شود. نتایج این آزمون نشان داد که روند کاهشی معنادار میانگین‌ها در گروه مداخله در طول زمان و غیرکاهشی آن در گروه گواه، حاکی‌از

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.61.0]

تأثیر اثربخش مداخله در بهبود علائم روحی‌ـ رفتاری و جسمی سندرم پیش از قاعدگی است.

در متغیر ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در بیان احساسات، سبک تفکر عینی و نمرهٔ کلی ناگویی خلقی‌ـ هیجانی اثر اصلی زمان ($p<۰/۰۰۱$) و اثر اصلی گروه ($p<۰/۰۰۱$) و اثر متقابل زمان و گروه ($p<۰/۰۰۱$) به‌لحاظ آماری معنادار بود. اندازهٔ اثر، اثر اصلی گروه برای ناتوانی در شناسایی احساسات، ناتوانی در بیان احساسات، سبک تفکر عینی و نمرهٔ کلی ناگویی خلقی‌ـ هیجانی به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۴۹، ۰/۴۸ و ۰/۷۷ بوده که نشان داد به‌ترتیب ۷۱، ۴۹، ۴۸ و ۷۷درصد از تغییرهای این متغیرها، ناشی‌از تغییرهای گروهی و به‌ترتیب ۷۹، ۴۵، ۵۶ و ۸۰درصد از تغییرهای این متغیرها، ناشی‌از اثرات زمان است. درنهایت ۷۹، ۳۸، ۵۷ و ۸۰درصد از تغییرهای متغیرهای ذکرشده به‌ترتیب، ناشی‌از تعامل زمان و گروه بیان می‌شود. نتایج این آزمون نشان داد که روند کاهشی معنادار میانگین‌ها در گروه مداخله در طول زمان و غیرکاهشی آن در گروه گواه، حاکی‌از تأثیر اثربخش مداخله در بهبود علائم ناگویی خلقی‌ـ هیجانی است.

جدول ۳. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییرها	F	مقدار p	اندازهٔ اثر
علائم روحی‌ـ رفتاری	اثر گروه	۱۹۹/۵۹۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۳
	اثر زمان	۷۶/۷۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۶۲
	اثر متقابل زمان و گروه	۱۱۴/۰۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۶
علائم جسمی	اثر گروه	۷۱/۰۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۷
	اثر زمان	۳۲/۸۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۸
	اثر متقابل زمان و گروه	۵۷/۰۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۴
نمرهٔ کلی سندرم پیش از قاعدگی	اثر گروه	۲۴۸/۹۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۲
	اثر زمان	۱۰۲/۶۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۱
	اثر متقابل زمان و گروه	۱۶۰/۴۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۷۰
ناتوانی در شناسایی احساسات	اثر گروه	۵۹/۵۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۳
	اثر زمان	۹۱/۶۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۳
	اثر متقابل زمان و گروه	۹۵/۱۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۹
ناتوانی در بیان احساسات	اثر گروه	۲۳/۷۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۷
	اثر زمان	۱۹/۹۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۴
	اثر متقابل زمان و گروه	۱۵/۰۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۶
سبک تفکر عینی	اثر گروه	۲۲/۸۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۸
	اثر زمان	۳۱/۲۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۶
	اثر متقابل زمان و گروه	۳۱/۹۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
نمرهٔ کلی ناگویی خلقی‌ـ هیجانی	اثر گروه	۸۴/۳۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۸
	اثر زمان	۹۷/۴۷۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۰۲
	اثر متقابل زمان و گروه	۹۶/۱۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۰۰

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری بر علائم سندرم پیش از قاعدگی و ناگویی خلقی‌ـ هیجانی در دانشجویان دارای سندرم پیش از قاعدگی بود. یافته‌ها نشان داد که مداخلهٔ مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری منجربه کاهش علائم روحی‌ـ رفتاری و جسمی دانشجویان دارای سندرم پیش از قاعدگی شده است. این نتیجه با تحقیقات هانتر و همکاران (۱۲) و بلاک و همکاران (۱۳) مبنی‌بر تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری در کاهش و بهبود علائم روانی و جسمی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی همسوست. در پژوهش‌های ذکرشده تنها مداخلهٔ شناختی‌ـ رفتاری مدنظر قرار گرفته است؛ اما باتوجه به اینکه مدیریت استرس در زمرهٔ درمان‌های شناختی‌ـ رفتاری بوده، نتایج این پژوهش‌ها در راستای یافتهٔ پژوهش حاضر قرار داده شد. همچنین نتایج پژوهش حاضر با مطالعهٔ آرمند و طلایی (۸) و میرزایی و همکاران (۱۴) همسوست؛ مبنی‌بر اینکه آموزش مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری در بهبود افسردگی و تحریک‌پذیری PMS مؤثر واقع شده است. در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت که براساس نظریهٔ شناختی‌ـ رفتاری، افکار ناخودآگاه و اختلالات شناختی منجربه افسردگی و استرس می‌شوند. علائم سندرم پیش از قاعدگی نیز ممکن است با چرخهٔ نادرست افکار منفی (مانند خلق‌وخوی ضعیف و اعتمادبه‌نفس کم و خودکنترلی ضعیف) که زنان در مرحلهٔ پیش‌قاعدگی تجربه کرده، آغاز و تشدید شود (۱۹). راهکارهای درمان شناختی‌ـ رفتاری ازجمله چالش با افکار و نگرش‌های خودآیند منفی و بازسازی شناخت‌ها و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.61.0]

باورهای فرد، میزان استرس را کاهش می‌دهد؛ این امر می‌تواند باعث کاهش افسردگی ناشی‌از تلقی PMS به‌عنوان بیماری ناتوان‌کننده شود. ازآن‌جاکه در مدیریت استرس نیز به‌عنوان یکی از درمان‌های شناختی‌ـ رفتاری، هدف، مدیریت زمان و تشویق افراد به افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و برنامه‌ریزی فعالیت‌هایی است که منجربه افزایش موفقیت‌های روزمره می‌شود، خلق‌وخوی افراد به‌طور درخورتوجهی بهبود می‌یابد. به‌طورکلی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس علاوه‌بر تعدیل سطح احساسات و عواطف درونی سبب جلب حمایت اجتماعی و کاهش مشکلات روانی می‌شود (۸).

اثربخشی مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری را در بهبود علائم جسمانی سندرم پیش از قاعدگی می‌توان باتوجه به نقش استرس به‌عنوان عاملی تأثیرگذار در پیدایش دردهای جسمانی تبیین کرد. جدا از اینکه افراد مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، در دوران پیش از قاعدگی خود ناخواسته علائم جسمانی شدیدی را تجربه می‌کنند، یکی از دلایل تشدیدکنندهٔ این علائم، استرس است. استرس موجب تغییرات هورمونی بسیاری می‌شود که می‌تواند مستقیم یا غیرمستقیم، این‌گونه دردهای جسمانی را تشدید کند (۲۰). همچنین در پژوهش حاضر تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی انجام پذیرفت. باورهای غیرمنطقی افراد به چالش کشیده شد و توضیحاتی بیان گردید مبنی‌بر اینکه این باورها می‌توانند موجب استرس و پس از آن تشدید علائم جسمانی شوند. تکنیک‌های دیگری مانند تن‌آرامی و تنفس عمیق آموزش داده شد که سبب کاهش استرس می‌شوند؛ تمامی این تکنیک‌ها توانست سبب کاهش و حتی بهبود علائم جسمانی شود.

یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر نیز حاکی‌از این بود که مداخلهٔ مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری منجربه کاهش علائم ناگویی خلقی‌ـ هیجانی دانشجویان دارای سندرم پیش از قاعدگی شده است. تاکنون پژوهشی یافت نشد که اثربخشی مداخلهٔ مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری را بر ناگویی خلقی‌ـ هیجانی بررسی کند. با این حال می‌توان یافتهٔ پژوهش حاضر را با پژوهش سعیدی و همکاران (۱۵) مبنی‌بر اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر الکسی‌تایمیا و شدت درد در بیماران همسو دانست. در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر مبنی‌بر تأثیر مداخلهٔ مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش ناگویی خلقی‌ـ هیجانی و مؤلفه‌های آن، نتایج تحقیقات نشان دادند که به‌طورکلی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر بهبود عملکرد ساختارهایی از مغز که در بازشناسی هیجان دخیل بوده، به‌طور معناداری مؤثر است. هینتون و همکاران نشان دادند که اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری را در افزایش ظرفیت تنظیم هیجان می‌توان به تونوس عصب واگ نسبت داد. در حقیقت در افرادی که دورهٔ درمان شناختی‌ـ رفتاری را طی می‌کنند، ظرفیت تنظیم هیجان افزایش می‌یابد. این بهبود توانایی تنظیم هیجان ازطریق تنظیم تونوس عصب واگ تعدیل می‌شود که در برگرداندن تمرکز از محرک منفی به محرک مثبت دارای نقش است (۲۱). باتوجه به اینکه ناگویی خلقی‌ـ هیجانی با اضطراب و افسردگی همراه است، اثربخشی مداخلهٔ مدیریت استرس را بر کاهش ناگویی خلقی‌ـ هیجانی و به‌زعم آن اضطراب و افسردگی، می‌توان باتوجه به راهکارهای شناختی و رفتاری درنظرگرفته‌شده در مدیریت استرس تبیین نمود. با کمک راهبردهای رفتاری مدیریت استرس ازقبیل تن‌آرامی و آرامش عضلانی که موجب تقویت فعالیت سیستم پاراسمپاتیک می‌شود و فنون شناختی که به بیمار کمک می‌کند تا افکار منفی و غیرمنطقی را شناسایی و تفکرات مثبت منطقی و طرحواره‌های ذهنی امیدبخش را جایگزین کند، افراد یاد می‌گیرند که درقبال احساسات خود آگاهی پیدا کرده و هیجان‌های منفی خویش مانند ناراحتی و غمگینی یا عصبانیت را کنترل کنند. آموزش مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری، بازسازی شناخت‌ها و باورهای فرد دربارهٔ بیماری خود و تقویت باورهای مثبت و امیدبخش در بیماران و نیز کاهش میزان استرس را به‌همراه خواهد داشت؛ این امر می‌تواند موجب کاهش اضطراب و افسردگی ناشی‌از تلقی بیماری به‌عنوان بیماری ناتوان‌کنندهٔ مزمن شود (۲۲). محدودیت‌های پژوهش حاضر، نمونهٔ زنان دارای سندرم پیش از قاعدگی و دورهٔ پیگیری یک‌ماهه و کمبود پژوهش در زمینهٔ اثربخشی مداخلهٔ مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری بر ناگویی خلقی‌ـ هیجانی بود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی، نمونه‌های بالینی و غیربالینی دیگر و دوره‌های پیگیری در مدت سه و شش ماه برای بررسی پایداری اثر درمان در نظر گرفته شود. همچنین به بررسی این مداخله در ناگویی خلقی‌ـ هیجانی توجه بیشتری مبذول گردد تا تعمیم‌پذیری بهتری صورت گیرد و تبیین مناسب‌تری ارائه شود. باتوجه به اثربخشی مداخلهٔ مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری و باتوجه به عوارض دارویی و وابستگی دارویی در زنان مبتلا، توصیه می‌شود این مداخله برای افراد دارای این سندرم، ازطریق معرفی به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به اینکه در پژوهش حاضر اثربخشی درمان مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی و ناگویی خلقی‌ـ هیجانی در دانشجویان به‌تأیید رسید، نتیجه گرفته شد که مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌ـ رفتاری مداخله‌ای مؤثر جهت کاهش علائم جسمی و روان‌شناختی سندرم پیش از قاعدگی و ناگویی خلقی‌ـ هیجانی بوده است.

۶ تشکر و قدردانی

به این وسیله از تمامی کسانی که محقق را در انجام این پژوهش یاری کردند، به‌ویژه مسئولان محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان و خوابگاه دخترانهٔ ایران‌زمین و نیز تمامی دانشجویانی که در روند اجرای پژوهش صمیمانه محقق را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.61.0]

References

1. Ramezani Tehra F, Hashemi S, Robab Allameh M. Prevalence of premenstrual syndrome and some of its relative factors in reproductive age. The Horizon of Medical Sciences. 2012;18(3):121–7. [Persian] http://hms.gmu.ac.ir/article-1-1129-en.pdf
2. Ramezanpour F, Bahri N, Bagheri L, Fathi Najafi T. Incidence and severity of premenstrual syndrome and its relationship with social and demographic characteristics among students' college, Gonabad – 2013. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2015;18(170.169):21–8. [Persian] doi: 10.22038/ijogi.2015.6130
3. Takeda T, Imoto Y, Nagasawa H, Takeshita A, Shiina M. Stress fracture and premenstrual syndrome in Japanese adolescent athletes: a cross-sectional study. BMJ Open. 2016;6(10):e013103. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013103
4. Alpaslan AH, Avcı K, Soylu N, Taş HU. Association between premenstrual syndrome and alexithymia among Turkish University students. Gynecol Endocrinol. 2014;30(5):377–80. doi: 10.3109/09513590.2014.887066
5. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Carano A, Pelusi L, et al. Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2005;26(4):257–64. doi: 10.1080/01674820500109081
6. Shin M-K, Eom JY. Study on the Alexithymia and Anger in the Korean College Students. In: Healthcare and Nursing Conference [Internet]. 2015, p:189–95. http://onlinepresent.org/proceedings/vol116_2015/38.pdf
7. Shah P, Hall R, Catmur C, Bird G. Alexithymia, not autism, is associated with impaired interoception. Cortex. 2016;81:215–20. doi: 10.1016/j.cortex.2016.03.021
8. 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] doi: 10.22038/ijogi.2012.5663
9. McGregor BA, Dolan ED, Murphy KM, Sannes TS, Highland KB, Albano DL, et al. Cognitive behavioral stress management for healthy women at risk for breast cancer: a novel application of a proven intervention. Ann Behav Med. 2015;49(6):873–84. doi: 10.1007/s12160-015-9726-z
10. Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, Boyers AE, Culver JL, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. Health Psychol. 2001;20(1):20–32. doi: 10.1037//0278-6133.20.1.20
11. Lopez C, Antoni M, Penedo F, Weiss D, Cruess S, Segotas M-C, et al. A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. J Psychosom Res. 2011;70(4):328–34. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.11.010
12. 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;23(3):193–9. doi: 10.3109/01674820209074672
13. Blake F, Salkovskis P, Gath D, Day A, Garrod A. Cognitive therapy for premenstrual syndrome: a controlled trial. J Psychosom Res. 1998;45(4):307–18. doi: 10.1016/s0022-3999(98)00042-7
14. Mirzaei F, Neshatdoost HT, Jabal Ameli SH, Darekordi A, Kazerani F. Efficacy of cognitive-behavioral stress management on depression and irritability of women with premenstrual syndrome: A Short report. J Rafsanjan Uni Med Sci. 2013;12(1):79–86. [Persian] http://journal.rums.ac.ir/article-1-1671-en.pdf
15. Saedi S, Hatami M, Asgari P, Ahadi H, Poursharifi H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on alexithymia and pain self-efficacy of patients with chronic pain. International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2016;5(11):277–84.
16. Parker JDA, Shaughnessy PA, Wood LM, Majeski SA, Eastabrook JM. Cross-cultural alexithymia: validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in North American aboriginal populations. J Psychosom Res. 2005;58(1):83–8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.06.003
17. Delara M, Ghofranipour F, Azad Fallah P, Tavafian SS, Kazemnejad A, Koshki M. Development and psychometric testing of a scale for premenstrual syndrome in high school adolescents of Sabzevar in 2011. J North Khorasan Uni Med Sci. 2012;3(4):55–62. [Persian] doi: 10.29252/jnkums.3.4.55
18. Besharat MA, Granmaye Pour S, Pour Naghdali A, Ofoghi Z, Habib Nezhad M, Aghaei Sabet SS. Relationship between alexithymia and interpersonal problems: Moderating effect of attachment styles. Contemporary Psychology. 2014;9(1):3–16. [Persian] http://bjcp.ir/article-1-489-en.pdf
19. Maddineshat M, Keyvanloo S, Lashkardoost H, Arki M, Tabatabaeichehr M. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS) . Iran J Psychiatry. 2016;11(1):30–6.
20. Mirzaei F, Neshat Doost HT, Mahani K, Jabal Ameli S, Mehrollahi T. The effect of cognitive-behavioral stress management on anxiety and somatic symptoms of women with premenstrual syndrome. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017;12(46):61–71. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533808_e38ccbccffa3d1fe4b636c8a08ccf6a9.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.61.0]

21. Hinton DE, Hofmann SG, Pitman RK, Pollack MH, Barlow DH. The panic attack-posttraumatic stress disorder model: applicability to orthostatic panic among Cambodian refugees. Cogn Behav Ther. 2008;37(2):101–16. doi: 10.1080/16506070801969062
22. Hamid N. Effects of stress management training on glycemic control in women with type 2 diabetes. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2011;13(4):346–53. http://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-992-fa.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2025-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.61.0]