

The Effect of Anger Management Skills Training on Semi Clinical Symptoms of Premenstrual Dysphoric Syndrome

Seyede Sedighe Mousavi Kia¹, Zolfaghar Abyar^{2,*}, Saeid Ahmadi Nasrabad Sofla³, Narges Zamani⁴

¹ MSc in Counseling, Eeducation office of Kahrizak, Tehran, Iran

² Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

³ MSc of Family Counseling, Education Office of Margoos, Margoos, Iran

⁴ Young Researchers and Elite Club, Hamedan Branch of Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

* **Corresponding Author:** Zolfaghar Abyar, Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch of Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Tel: +98-9177416812, E-mail: z.abayar68@gmail.com

Received: 2016/11/7

Accepted: 2016/12/25

Online Published: 2017/03/6

Abstract

Introduction: Premenstrual Syndrome is a complex of physical, mental and emotional symptoms headed by depression, anxiety and aggressive behaviors. Therefore, this study aimed to evaluate the effectiveness of anger management skills on the symptoms of premenstrual syndrome among the seventh grade girls.

Materials and Methods: In a single study tested a multiple baseline, the treatment processes were performed on four teen girls of seventh and eighth graders at before, during and after the intervention. The scale of intervention were mental distress (SUDs, 1966), depression Inventory second edition (BDI-II, 2008), Beck anxiety Inventory (BAI, 1992) and Barratt Impulsiveness scale (BIS, 1994). For objectifying of the rate of recovery; percent formula of improvement was applied. AO was the Questionnaire scores measured at baseline, A1 the same score in the last session and% Δ is the rate of their change.

Results: Our results have shown that anger management skills training can improve in subjective units of distress scale life skills. About the variable of depression score, the first participant is lower than the rest and the overall improvement in the subjects was 43%. About anxiety scale, the greatest impact were seen in second, third and fourth subjects respectively. In first subject effectiveness of anger management was not statistically significant. But in impulsivity; all four subjects were showed significant effectiveness.

Conclusions: Although the current study lacked a control group, but the findings of this study indicated on the generalizability of these findings to risky behaviors. Finally, it seems that life skills training is an effective method, but to further evaluation of its effectiveness, more studies by control group are necessary.

Keywords: Depression, Anxiety, Anger Management, Risky Behaviors

©2017 Deputy of Research and Technology of Baqiyatallah Hospital

بررسی تأثیر آموزش مهارت مدیریت خشم بر علایم نیمه بالینی سندرم ملال پیش از قاعدگی

سیده صدیقه موسوی کیا^۱، ذوالفقار آبیاری^{۲*}، سعید احمدی نصرآباد سفلی^۳، نرگس زمانی^۴

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره، آموزش و پرورش منطقه کهریزک، تهران، ایران

^۲ گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۳ کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، اداره آموزش و پرورش شهرستان مارگون، مارگون، ایران

^۴ دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: ذوالفقار آبیاری، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران. تلفن:

+۹۸۹۱۷۷۴۱۶۸۱۲، ایمیل: z.abyar68@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۵/۸/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۵ انتشار آنلاین: ۱۳۹۵/۱۲/۱۶

چکیده

مقدمه: سندرم پیش از قاعدگی مجموعه‌ای بزرگ از علائم جسمی، روحی و هیجانی است که در رأس آن افسردگی، اضطراب و رفتارهای پرخاشگرانه قرار دارند. لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مهارت مدیریت خشم بر این علایم در دختران کلاس هفتم مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در یک بررسی تک موردی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه، فرایند درمان بر روی چهار دختر نوجوان کلاس هفتم و هشتم به صورت پیش از مداخله، حین مداخله و پس از مداخله انجام گرفت. داده‌های به دست آمده با استفاده از مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی (SUDs, 1996)، پرسشنامه ویرایش دوم افسردگی (BDI-II, 2008)، پرسشنامه اضطراب بک (BAI, 1992) و مقیاس تکانشگری بارت (BIS, 1994) ارزیابی شدند، برای عینی‌سازی میزان بهبودی از فرمول درصد بهبودی استفاده شد. AO نمره پرسشنامه مورد سنجش در خط پایه، A1 نمره همان پرسشنامه در جلسه آخر و A٪ میزان تغییرات آن است.

یافته‌ها: نتایج ما نشان داد آموزش مهارت مدیریت خشم منجر به بهبودی آزمودنی‌ها در واحدهای ذهنی ناراحتی در هر ۴ آزمودنی تا حد ۵۰٪ می‌گردد. در متغیر نمره افسردگی، آزمودنی اول پایین‌تر از بقیه بود و میزان بهبودی کلی در آزمودنی‌ها ۴۳٪ بود. در متغیر اضطراب، در آزمودنی‌های دوم، سوم و چهارم به ترتیب از بیشترین تا کمترین تأثیر بهبودی دیده شد. اثربخشی مدیریت خشم در آزمودنی اول معنادار نبود. اما در متغیر تکانشگری نیز در هر ۴ آزمودنی اثربخشی معنادار دیده شد.

نتیجه‌گیری: هرچند که این مطالعه فاقد گروه کنترل بود، اما یافته‌های پژوهش حاضر دلالت بر تعمیم‌پذیری بالای یافته‌های مربوط به رفتارهای مخاطره‌آمیز داشت. در نهایت می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی، روش درمانی موثری بوده، اما برای بررسی بیشتر اثربخشی آن، مطالعات ارزیابی کنترل شده در جهت رسیدن به نتیجه قطعی لازم است.

کلمات کلیدی: افسردگی، اضطراب، مدیریت خشم، رفتارهای مخاطره آمیز

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

کشمکش در خانواده، کاهش دوام خانواده، قطع ارتباط بین اعضای خانواده و در نتیجه کاهش شرکت خانواده در مسائل خانوادگی و اجتماعی می‌شود [۵].

اختلالات خلقی، گروهی از اختلالات بالینی است که در آن فرد رنج و غذایی عظیم می‌کشد [۶]. مشخصه اصلی آن احساس تسلط از بین رفته بر روی پیوستاری از نوسانات خلقی است [۷]. از جمله مهمترین اختلالات خلقی که به صورت بحرانی روبه افزایش است اختلالات افسردگی و اضطرابی هستند که طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در رأس فهرست بیماریهای روانی قرار دارند و حدود ۲۵ درصد از آمار مراجعان به مراکز بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهند [۸].

افسردگی، دومین اختلال رایج روانشناختی است که نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به آن مبتلا هستند [۷] و تا سال ۲۰۱۰ دومین بیماری پرهزینه در تمام جهان شناخته شد، در حالیکه در سال ۱۹۹۰ در رده چهارم قرار داشت [۹]. طبق آمارهای موجود، شیوع اختلال افسردگی عمده حدود ۷ درصد است که در زنان ۳ برابر مردان است [۱۰]. انواع خفیف‌تر افسردگی که ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی را دارا نمی‌باشند و بسیار رایج‌تر از اختلال افسردگی اساسی است که منجر به کاهش عملکرد اجتماعی و جسمانی فرد می‌شود. اما برغم شیوع بالا، این نوع افسردگی که در مبتلایان به سندرم ملال پیش از قاعدگی بسیار بالاتر از زمان‌های دیگر است کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است [۱۱].

اختلالات اضطرابی نیز، از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در جمعیت عمومی هستند [۱۲]. بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود ۱۰۰ میلیون اروپایی [۶] و ۱۹ میلیون آمریکایی از این اختلال رنج می‌برند [۱۳]. بررسی‌های جدید نشان می‌دهد که شیوع این اختلال به گونه‌ای بحرانی افزایش یافته است [۱۴] و ۸ درصد کلیه بیماران روانی سرپایی، مبتلا به این اختلال هستند [۹]. حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد افراد در مرحله‌ای از زندگی خود به اختلالاتی دچار می‌شوند که با اضطراب ارتباط دارد [۱۱]. در نتیجه، اختلالات اضطرابی بار سنگینی بر دوش جامعه و فرد تحمیل کرده و دوره آن بیشتر از سایر مشکلات روانی طول می‌کشد و می‌تواند به اندازه یک بیماری فیزیکی فلج کننده باشد [۱۵].

تکانه، اصرار و میل شدید به انجام یک عمل در پاسخ به یک محرک ذهنی یا بیرونی است و تکانشگری، طیف گسترده‌ای از رفتارهایی است که روی آن کمتر تفکر شده، به صورت رشدنیافته برای دستیابی به یک پاداش یا لذت بروز می‌کنند، از خطر بالایی برخوردارند، و همچنین پیامدهای ناخواسته قابل توجهی را در پی دارند [۱۶].

مسائل جنسی، تولید مثل و سیستم باروری در فرهنگ ما همواره واکنش‌های احساسی را بدنبال دارند. زنان از پزشکان ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی این انتظار را دارند که هم به جنبه‌های فیزیکی و هم به جنبه‌های روان‌شناختی سلامتی آنها توجه داشته باشند. اگرچه در مائمی و بیماری‌های زنان غالباً کمتر از حد لازم از مشاوره روانپزشکی استفاده می‌شود، اما ارتباط متقابل روانپزشکی و تخصص‌های مائمی سابقه‌ای دیرینه دارد [۱]. اولین بار فرانک در سال ۱۹۳۱ سندرم پیش از قاعدگی (PMS: Premenstrual Syndrome) را تعریف کرد. او با بکار بردن اصطلاح کنش پیش از قاعدگی و افزایش فعالیت صرع در اواخر مرحله لوتئال در گروهی از زنان مبتلا به اختلالات صرعی که با آغاز شدن خونریزی قاعدگی رو به بهبودی می‌رفتند، شهرت پیدا کرد [۲].

سندرم ملال پیش از قاعدگی بیماری است که ۸۰-۳۰٪ خانم‌ها را با علائم خفیف و ۱۰-۲٪ آن‌ها را به طور کامل مبتلا می‌سازد. علائم بیماری به صورت تغییرات خلقی (خلق افسرده، احساس ناامیدی، اضطراب، تنش، تزلزل حالت عاطفی، خشم و برافروختگی)، علائم رفتاری (کاهش علاقه به فعالیت‌های معمول، اشکال در تمرکز، کاهش انرژی و خستگی زودرس، تغییرات عادات غذایی، تغییرات خواب) و علائم جسمی (مثل دردناک شدن پستان‌ها، ورم، سردرد، درد عضلات و افزایش وزن) خود را نشان می‌دهد. این علائم در اواخر فاز زرده‌ای دوره ماهیانه شدت می‌یابند و حداکثر در هفته اول پس از قاعدگی رفع می‌گردند و طی دوره‌های مختلف قاعدگی این علائم تکرار شده و منجر به مختل شدن کار، تحصیل و یا فعالیت‌های اجتماعی فرد می‌گردد [۳].

این سندرم، سبب اختلال در ارتباطات، مختل شدن فعالیت‌های طبیعی، کم تحرکی، بی‌انگیزگی و کاهش دقت در انجام کارهای فرد می‌شود در صورتی که شدت علائم و نشانه‌های آن زیاد باشد شیوه زندگی، آسایش و سلامت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این سندروم به عنوان یک بیماری می‌تواند سبب ایجاد تغییراتی در مشخصات فردی و رفتاری زنان گردد. نتیجه این تغییر رفتار تأثیر مهمی بر عملکرد خانواده دارد [۳، ۴]. این اختلال در نوجوانان و زنان جوان شایع‌تر از گروه‌های سنی دیگر است، به طوری‌که منبع اضطراب برای بیماران و خانواده‌هایشان می‌گردد [۵]. تغییرات رفتاری و خلقی در این دوره منجر به احساس تنهایی آنها و انزوا از خانواده و اجتماع می‌گردد و همین احساس تنهایی منجر به احساس افسردگی در این افراد می‌گردد. درواقع، این اثرات شامل ناسازگاری با همسر، بدرفتاری با فرزند و انجام رفتارهای جنائی است. همچنین اثرات منفی عود کننده آن باعث افزایش

اختلالات نوجوانی بررسی کند انجام نشده بود، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت مدیریت خشم بر علائم نیمه بالینی خلقی و رفتاری دختران کلاس هفتم مبتلا به سندرم ملال پیش از قاعدگی انجام گرفته گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش با بهره‌گیری از طرح تجربی تک موردی انجام گرفت، جامعه پژوهش شامل دانش‌آموزان کلاس هفتم در نیمسال ۹۶-۱۳۹۵ بود که از این تعداد ۵ نفر از دانش‌آموزان کلاس هفتم به روش نمونه‌گیری تصادفی مبتنی بر ملاک ورود به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند که طبق گفته‌های والدین و معلم در دوره قاعدگی دچار اختلالات افسردگی و اضطرابی و اختلالات تکانشی بالاتر از متوسط می‌شدند به طوریکه همواره زیر نظر پزشک معالج درمان می‌گرفتند. این ۵ داوطلب شرکت در این پژوهش که با توجه به ملاکهای شمول و حذف پژوهش انتخاب شدند و در نهایت با توجه به غیبت بیش از ۲ جلسه یکی از آزمودنی‌ها به ۴ نفر تقلیل یافتند.

ملاک‌های ورود شامل، مقطع کلاس هفتم، عدم اختلالات افسردگی و اضطرابی و درمان‌های روانپزشکی بود. این افراد معیارهای یک بیماری روانی دیگر همراه با سندرم ملال پیش از قاعدگی را نداشتند، در طی مدت انجام مداخله و آموزش مهارت‌ها، اختلالات عاطفی و هیجانی ناگهانی کنترل شد. پس از تشریح اهداف پژوهش و قدردانی از مشارکت آزمودنی‌ها، ابزارهای پژوهش شامل مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی، پرسشنامه ویرایش دوم افسردگی، پرسشنامه اضطراب بک و مقیاس تکانشگری بارت را در سه نوبت پیش از مداخله، حین مداخله و پس از مداخله تکمیل کردند.

هنگامیکه خطوط پایه با شیب نسبتاً ثابت برای هر ۴ آزمودنی در مورد ابزارهای فوق تشکیل شد، درمان توسط درمانگر به روش گروهی آغاز گردید و آزمودنی‌ها پس از هر جلسه درمان آزمون‌های مربوط به همان جلسه را به منظور سیر پیشرفت درمان تکمیل کردند.

برای اجرای مداخلات اخلاقی در پژوهش حاضر، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روانشناسی ایران و آمریکا و سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس، مؤلفه‌های زیر در مورد تمامی بیماران شرکت کننده در پژوهش (در هر یک از مراحل پژوهش) رعایت شد: (۱) احترام به اصل رازداری؛ (۲) ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت کننده؛ (۳) کسب رضایت نامه کتبی به منظور شرکت در درمان، گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ (۴) پیگیری درمانی در صورت لزوم حتی پس از پایان پژوهش؛ (۵) ارائه اطلاعات لازم در مورد ماهیت پژوهش و اطمینان بخشی بابت محرمانه بودن

هر چند نشان دادن نمونه‌هایی از رفتارهای تکانشی به نظر ساده می‌رسد، اما تعریف دقیق پدیده تکانشگری دشوار است، چرا که اختلاف نظرهای بسیاری در تکانشی یا غیرتکانشی خواندن یک رفتار وجود دارد و نکته پیچیده در بررسی رفتارهای تکانشی تنوع عللی است که می‌تواند بروز یک رفتار تکانشی را در پی داشته باشند. از ۴۰ سال پیش تلاش‌های زیادی برای تشریح تجربی ساختار تکانشگری انجام شده است و برای این مفهوم تعاریف گوناگونی ارائه شده است. برخی از این تعاریف شامل رفتار انسان بدون تفکر کافی، عمل غریزه بدون توسل به مهار ایگو و عمل سریع ذهن بدون دوراندیشی و قضاوت هوشیار می‌باشد [۱۷]. تکانشگری همچنین ممکن است به معنی انجام عمل با کمترین تفکر نسبت به رفتارهای آینده یا عمل کردن بر پایه افکاری که بهترین گزینه فرد یا دیگران نمی‌باشد در نظر گرفته شود. همچنین، تکانشگری هسته اصلی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند مصرف مواد، قماربازی بیمارگونه، اختلال شخصیت و دست زدن به اقدامات پرخاشجویانه است که هر سال موجب از میان رفتن زمان و سرمایه در بسیاری از کشورها می‌شود [۱۶].

با توجه به اینکه زنان نیمی از جامعه را فراگرفته‌اند، که تعدادی از این گروه تازه به بلوغ رسیده و دچار اختلال سندرم ملال پیش از قاعدگی می‌باشد لذا نیاز به آموزش‌های لازم برای کنترل رفتار خود دارند و با توجه به اینکه عمده مشکل این افراد، رفتارهای پرخاشگرانه بوده است، آموزش مهارت مدیریت خشم گزینه مناسبی به نظر می‌رسید. این مداخله برای افرادی است که در زمینه مدیریت خشم از مهارت‌های لازم برخوردار نیستند و در آن آرام سازی، تغییر خودگویی‌های منفی، حل مشکل، ایجاد تغییر در محیط و ابزار خشم به شیوه سازگارانه آموزش داده می‌شود [۱۸].

نتایج پژوهش‌های متعددی از جمله پژوهش ایرلند [۱۹] که بر روی زندانیان انجام گرفت نشان داد، آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر کنترل خشم زندانیان مؤثر است و پژوهش لائوسون [۲۰] که بر روی سربازان آمریکایی شرکت کننده صورت گرفت نشان داد سربازانی که تحت آموزش مهارت‌های مدیریت خشم قرار داشتند، در کنترل تکانه مقاومتر از سایر افراد بوده و خشم‌های انفجاری پایینتری نسبت به سایرین دارد و پژوهش Joe و همکاران نیز نشانگر اثربخشی این درمان بر کاهش ارتکاب به خشونت خانوادگی است [۲۱].

با توجه به اینکه یافتن شیوه‌های درمان کوتاه‌مدت کارا و مؤثر از جمله ضرورت‌های عصر کنونی است و شیوه‌های آموزش گروهی مهارت‌های مدیریت خشم جزو درمان‌های کوتاه‌مدت به شمار می‌آید و چون تاکنون بنا بر یافته‌های ما، مطالعه‌ای که مهارت‌های مدیریت خشم را به صورت فردی بر نوجوانان و

قمری گیوی به فارسی برگردانده شده است. ضریب همبستگی این آزمون با مؤلفه‌های فیزیولوژیکی ۰/۸۹ بدست آمده است [۲۴].

مقیاس تکانشگری بارت: این پرسشنامه، ابزار مناسبی برای سنجش انواع رفتارهای تکانشی می‌باشد. نسخه یازدهم این پرسش‌نامه توسط پروفسور ارنست بارت در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ پرسش چهارگزینه‌ای می‌باشد، که سه عامل تکانشگری شناختی (شامل گرفتن تصمیم‌های شناختی) تکانشگری حرکتی (شامل عمل کردن بدون فکر می‌باشد) و بی‌برنامگی (به صورت جهت‌یابی آنی یا فقدان آینده‌نگری مشخص می‌شود) را ارزیابی می‌کند. ساختار پرسش‌های گردآوری شده، نشان‌دهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب زده و فقدان دوران‌دیشی است و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است [۲۶]. این پرسشنامه همبستگی مثبت و معنیداری با پرسش‌نامه تکانشگری آیزنک دارد و این امر نشان‌دهنده روایی ملاکی است. ترجمه فارسی مقیاس تکانشگری بارت که توسط اختیاری و همکاران در سال ۱۳۸۷ صورت گرفته و از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی است [۲۷]. میزان پایایی به دست آمده در این بررسی ۰/۸۳ است که از یافته‌های گزارش شده توسط بارت و همکاران [۲۶] در نسخه انگلیسی (۰/۸۱) و نسخه‌های دیگر مانند نسخه ایتالیایی (۰/۷۹) بهتر بوده است و ضریب آلفای کرونباخ نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۸۳ برآورده شده است [۲۸].

روند اجرای پژوهش

کاربندی آموزش در پژوهش حاضر، اجرای ۶ جلسه درمان گروهی، مهارت زندگی مدیریت خشم بود که به صورت هفته‌ای ۳ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. آموزش مدیریت خشم، طبق پروتکل آموزشی دکتر فتی، موتابی، محمدخانی و کاظم زاده عطوفی بود که برای دانشجویان برگزار شد، قبل از آغاز جلسات آموزشی هر ۳ مراجع به پرسشنامه به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند.

در جلسه اول و دوم، آشنایی و معرفی اولیه، تعیین اهداف و قوانین در حین جلسات، تعریف و بیان تاریخچه مختصری از تکنیک مدیریت خشم، ارتباط بین آرامش با مدیریت خشم، شرایط موفقیت‌آمیزی در درمان، ارائه مباحثی در خصوص خشم، پیامدهای خشم، محرک‌های خشم و پاسخ متداول و ارائه پاسخ، ارائه مطالبی در خصوص الگوهای شخصیتی، تجربه خشم و رفتارهای مخاطره‌آمیز آموزش داده شد.

در جلسات سوم و چهارم، نظارت بر علائم هشداردهنده خشم، سنجش خشم، مقابله با برانگیختگی بدنی، آرام‌سازی و ارائه مطالبی درباره آرام‌سازی، کاهش تنیدگی، آرام ساختن نقاط داغ و پرا التهاب، ترک موقعیت به صورت عملی و نظری و اراده

نتایج؛ ۶) امکان انصراف آزمودنی‌ها در صورت عدم تمایل به همکاری در هر مرحله از تحقیق؛ ۷) در صورت نیاز به استفاده از درمان دارویی در گروه کنترل یا آزمایش ارجاع به متخصص مربوطه پس از اتمام جلسات درمان؛ ۸) در صورت نیاز به استفاده از درمان دارویی در حین اجرای گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ارجاع به متخصص مربوطه و خارج شدن بیماران از پژوهش؛ ۹) پس از پایان درمان و ارزیابی گروه آزمون، جلسات گروه درمانی برای گروه کنترل ارائه شد.

ابزارپژوهش عبارت بودند از:

مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی: این مقیاس به عنوان یک مقیاس خودسنجی توسط ولپ، لازاروس در سال ۱۹۹۶ جهت درجه بندی ناراحتی کلی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس از صفر تا ده درجه‌بندی شده است. نمره صفر نشان‌دهنده هیچ گونه ناراحتی و نمره ده نمایانگر بیشترین ناراحتی بود، همسانی درونی مقیاس بین ۸۹ تا ۹۱٪ بود [۲۲]. آزمون اضطراب بک در ایران توسط زمانی و همکاران هنجاریابی شده و ضریب همبستگی این آزمون در متغیرهایش بین ۷۶ تا ۷۹ درصد بدست آمده است [۹].

پرسشنامه ویرایش دوم افسردگی: از جمله مناسبترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. این پرسشنامه بیشتر به سنجش ویژگی‌های روانشناختی افسردگی می‌پردازد، تا ناراحتی‌های جسمانی و فیزیولوژیک و با پرسشنامه همیلتن ۰/۷۵ همبستگی دارد [۲۳]. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در ۳ گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه بندی می‌شوند. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک حاکی از آنست که ضریب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در یک بررسی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود [۲۴].

پرسشنامه اضطراب بک: شامل ۲۱ نشانه و علامت از اضطراب است. آزمودنی می‌بایست به این آیتم‌ها در طیف شدید، متوسط، خفیف، هرگز پاسخ دهد. در این آزمون، نمره صفر تا ۲۳ نشانه اضطراب خفیف، نمره ۲۴ تا ۲۸ نشانه اضطراب متوسط، نمره بالاتر از ۲۹ نشانه اضطراب مرضی است [۲۵]. آزمون اضطراب بک در ایران توسط لطف علیزاده و

سال بود که هر چهار نفر کلاس هفتم بودند، با توجه به اینکه از یک مدرسه انتخاب شده بودند که در منطقه متوسط شهر قرار داشت، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و اجتماعی و خانوادگی همسطح بود و با توجه به اینکه مورد نیاز آموگر نبود لذا مورد بررسی قرار نگرفتند. ولی در طی درمان ۱ نفر از آزمودنی‌ها در دوره قاعدگی (آزمودنی شماره ۴) و ۱ نفر قبل از قاعدگی (آزمودنی اول) و ۲ نفر دیگر در بعد از قاعدگی (آزمودنی دوم و سوم) به سر می‌بردند. و از آنجائیکه این پژوهش به صورت قبل از شروع درمان، حین درمان و در پایان درمان بود نمرات هر جلسه با جلسه قبلی مورد مقایسه قرار گرفت.

نتایج **جدول ۱**، حاکی از تأثیر معنادار آموزش مهارت مدیریت خشم در درمقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی بود. میزان بهبودی برای آزمودنی سوم بالاتر از سایرین بود که در دوره قبل از قاعدگی به سر می‌برد و میزان بهبودی کلی ۵۰/۲٪ در آزمودنی‌ها بود.

تکالیف، ارائه مباحثی در خصوص هدفهای کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت، ادراک پدیدارشناختی محرک‌ها، تجربه خشم، توقف فکر آموزش داده شد.

در جلسات پنجم و ششم، خوگویی، افکار منطقی، تمرین عملی، ارده مباحثی درباره نقش افکار منفی و تجربه خشم، افکار برانگیزاننده خشم، چالش با افکار غیرمنطقی، بررسی سود و زیان و اراده، ارائه مباحث درباره آموزش و راهبردهای حل مسئله، نوشتن نامه، گفتگو با صندلی خالی، فعالیت‌های بدنی، آموزش مصون سازی در مقابل استرس برای کنترل خشم، مهارت‌های حل اختلاف و کنترل خشم، پیشگیری از خشم آموزش داده شد و در انتهای هر جلسه بیماران مجدد به پرسشنامه پاسخ دادند.

نتایج

یافته‌های این پژوهش در مورد ۴ نفر با استفاده از طرح مطالعه موردی اجرا گردید، سن افراد شرکت کننده در آزمایش ۱۳

جدول ۱: مقایسه نمره‌های آزمودنی‌ها درمقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی (SUDS) و درصد بهبودی آنها

مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
خطوط پایه	۹	۹/۸	۱۰	۸/۶
جلسه اول	۹	۹/۶	۱۰	۹
جلسه دوم	۸	۸	۸	۸
جلسه سوم	۷	۷	۷	۷
جلسه چهارم	۶	۶	۵	۶
جلسه پنجم	۵	۵	۴/۶	۵
جلسه ششم	۴	۴/۶	۴	۴
میزان بهبودی، درصد	۴۰/۶	۵۰/۲	۶۰	۵۰
بهبودی کلی، درصد	۵۰/۲			

جدول ۲: مقایسه نمره‌های آزمودنی‌ها در افسردگی (BDI-II) و درصد بهبودی آنها

مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
خطوط پایه	۳۴	۲۸/۶	۲۹/۲	۳۲
جلسه اول	۳۳	۲۵	۲۷	۳۱
جلسه دوم	۳۱	۲۳	۲۳	۲۹
جلسه سوم	۳۰	۱۹	۲۱	۲۶
جلسه چهارم	۲۷	۱۷	۱۹	۲۳
جلسه پنجم	۲۴	۱۷	۲۰	۲۲
جلسه ششم	۲۱	۱۳	۱۴	۱۸
میزان بهبودی، درصد	۳۹	۴۶/۸	۴۵/۶	۴۲
بهبودی کلی، درصد	۴۳			

جدول ۳: مقایسه نمره‌های آزمودنی‌ها در اضطراب (BAI) و درصد بهبودی آنها

مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
خطوط پایه	۴۰	۳۶	۳۸	۳۸
جلسه اول	۳۸	۳۳	۳۶	۳۷
جلسه دوم	۳۷	۳۱	۳۴	۳۳
جلسه سوم	۳۶	۳۰	۳۱	۲۹
جلسه چهارم	۳۳	۲۳	۲۹	۲۷
جلسه پنجم	۳۲	۲۱	۲۷	۲۵
جلسه ششم	۳۱	۱۸	۲۱	۲۳
میزان بهبودی، درصد	۲۷	۵۴	۵۱	۴۵
بهبودی کلی، درصد	۴۴/۲۵			

جدول ۴: مقایسه نمره‌ها BIS با توجه به خرده مقیاس‌های تکانشگری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی

خرده مقیاسهای BIS	خط پایه		جلسات درمان				میزان بهبودی، درصد	بهبودی کلی، درصد
	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم		
آزمودنی اول	۳۷/۲							
شناختی	۳۴/۳	۳۱	۲۹	۲۷	۲۵	۲۳	۲۴	۴۱/۲
حرکتی	۳۰/۳	۲۸	۲۷	۲۵	۲۴	۲۳	۲۳	۲۹/۲
بی‌برنامگی	۳۰/۳	۲۹	۲۷	۲۵	۲۳	۲۱	۲۰	۴۱/۲
آزمودنی دوم	۴۹/۳۴							
شناختی	۳۰	۳۱	۲۷	۲۶	۲۴	۲۲	۱۹	۴۴
حرکتی	۲۹	۲۸	۲۴	۲۱	۱۹	۱۸	۱۴	۶۰
بی‌برنامگی	۲۸	۲۷	۲۴	۲۱	۱۹	۱۷	۱۶	۴۸
آزمودنی سوم	۳۸/۶							
شناختی	۲۸	۲۷	۲۵	۲۳	۲۲	۲۰	۱۸	۴۰
حرکتی	۲۶	۲۵	۲۴	۲۱	۲۰	۱۸	۱۶	۴۰
بی‌برنامگی	۲۴	۲۳	۲۱	۲۰	۱۸	۱۶	۱۵	۳۶
آزمودنی چهارم	۶۰/۶							
شناختی	۳۳/۹	۳۳	۳۳	۲۴	۲۱	۲۰	۱۸	۶۳/۶
حرکتی	۳۴/۷	۳۲	۳۳	۲۱	۲۰	۲۱	۱۹	۶۲/۸
بی‌برنامگی	۳۳/۹	۳۱	۲۸	۲۷	۲۶	۲۴	۲۰	۵۵/۶

در نهایت ۲۹/۲٪ بهبود یافته که معنادار نبود. نمرات تکانشگری بی‌برنامگی با ۴۱/۲٪ میزان بهبودی تقلیل یافت و میزان بهبودی کلی برای مراجع اول ۳۷/۲٪ بود که در بین ۴ مراجع کمترین بهبودی را داشت و میزان بهبودی در آزمودنی چهارم بیشترین درصد را به خود اختصاص داده بود که ۶۰/۶٪ بود و میزان بهبودی کلی ۴۶/۴۲٪ بود.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مدیریت خشم بر علائم نیمه بالینی خلقی و رفتاری دختران کلاس هفتم مبتلا به سندرم ملال پیش از قاعدگی به صورت، مورد پژوهشی روی ۴ بیمار انجام گرفت. نتایج ما نشان داد آموزش مدیریت خشم

نتایج جدول ۲ نشان داد، میزان بهبودی بعد از آموزش مدیریت خشم در آزمودنی دوم و سوم بالا و معنادار است و در آزمودنی اول پایین‌تر از بقیه است و می‌تواند به این دلیل باشد که مراجع اول در دوره قبل از قاعدگی به سر می‌بردند و میزان بهبودی کلی در آزمودنی‌ها ۴۳٪ بود. نتایج جدول ۳ نشان داد، میزان بهبودی بعد از آموزش مدیریت خشم در آزمودنی‌های دوم، سوم، چهارم به ترتیب از بیشترین تأثیر تا کمترین تأثیر بهبودی را داشت و در آزمودنی اول اثربخشی مدیریت خشم معنادار نبود.

با توجه به نتایج جدول ۴ نمرات مقیاس تکانشگری شناختی مراجع اول در سطح شدید بوده که در حین درمان پایین آمده و میزان بهبودی آن ۴۱/۲٪ بوده است. نمره تکانشگری حرکتی

افراد بوده و خشمهای انفجاری پایین‌تری نسبت به سایرین دارند [۲۰]. پژوهش جوی نیز نشانگر اثربخشی این درمان بر کاهش ارتکاب به خشونت خانوادگی است [۲۱]. همچنین پژوهش کریمی و همکاران نشانگر اثربخشی این درمان بر کاهش پرخاشگری زندانیان کاردرمانی بود [۱۸]. پژوهش اوکفی و همکاران در سال ۱۹۹۷ نیز که بر روی نقش عوامل خانوادگی در زمینه خشونت بود نشان داد آموزش مهارتهای مدیریت خشم باعث بهبود ارتباط بین فردی و درون فردی شده و خشونت را در خانواده کاهش می‌دهد [۳۰].

نتیجه‌گیری

از آنجائی که این پژوهش برای اولین بار در ایران بر روی دختران نوجوان مبتلا به سندرم ملال پیش از قاعدگی انجام شد از دلایل نوآوری این پژوهش عنوان پژوهش بوده و از دلایل موفقیت آموزش مدیریت خشم بر رفتارهای تکانشی، پذیرش احساسات و هیجانات و همدلی با درد و رنج هیجانی بیماران بود. این یافته در وهله نخست حاکی از اثربخشی درمان مدیریت خشم بر رفتارهای تکانشی و اختلالات خلقی بیماران با سندرم ملال پیش از قاعدگی است که همخوان با نتایج پژوهش‌هایی است که در بالا ذکر شد. در تفسیر و نتیجه‌گیری از یافته‌های پژوهش حاضر لازم است به محدودیتهایی مانند کوچک بودن نمونه‌های مورد مطالعه، عدم پیگیری ارزیابی‌ها و نبود گروه کنترل توجه شود. براین اساس برای نتیجه‌گیری نهایی تکرار مطالعات موردی متعدد یا انجام پژوهش‌های تجربی با گروه کنترل و نمونه وسیع پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و کلیه همکاران بهزیستی کمال سپاسگزاری را داشته‌باشند.

References

1. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility: lippincott Williams & Wilkins; 2005.
2. Reid RL, Yen SS. Premenstrual syndrome. Am J Obstet Gynecol. 1981;139(1):85-104. DOI: [10.1016/0002-9378\(81\)90417-8](https://doi.org/10.1016/0002-9378(81)90417-8) PMID: 7006400
3. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. Am Fam Physician. 2003;67(8):1743-52. PMID: 12725453
4. Rizk DE, Mosallam M, Alyan S, Nagelkerke N. Prevalence and impact of premenstrual syndrome in adolescent schoolgirls in the United Arab Emirates. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(5):589-98. DOI: [10.1080/00016340600556049](https://doi.org/10.1080/00016340600556049) PMID: 16752239
5. Eke AC, Akabuikwe JC, Maduekwe K. Predictors of premenstrual syndrome among Nigerian university students. Int J Gynaecol Obstet. 2011;112(1):63-4. DOI: [10.1016/j.ijgo.2010.09.004](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.004) PMID: 20961541

موجب آموزش مهارت مدیریت خشم منجر به بهبودی آزمودنی‌ها در واحدهای ذهنی ناراحتی در هر ۴ آزمودنی تا حد ۵۰٪ معنادار می‌گردد که در مراجع سوم بیشترین تأثیر و در مراجع اول کمترین تأثیر را داشت. در متغیر افسردگی نمره، آزمودنی اول پایینتر از بقیه است و میزان بهبودی کلی در آزمودنی‌ها ۴۳٪ بود. در متغیر اضطراب، در آزمودنی‌های دوم، سوم، چهارم به ترتیب از بیشترین تأثیر تا کمترین تأثیر بهبودی را داشت و در آزمودنی اول اثربخشی مدیریت خشم معنادار نبود و در متغیر تکانشگری نیز مانند مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی در هر ۴ آزمودنی معنادار بود.

در راستای این پژوهش، اگرچه طبق بررسی‌های صورت گرفته، تحقیقی که اثربخشی مدیریت خشم را بر رفتارهای تکانشی و تکانشگری انجام نشده است، ولیکن پژوهش‌های انجام شده بررسی مدیریت خشم را بر خشم و خشونت مورد بررسی قرار داده‌اند که نتایج پژوهشها با نتیجه این پژوهش همسو و موازی می‌باشد. فندلر و گربر در سال ۲۰۰۶ آموزش مدیریت خشم را در مدارس، مراکز درمان بیماری روانی، کانون اصلاح و تربیت و مراکز اقامت شبانه روزی بررسی کرده و نشان دادند آموزش مهارت خشم در کاهش خشم به صورت گروهی مؤثر است [۲۹].

پژوهش فندلر که اثربخشی آموزش مهارت خشم بر خشونت نوجوانان پسر که سابقه خشونت در مدرسه داشتند را مورد بررسی قرار داد نشان داد، مهارت خشم باعث کاهش مشکلات رفتاری در این نوجوانان می‌شود [۳۰]. پژوهش ایرلند که بر روی زندانیان انجام گرفت نشان داد، آموزش مهارتهای مدیریت خشم بر کنترل خشم زندانیان مؤثر است [۱۹]. پژوهش لاوسون که بر روی سربازان آمریکایی شرکت کننده در عراق صورت گرفت نشان داد سربازانی که تحت آموز مهارتهای مدیریت خشم قرار داشتند، در کنترل تکانه مقاومتر از سایر

6. Rajabi S, Yazdkhasti F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. J Clin Psychol. 2014;6(1):29-38.
7. Zamani N, Ahmadi V, Ataei Moghanloo V, Mirshekar S. [Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder (MDD) Showing a Tendency to Suicide]. Sci J Ilam Uni Med Sci. 2014;22(5):45-54.
8. World Health Organization, editor Mental health: facing the challenges, building solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health; 2005; Helsinki, Finland: World Health Organization.
9. Zamani N. [farhadi M, Jamilian HR. The effectiveness of dialectical behavior group therapy on

- expulsive anger and impulsive behaviors]. *J Hamedan Islamic Azad Uni.* 2012;5(2):123-7.
10. Barlow DH. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*: Guilford publications; 2014.
 11. Association American Psychiatric. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text rev*; 2000.
 12. Barron LW. *Effect of religious coping skills training with group cognitive-behavioral therapy for treatment of depression*: ProQuest; 2007.
 13. Moghtadaei K, Salehi M, Salamat M, Mohammadian Y, Honjani E. [Relationship between meta-cognition with anxiety and depression in mothers of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) compared with mothers of normal children]. *J Res Behav Sci.* 2013;11(25):18-29.
 14. Chew CE. *The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design*: ProQuest; 2006.
 15. Nolan-Hoaksama S. *Abnormal psychology*. 6th ed: McGraw-Hill International; 2007.
 16. Evenden JL. *Varieties of impulsivity*. *Psychopharmacology (Berl).* 1999;146(4):348-61. [PMID: 10550486](#)
 17. Arce E, Santisteban C. *Impulsivity: a review*. *Psicothema.* 2006;18(2):213-20. [PMID: 17296034](#)
 18. Karimi H, HEMMATI SA, Haghghi M, AHMADPANAH M, MOHAMMAD BH. *Comparing the effectiveness of group anger management and communication skills training on aggression of marijuana addicted prisoners*. 2013.
 19. Ireland JL. *Anger management therapy with young male offenders: an evaluation of treatment outcome*. *Aggressive Behav.* 2004;30(2):174-85.
 20. Lawson AE. *Anger management treatment groups in a community mental health setting: a program evaluation*: ProQuest; 2009.
 21. Reza Forutan M, Jomehri F, Keraskian Mojmanari A. *A Comparison of the Effectiveness of the Process-based Forgiveness Intervention by Ordinary and Actor Therapist on the Anger of the Male Adolescents in Correctional Centers*. *European Online J Nat Soc Sci Proceed.* 2015;4(1):pp. 2445-53.
 22. Wolpe J, Lazarus AA. *Automated self-desensitization: A case report*. *Behav Res Therap* 1966;5(2):133-5.
 23. Thombs BD, Ziegelstein RC, Beck CA, Pilote L. *A general factor model for the Beck Depression Inventory-II: validation in a sample of patients hospitalized with acute myocardial infarction*. *J Psychosom Res.* 2008;65(2):115-21. [DOI: 10.1016/j.jpsychores.2008.02.027](#) [PMID: 18655855](#)
 24. Fata L, Birashk B, Atefvahid M, Dabson K. *Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks*. *Iran J Psychi Clin Psychol.* 2005;11(3):312-26.
 25. Fydrich T, Dowdall D, Chambless DL. *Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory*. *J Anxiety Disord.* 1992;6(1):55-61. [DOI: 10.1016/0887-6185\(92\)90026-4](#)
 26. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. *Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression*. *Biol Psychiatry.* 1997;41(10):1045-61. [DOI: 10.1016/S0006-3223\(96\)00175-8](#) [PMID: 9129785](#)
 27. Ekhtiari H, Jangouk P, Jannati A, Sahraian M, Lotfi T. *Time perception in multiple sclerosis: Evidences for behavioral shift*: ACTRIMS Greece; 2005.
 28. Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. [Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches]. *Iran J Psychi Clin Psychol.* 2008;14(3):247-57.
 29. Feindler EL, Weisner S. *Youth anger management treatments for school violence prevention*, *Handbook of school violence and school safety: From research to practice*: Elsevier; 2006.
 30. O'Keefe M. *Predictors of Dating Violence Among High School Students*. *J Interpers Violence.* 1997;12(4):546-68. [DOI: 10.1177/088626097012004005](#)