

The Effectiveness of Pluralist Family Communication Model Education on Marital Satisfaction in Women with Premenstrual Syndrome (PMS)

Afshin Safarnia¹, Roodabeh Hoshmandi²

1. (Corresponding author) - PhD in Psychology, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
2. PhD in Counseling, Department of Psychology, science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Received: 19/06/1399 - Accepted: 11/02/1400

Aim: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of teaching the pluralistic family communication model on marital satisfaction of women with premenstrual syndrome. **Methods:** The research method was semi-experimental with pre/post-test and control group. The statistical population consisted of all women with premenstrual syndrome who referred to marriage clinic of Kermanshah (Iran) in autumn and winter of 2016. Of these, 30 were selected by purposeful sampling and were selected through an initial interview and randomly placed into treatment and control groups in equal numbers. The Enrich Marital Satisfaction Questionnaire was used in two stages of pre-test and post-test for data collection. Group intervention of the pluralistic communicative communication model was performed on the experimental group for 9 one-and-half hour weekly sessions, while no intervention was performed for the control group. **Results:** The results of one-way covariance analysis on pre-treatment and treatment scores showed that the teaching of the pluralistic family communication model had a significant effect on marital satisfaction of women with premenstrual syndrome ($p > 0.001$). **Conclusion:** based on the findings of the present study, teaching a pluralistic communication model that is based on high-level dialogue plays a key role in marital satisfaction of women with premenstrual syndrome.

Keywords: The pattern of communication, pluralist family, marital satisfaction, premenstrual syndrome



فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۰، شماره ۷۸، تابستان ۱۴۰۰
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v20i78.6781

اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت زناشویی زنان با سندرم نشانگان پیش از قاعدگی (PMS)

افشین صفرنیا^۱، رودابه هوشمندی^۲

۱- (نویسنده مسئول)، دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
Afshinsafarnia1@gmail.com

۲- دکتری مشاوره، گروه روان‌شناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

(صفحات ۳۰-۵۲)

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت زناشویی زنان با سندرم نشانگان پیش از قاعدگی انجام شد. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی مراجعه‌کننده به درمانگاه طب زناشویی شهر کرمانشاه در پاییز و زمستان ۱۳۹۵ بود که از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و از طریق مصاحبه اولیه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان گمارده شدند. از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ در ۲ مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. مداخله گروهی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر روی گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۱/۵ ساعته در هر هفته ۲ جلسه انجام شد؛ در حالی که بر روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. **یافته‌ها:** یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس یک‌متغیره بر روی نمرات پیش از درمان و درمان نشان داد که آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر افزایش میزان رضایت زناشویی زنان با سندرم نشانگان پیش از قاعدگی در سطح ($p > 0/001$) تأثیر معناداری دارد. **نتیجه‌گیری:** با استناد به یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان گفت، آموزش الگوی ارتباطی کثرت‌گرا که مبنی بر گفت و شنود بالا است نقش کلیدی در میزان رضایت زناشویی زنان با سندرم پیش از قاعدگی دارد.

واژه‌های کلیدی: الگوی ارتباطی؛ خانواده کثرت‌گرا؛ رضایت زناشویی؛ سندرم نشانگان پیش از قاعدگی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۱

مقدمه

عادت ماهانه یک پدیده فیزیولوژیک است که تمامی زنان سالم در سنین باروری آن را تجربه می‌کنند. این فرآیند شامل سه مرحله فولیکولی^۱، ترشچی^۲ و قاعدگی می‌باشد. قاعدگی همچون سایر پدیده‌های فیزیولوژیک بدن، ممکن است دچار اختلالاتی گردد. در این بین یکی از مسائل روان‌تنی که با عملکرد دستگاه تولید مثل زن ارتباط دارد، سندرم نشانگان پیش از قاعدگی^۳ است (فتوکیان و غفاری، ۱۳۸۵). این سندرم از شایع‌ترین اختلالات قاعدگی، محسوب شده و با طیف وسیعی از تغییرات عاطفی و جسمانی شناخته می‌شود (کرول و راپکین^۴، ۲۰۰۶). این نشانگان، اولین بار در سال ۱۹۵۳ توسط گرین و دالتون^۵ مطرح شد، در نتیجه تغییرات استروئیدهای جنسی که همراه با چرخه قاعدگی روی می‌دهد، ظاهر و به طور معمول یک هفته قبل از خونریزی (طی فاز ترشچی) شروع می‌شود و با علائم جسمی، خلقی و شناختی همراه است (سادوک و سادوک^۶، ۲۰۰۳؛ ترجمه پوافکاری، ۱۳۸۲). ۷۰ تا ۹۰ درصد زنان در سنین باروری حداقل چند علامت ناخوشایند در این دوره تجربه می‌کنند ولی حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد زنان در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال به طور مشخص به این سندرم مبتلا هستند (دهقان، امامی، غمخوار، شاه‌رخی ابراهیمی و قنبری، ۱۳۸۷). بر طبق مطالعه‌ای در ایران ۷۸/۴ درصد از دانشجویان دختر از سندرم نشانگان پیش از قاعدگی رنج می‌برند (قائدی و مرادی، ۱۳۸۹). علائم جسمانی از جمله تورم و دردناک شدن سینه، نفخ شکم، درد ماهیچه‌ها، مفاصل و کمردرد، سرگیجه، آسم، گرفتگی سینه و تغییر صدا، سردرد، جوش صورت، اولین علائمی است که مبتلایان به نشانگان پیش از قاعدگی به آن توجه می‌کنند (دالتون، ۲۰۰۰^۷؛ ترجمه حسینی نیک و خزئی، ۱۳۸۱)، اما علاوه بر

1. follicular.

2. luteal.

3. premenstrual syndrom (pms).

4. Kroll, R., Rapkin, A. J.

5. Grine & Dalton.

6. Sadock & Sadock.

7. Dalton.

علایم جسمانی برخی علایم روانی از جمله افسردگی، تحریک پذیری، تغییر خلق و خو، خشم، اضطراب، اختلال خواب، اختلال تمرکز، خستگی، بی‌حوصلگی، وسواس موکنی، در میان مبتلایان گزارش شده که از جمله شایع‌ترین آنها می‌توان به اضطراب تنش و دلواپسی (۷۴/۴) اشاره کرد (طلایی، فیاضی بردبار، نصیری، پهلوانی، دادگرو ثمری، ۱۳۸۷). سندرم پیش از قاعدگی باعث اختلال در روابط و فعالیت‌های روزمره زنان می‌شود و در صورت تشدید علایم، نحوه زندگی و آسایش فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این تغییر رفتار، تأثیر مهمی بر عملکرد خانواده دارد. این تأثیرات شامل بد رفتاری با فرزند، رفتارهای جنایی و ناسازگاری با همسر است (حیدری، مرقاتی خوبی، کیانی آسیابرو محمدی تبار، ۱۳۸۸). بیشتر زوجین اطلاعات کمی در مورد تأثیر این سندرم بر همسرشان دارند و نمی‌دانند چطور باید رفتار کنند و حتی زمانی که می‌خواهند همسرشان را حمایت کنند تحت تأثیر این علایم قرار می‌گیرند. در این میان رضایت زناشویی می‌تواند به شدت تحت تأثیر فقدان آگاهی در این خصوص باشد (هوغا، وولکانا، میراندا، مانجانیلو^۱، ۲۰۱۰).

رضایت زناشویی سازه‌ای چند بعدی و متشکل از ابعاد مختلف است و از طریق ارزیابی تعاملات جاری بین زوج مانند علاقه متقابل، مراقبت از هم، پذیرش یکدیگر، تفاهم و هماهنگی زوج در انجام اموری چون گذراندن اوقات فراغت، تقسیم کار، روابط جنسی، ابراز احساسات و کیفیت ارتباط قابل‌سنجش است (اولسون، دفراین و کوگراند^۲، ۲۰۱۱؛ اسپریچر، ونزل و هاروی^۳، ۲۰۰۸؛ گریف^۴، ۲۰۰۰). بنابراین وضعیت ازدواج، مسائل جنسی و رضایت زنان از همسرشان زمانی افزایش می‌یابد که شوهران از تأثیر این سندرم بر روح و جسم همسرشان آگاه باشند (هوغا و همکاران، ۲۰۱۰). رضایت زناشویی نشانگر استحکام و کارایی نظام خانواده است. خانواده و جامعه سالم از

1. Hoga, L. A, Vulcano, M. A., Miranda, C. M, Manganiello A.
 2. Olson, D. H. J. DeFrain & L.Skogrand.
 3. Sprecher, S., Wenzel, A., Harvey, J.
 4. Greeff, A. P.

پیوندهای آگاهانه و ارتباط سالم و بالنده زوجین شکل می‌گیرد. چنانچه پایه خانواده از استحکام لازم برخوردار نباشد تبعات منفی آن نه تنها برای خانواده بلکه برای کل جامعه خواهد بود (ابراهیمی، ۱۳۸۷). در این بین رضایت زناشویی کیفیتی است که از عوامل متعددی چون متغیرهای جمعیت شناختی (شاگردان، ۱۳۸۸)، ویژگی‌های شخصی (عباسی و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۸۸)، سبک‌های دلبستگی، تمایز یافتگی (بیرامی، فهیمی، اکبری و امیری پیچاکلاهی، ۱۳۹۱)، سبک‌های مقابله‌ای زوجین (بشارت، تاشک و رضازاده، ۱۳۸۵)، هوش هیجانی (علی اکبری دهکردی، ۱۳۹۱)، کیفیت ارتباط همسران (چراغی، مظاهری، موتابی، پناغی، صادقی و همکاران، ۱۳۹۳)، عوامل زمینه‌ای و فردی (تفاوت شخصیتی، وابستگی، خلق و خو، اسناد)، تفکر و شناخت (الیس^۱، ۲۰۰۱)، مهارت‌ها و فرآیندهای بین فردی رضایت از روابط جنسی، استرسورها و وقایع زندگی (بیماری و مرگ فرزند، نازایی، بیماری روانی و جسمی، بیمارهای بدخیم) اشاره کرد (بگول^۲، ۲۰۰۶). در میان عواملی مثل استرسورها و وقایع پیامدهای غیرقابل پیش‌بینی زندگی (کارنی و برادبوری^۳، ۱۹۹۵) مواجهه با بیماری‌های جسمانی و وضعیت حاد زیستی از جمله سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند بسیار استرس‌زا باشد (اظه‌ری، کریمی نیک چترودی، عطارزاده حسینی و مظلوم، ۱۳۸۴).

اکثر زنان شکایت دارند که تغییرات عاطفی در نتیجه سندرم قبل از قاعدگی، تحت تأثیر روابط خانوادگی و اجتماعی قرار دارد؛ به طور خاص، ۷۲ درصد از آنها گزارش داده بودند که PMS یک اثر منفی بر کیفیت رابطه با همسران خود و دیگر اعضای خانواده داشته است (مروتی شریف آباد، کریمیان کاکلکی، بکایی، فلاح‌زاده و میررضایی، ۱۳۹۳). زنان با سندرم نشانگان پیش از قاعدگی نیازی فزاینده برای تکیه کردن به همسر خویش در انجام مسائل خود احساس می‌کنند. این پدیده قطعاً احساس دلتنگی و به

1. Elliss, A.
2. Bagwell, E. K.
3. Karney, B.R., Bradbury, T.N.

دنبال آن هیجان پذیری و برافروختگی سریع را به بار خواهد آورد. از آنجا که رابطه‌ی جسم و روان رابطه‌ای متقابل و دو سویه است، قطعاً در اغلب موارد اختلال در عملکرد زیستی- فیزیولوژیکی بر تعادل روانی و تعامل اجتماعی تأثیر مخرب خواهد داشت. در مورد روابط خانوادگی، این وضعیت موجب درک نکردن طبیعت و وضعیت روان شناختی همدیگر می‌شود. در چنین شرایطی تصمیم‌گیری و قضاوت تحت تأثیر احساس خواهد بود نه خرد و در نتیجه بعضاً بروز مشاجرات و اختلافاتی در روابط زوجین به بار خواهد آورد. بنابراین در نظر گرفتن وضعیت جسمانی و شرایط فیزیولوژیکی همسران در چهارچوب تعاملات ارتباطی و زناشویی، اهمیت داشته و بررسی و توجه بیشتری را ایجاب می‌کند (مولدنهاور^۱، ۲۰۰۳).

پژوهشگران تا کنون عوامل متعددی را در احساس رضایت مندی از زندگی مطرح کردند که در میان این عوامل خانواده بیشترین نقش را در احساس رضایت مندی از زندگی داشته است (کاپتین، اسمیت و سوست^۲، ۲۰۰۹). خانواده سیستم ارتباطی منحصر به فرد دارد که از روابط دوستی و کاری مجزاست (آکسلسون^۳، ۱۹۹۳). ما همه از تعامل و عمق بخشیدن به درگیری در ارتباطات لذت می‌بریم و اگر قادر به تعامل با معنا با دیگران نباشیم، نتیجه آن تنهایی، افسردگی و عدم خوشحالی خواهد بود (گابل و شین^۴، ۲۰۰۰). ارتباط فرآیند اصلی در روابط زناشویی است و عبارتند از فرآیندی که زن و شوهر به صورت کلامی و غیر کلامی در قالب گوش دادن، مکث، حالت چهره با یکدیگر به تبادل احساسات و افکار می‌پردازند (خجسته‌مهر، عطاری و شیرعلی‌نیا، ۱۳۸۷). موضوع ارتباطات در روابط زناشویی به قدری مهم است که بیش از ۹۰٪ زوجین آشفته، ناتوانی در برقراری ارتباط را به عنوان یک مسئله مهم در روابط زناشویی خود مطرح کرده‌اند (خسروی، نشاط دوست، مولوی و کلانتری، ۱۳۹۰). الگوی ارتباطی خانواده

1. Moldenhauer, J. S.
2. Kapteyn A, Smith, JP., Soest, A.
3. Axelson S. J.
4. Gable, S., Shean ,G.

دارای دو بعد زیربنایی گفت و شنود^۱ و هم‌نوایی^۲ می‌باشد. در بعد هم‌نوایی تأکید زیادی بر همسانی نگرش‌ها و باورها در تعاملات می‌شود و بر حرف شنوی از بزرگ‌ترها و پدر و مادر تأکید دارند. برعکس در بعد گفت و شنود تمامی اعضای خانواده یه شرکت در تعامل و گفت و گو در زمینه‌های مختلف تشویق می‌شوند. خانواده توافق‌کننده که تأکید زیادی بر توافق و هم‌نوایی دارند و در هر دو بعد جهت‌گیری گفت و شنود و هم‌نوایی نمره زیادی می‌گیرند. خانواده کثرت‌گرا که ارتباط باز، آزاد و راحت دارند و از نظر عاطفی حمایت‌کننده هستند که در جهت‌گیری گفت و شنود نمره زیادی می‌گیرند و در جهت‌گیری هم‌نوایی نمره کم می‌گیرند. خانواده محافظت‌کننده که تأکید زیادی بر هم‌نوایی و اطاعت از دیگران را دارند که در جهت‌گیری گفت و شنود نمره کم و در جهت‌گیری هم‌نوایی نمره زیاد می‌گیرند. خانواده بی‌قید و شرط که حداقل تعامل بین خانواده وجود دارد و در هر دو بعد جهت‌گیری گفت و شنود و هم‌نوایی نمره کمی را می‌گیرند (کوئرر و فیتزپاتریک^۳، ۲۰۰۲). یافته‌ها حاکی از آنست که آموزش الگوی ارتباطی خانوادگی کثرت‌گرا که مبتنی بر گفت و شنود بالا در کاهش علائم جسمانی روانی زنان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک مؤثر است (خسروی و حمیدی، ۱۳۹۳). اصولاً مفهوم الگوی ارتباطی خانواده با طرحواره‌های ارتباط خانواده براساس اینکه اعضاء چه چیز به یکدیگر می‌گویند و چه کار انجام می‌دهند و این که چه معنا و منظوری از این ارتباط دارند تعریف می‌شود (کوئرر و همکاران، ۲۰۰۲؛ میلر، کاکلین و هاستون^۴، ۲۰۰۰).

تجارب بالینی بیانگر آن است که بسیاری از زنان مبتلا به PMS فاقد مهارت‌های لازم در بیان افکار، عقاید و احساسات خود هستند. در نتیجه الگوهای خانوادگی این زنان بیشتر از نوع بی‌قید و شرط و محافظت‌کننده خواهد بود که فاقد مهارت‌های لازم برای گفت و شنود هستند. بنابراین این گروه از زنان نیاز به آموزش مهارت‌های ارتباطی دارند

1. conversation.

2. comformity.

3. Koerner, A. F., Fitzpatrick, M. A.

4. Miller, P.J., Caughlin, J.P. & Huston, T.L.

(اندرو^۱، ۲۰۰۱؛ گابل و همکاران، ۲۰۰۰؛ یالسین^۲، ۲۰۰۷؛ هالفورد^۳، ۲۰۰۴). پشتیبانی افراد مهم مانند همسر، به عنوان یک روش مقابله هیجان‌گرا، می‌تواند زنان را از وقوع شرایط استرس‌زا محافظت کند و می‌تواند به ارزیابی رویدادهای استرس‌زا همچون PMS، به صورتی که تهدید کمتری درک شود، کمک کند (ربلین و یوچینو^۴، ۲۰۰۸) نتایج مطالعه هوگا و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که سندرم پیش از قاعدگی در زندگی زوج‌ها، به ویژه در ارتباط آنها با یکدیگر تأثیرگذار است و در دوره پیش از قاعدگی، گفتگوی بین زن و شوهر کاهش می‌یابد. بر اساس یافته‌های مطالعات صورت گرفته در این زمینه می‌توان نتیجه گرفت که گفت و شنود نقش کلیدی در رضایت از زندگی دارد (بلومبرگ^۵، ۱۹۹۱؛ هانسون و لندبلند^۶، ۲۰۰۶؛ رونان و دریر^۷، ۲۰۰۴). بنابراین آموزش الگوی ارتباطی کثرت‌گرا که مبنی بر گفت و شنود بالا است در رضایت از زندگی زوجین مؤثر است (خسروی و همکاران، ۱۳۹۰).

نتایج پژوهش‌ها در زمینه الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا حاکی از اثر بخشی این الگو بر رضایت مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان (درودیان، پاک‌نیا و مسعودی، ۱۳۹۷)، بر کاهش کمال‌گرایی نوروپیک زنان متقاضی طلاق (حیدری، احمدی دستگردی، بخشی و شیرانی، ۱۳۹۷)، بر افزایش همراهی عاطفی، خودکنترلی زوجین دچار تعارضات زناشویی (خسروی، فکری، کرم‌پور، ۱۳۹۴)، بر شادکامی دانشجویان (جباری‌فر، سعیدی، سعیدی، ۱۳۹۴)، بر رضایت از زندگی زوجین (خسروی، نشاط‌دوست، مولوی و کلانتری، ۱۳۹۰)، بوده‌اند. اما بر اساس بررسی‌های انجام شده توسط پژوهشگر، پژوهشی مبنی بر اثر بخشی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت زناشویی زنان با سندرم نشانگان پیش از قاعدگی یافت نشد. اگرچه

1. Andrews, G.
2. Yalcin ,MB.
3. Halford ,W.K.
4. Reblin, M., Uchino, B.
5. Blumberg ,SI.
6. Hansson, K., Lund bland, A.
7. Ronnan, G.F., Dreer, L.E.

بیشترین تأثیر بیماری‌های جسمانی و وضعیت حاد زیستی از جمله PMS بر کیفیت زندگی و رضایت مندی زناشویی بیماران است که سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی و اجتماعی در آنان و خانواده‌شان می‌شود (فافوتی، پاپاریگوپولاس، زرواس، راباویلاس، مالاموس، لیپاس و تزاوارا^۱، ۲۰۱۰). همانطور که نتایج مطالعات نیز نشان دهنده پایین بودن رضایت مندی زناشویی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بوده است (حیدری و همکاران، ۱۳۸۸؛ اظهاری و همکاران، ۱۳۸۴). نتایج پژوهش کریمیان کاکولکی، مظلومی محمودآباد، گرایلو، حیدری، متقی، شریفی (۱۳۹۷) نشان داد که زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و نارضایتی زناشویی در بعد عاطفی کیفیت زندگی خود دچار مشکل هستند، در مطالعه گلسا^۲ (۲۰۱۵) اختلالاتی در عملکرد جنسی مبتلایان به سندرم پیش از قاعدگی بوجود آمده و موجب نگرانی و ناراحتی‌هایی در زمینه رابطه زناشویی شده بود. بنابراین تغییرات قبل از قاعدگی می‌تواند بر صمیمیت شریک زن عمدتاً به دلیل وقفه‌های ارتباطی که قبل از دوره قاعدگی رخ می‌دهد اثر بگذارد و باعث کاهش رضایت زناشویی گردد

به طور کلی می‌توان چنین گفت که سندرم پیش از قاعدگی نه تنها به خود فرد بلکه بر خانواده وی نیز تأثیر به‌سزایی دارد و در موارد شدید به عنوان یک بیماری می‌تواند سبب ایجاد تغییراتی در رفتار زنان گردد. نتیجه این تغییر رفتار، ممکن است بر اعمال متقابل بین زن و سایر اعضای خانواده اثر گذاشته و آثاری از جمله ناسازگاری با همسر و بدرفتاری با فرزند را به دنبال داشته باشد لذا توجه ویژه به نقش و جایگاه خانواده جهت مشارکت در فرآیند مداخلات درمانی و بالینی و حمایت از زنان مبتلا به PMS امری ضروری به نظر می‌رسد (سمیعی سبینی، انوشه و الحانی، ۱۳۸۹). بنابراین، از آنجا که زنان یکی از عناصر اصلی خانواده هستند و تلاش در جهت سلامت آنان و بکار بستن

-
1. Fafouti, M., Paparrigopoulos, T., Zervas, Y., Rabavilas, A., Malamos, N., Liappas, I., & Tzavara, C.
 2. Gülşah, I.

راهبردهایی جهت روبرو شدن با مشکلات و چالش‌هایی که پیش رو دارند ضرورتی انکارناپذیر است، پژوهشگران پژوهش حاضر بر آن آمدند تا به بررسی اثر بخشی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت زناشویی زنان با سندرم نشانگان پیش از قاعدگی بپردازند.

بنابراین در این پژوهش فرضیه زیر بررسی شد:

الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر افزایش رضایت زناشویی زنان با سندرم نشانگان پیش از قاعدگی تأثیر گذار است.

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی مراجعه کننده به درمانگاه طب زناشویی (وابسته به بیمارستان امام رضا) شهر کرمانشاه در پاییز و زمستان ۱۳۹۵ بود که از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (ملاک‌های ورود و خروج) و از طریق مصاحبه اولیه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان گمارده شدند. در این پژوهش ابتدا پس از کسب مجوزهای لازم، اطلاعات کامل در زمینه پژوهش در اختیار مسئولان مرکز درمانی و مشاوره قرار داده شد و به منظور رعایت مسائل اخلاقی، طبق کدهای ۴-۸ و ۵-۸ نظام‌نامه اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و روان‌پزشکی ایران، از کلیه بیماران جهت شرکت در طرح پژوهشی رضایت آگاهانه کسب و توضیح داده شد که اطلاعات پژوهش فقط در اختیار محققین می‌باشد و صرفاً برای مقاصد پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. ملاک‌های انتخاب ورود عبارت بودند از: ۱- ابتلاء قطعی به سندرم پیش از قاعدگی بر اساس تشخیص پزشک متخصص زنان و زایمان درمانگاه؛ ۲- طبیعی بودن مدت خونریزی (۷-۳ روز) در سه ماه قبل؛ ۳- حداقل سن ۲۱ سال و حداکثر ۴۲ سال؛ ۴- متأهل بودن و گذشت حداقل ۱ سال از زندگی مشترک؛ ۵- حداقل سواد سیکل و حداکثر کارشناسی. معیارهای خروج: ۱- ابتلا

به هرگونه بیماری جسمانی و روانی شناخته شده از قبیل بیماری های غددی، متابولیک، صرع و هرگونه اختلالات قاعدگی در سه دوره قاعدگی قبلی؛ ۲- استفاده از داروهای مؤثر بر سندرم پیش از قاعدگی از قبیل داروهای آرام بخش، خواب آور، داروهای هورمونی، آنتی پروستاگلاندین ها، دیورتیک ها، انواع قرص های ضد بارداری، املاح و ویتامین ها از جمله ویتامین B6 در طول یک ماه قبل از ورود به دوره آموزشی و در طی اجراء دوره آموزشی؛ ۳- انجام اعمال جراحی در سه ماه قبل از ورود به دوره آموزشی و در طی دوره آموزش؛ ۴- نداشتن سواد لازم برای پاسخ گویی به آزمون؛ ۵- عدم حضور در دو جلسه متوالی دوره آموزشی. از آنجا که آزمودنی های گروه کنترل در معرض مداخله قرار نگرفتند، به آنان گفته شد که حدود ۲ ماه در لیست انتظار برای دریافت درمان قرار دارند و در زمان مناسب جلسات درمانی برایشان ارائه خواهد شد.

روش اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی ها و جایگزین کردن آنها به ۲ گروه (آزمایش و کنترل) و اجرای پیش آزمون "مقیاس رضایت زناشویی انریچ^۱"، مداخله گروهی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت گرا بر روی گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۱/۵ ساعته در هر هفته ۲ جلسه انجام شد؛ در حالی که بر روی گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. پس از پایان جلسات آموزشی، پس آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد و نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به ارائه توضیحات کافی درباره تحقیق و اهمیت همکاری اعضای گروه و ادامه آن و گرفتن تعهدات اخلاقی در شروع پژوهش، اجرا و پاسخ دهی آزمون، افت آزمودنی وجود نداشت. کلیه فرآیندهای آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت گرا بر اساس الگوی مک کی، فانینگ، پالگ و کول^۲ (۲۰۰۸) انجام شد. برای سنجش و کنترل روایی جلسات آموزشی و درمانی، در طول جلسات از آزمودنی های گروه آزمایش خواسته شد تا خلاصه ی شفاهی از مطالب و مداخله های آموزشی و درمانی اجرا شده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار پروتکل

1. enrich marital satisfaction scale.

2. Mckee., Faning., Palg & Cool.

جلسات آموزشی، مشخص گردد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه صورت جلسات آموزش الگوهای ارتباطی خانواده کثرت گرا

| جلسه | محتوای جلسات |
|------------|---|
| جلسه اول | در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی، مصاحبه و برقراری ارتباط، ایجاد آمادگی برای جلسه، بررسی میزان علاقمندی و ایجاد انگیزه شرکت کنندگان، بررسی مشکل از دید شرکت کنندگان پرداخته شد. |
| جلسه دوم | اصل مسئولیت شخصی، مهارت‌های ارتباطی، ارزیابی و تغییر شیوه‌های ناسازگاری، تشخیص گرایش فردی به نوع شیوه آزارنده، بررسی تأثیر این شیوه‌ها بر زندگی، |
| جلسه سوم | حل مسئله، روش‌های حل مسئله و سبک‌های مقابله، توجه به موارد احترام، ابراز محبت، صداقت، خوش خلقی، آراستگی رفتاری و ظاهری در روابط با دیگران، |
| جلسه چهارم | راهکارهای کنار آمدن با خشم، کنار آمدن با شخص خشمگین، انجام اقداماتی مسؤولانه جهت زندگی راحت‌تر، انتخاب فضای زندگی، |
| جلسه پنجم | آموزش مهارت‌های گفت و گو، کنترل زبان جسم، خودافشایی، توصیه‌هایی برای رسیدن به ارتباط مؤثر، انتخاب کلمات نیرومند و تأثیرگذار، اجتناب از تهدید، مقایسه منفی و مشکلات گذشته، |
| جلسه ششم | آموزش مهارت‌های گفت و گو، کنترل زبان جسم، خودافشایی، توصیه‌هایی برای رسیدن به ارتباط مؤثر، انتخاب کلمات نیرومند و تأثیرگذار، اجتناب از تهدید، مقایسه منفی و مشکلات گذشته، |
| جلسه هفتم | خطاهای شناختی، بحث پیرامون خطاهای شناختی مؤثر در اختلافات ادراک‌گزینشی، قضاوت‌ها، تمرکز بر موانع ارتباطی مانند اتهام، سرزنش و سلطه‌گیری، اسنادها، انتظارات، |
| جلسه هشتم | رفع موانع ارتباطی و آموزش و تحلیل سبک ارتباطی خصمانه، شناسایی موانع ارتباطی در رابطه با دیگران (خشم، عجله، تندخویی، بد اخلاقی و ناسزاگویی)، |
| جلسه نهم | مرور جلسات قبل، تمرین رفتاری شنونده-گوینده بودن، به کارگیری آموخته‌ها، آموزش و تحلیل سبک‌های ارتباطی، انتخاب سبک ارتباطی و الگویی خانوادگی کثرت گرا، گزارش زنان مبتلا به سرطان سینه و نقطه نظرات، ارزیابی تغییرات، اجرای پس‌آزمون و تقدیر و تشکر از آزمودنی‌ها. |

ابزار پژوهش

مقیاس رضایت زناشویی انریچ: این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط اولسون، ساخته شده است و فرم کوتاه آن شامل ۴۷ ماده خود گزارشی است. هرگزینه شامل یک مقیاس ۵ درجه‌ای است (کاملاً موافقم، موافقم، نه موافق و نه مخالف، مخالفم، کاملاً مخالفم) که دامنه آن از ۱ تا ۵ مرتب شده است. کمترین نمره ۴۷ و بیشترین نمره ۲۳۵ است که هرچه نمره فرد بیشتر باشد نشان دهنده رضایت زناشویی بالاتر است. السون (۱۹۸۹) ضریب آلفای کرونباخ را ۰.۹۲٪ به دست آورد. سلیمانیان (۱۹۹۳) پرسشنامه رضایت زناشویی را ترجمه و همبستگی درونی آن را ۰.۹۵٪ گزارش کرده است. همچنین ضریب پایایی آزمون نیز در پژوهش سلیمانیان (۱۹۹۳) به روش آلفای کرونباخ ۰.۹۵٪ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه به روش مذکور ۰.۹۱٪ به دست آمد که تأییدکننده اعتبار بالای پرسشنامه است.

یافته‌ها

سن آزمودنی‌ها در کل نمونه مورد بررسی بین ۲۱ تا ۴۲ سال بود که بیشترین فراوانی واحدهای مورد پژوهش در گروه سنی ۲۱ تا ۳۶ سال شامل ۲۵ نفر (۸۳٪) و کمترین فراوانی در گروه سنی ۳۷ تا ۴۲ شامل ۵ نفر (۱۷٪) قرار داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه مداخله (۳۱/۹۳±۶/۵۸) و در گروه کنترل (۳۳/۰۶±۶/۹۷) بود. بیشترین فراوانی از لحاظ وضعیت تحصیلی در کل گروه نمونه مربوط به مقطع دیپلم و بالاتر شامل ۲۰ نفر (۶۶٪) و کمترین فراوانی مربوط به واحد سیکل شامل ۱۰ نفر (۳۳/۰٪) بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها

| گروه‌ها | گروه آزمایش | | | | گروه کنترل | | | |
|---------------|-------------|-------|----------|------|------------|------|----------|---|
| | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
| متغیر | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M |
| رضایت زناشویی | ۱,۸۴ | ۱۵,۳۵ | ۲,۵۶ | ۶,۴۵ | ۲,۰۸ | ۶,۵۸ | ۱,۶۶ | |

همانگونه که از نتایج جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی در گروه آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت گرا از $(۱۷/۸۴ \pm ۵/۶)$ در مرحله پیش‌آزمون به $(۱۵/۳۵ \pm ۲/۵۶)$ در پس‌آزمون افزایش پیدا کرده است. در حالی که میانگین و انحراف معیار گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تغییر محسوسی نسبت به مرحله پیش‌آزمون پیدا نکرده است.

به منظور بررسی اثربخشی مداخله آموزشی می‌بایستی از تحلیل کواریانس یک متغیره استفاده شود. به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که در متغیر رضایت از زندگی $(F=۱/۴۷, p> ۰/۰۵)$ شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است. مفروضه دیگر همگنی شیب رگرسیون است. نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد که این فرض نیز برقرار است $(F=۱۰/۹۲, p> ۰/۰۵)$. نتایج تحلیل کواریانس یک متغیره به منظور اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت گرا بر رضایت زناشویی زنان با سندرم نشانگان پیش از قاعدگی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس یک متغیره به منظور مقایسه تفاضل پیش‌آزمون -

پس‌آزمون نمرات رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل

| متغیرها | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | شاخص F | سطح معنی داری | مجذوراتا |
|----------------|----------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|----------|
| رضایت از زندگی | پیش‌آزمون گروه | ۱,۷۰۶ | ۱ | ۱,۷۰۶ | ۰,۴۱۰ | ۰,۵۲۹ | ۰,۰۱۹ |
| | خطا | ۸۷,۴۶۱ | ۲۷ | ۴,۱۶۵ | ۲,۳۲۹ | ۰,۰۰۱ | ۰,۹۱۷ |

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که مقدار (P=۰/۰۰۱، F=۲/۳۲) در متغیرگروهی بیانگر تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت زناشویی زنان با سندرم نشانگان پیش از قاعدگی انجام شد. یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا برافزایش میزان رضایت زناشویی زنان با سندرم نشانگان پیش از قاعدگی در سطح (p > ۰/۰۰۱) تأثیر معناداری دارد. در بحث همسویی این یافته می‌توان به نتایج تحقیقات کوئینر و همکاران، ۲۰۰۰؛ گابل و همکاران، ۲۰۰۰؛ یالسن، ۲۰۰۷؛ هالفورد، ۲۰۰۴؛ بلومبرگ، ۱۹۹۱؛ هانسون و همکاران، ۲۰۰۶؛ رونان و همکاران، ۲۰۰۴؛ خسروی و همکاران، ۱۳۹۳؛ خسروی و همکاران، ۱۳۹۰؛ مبنی بر اثربخشی آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا برافزایش همراهی عاطفی، خودکنترلی زوجین دچار تعارضات زناشویی و افزایش رضایت مندی زناشویی، اشاره کرد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که فاکتورهای پاسخ‌گوبودن در برابر خواسته‌ها و

نیازهای یکدیگر، گذراندن اوقات با همسر خود به تنهایی، حفظ وضعیت رمانتیک، صحبت کردن به زبان عاشقانه و محبت آمیز، کنترل تعارض و آگاهی از تغییرات رفتاری و شناختی زوجین از یکدیگر در رضایت زناشویی اهمیت بسیاری دارد (راسن و همکاران، ۱۹۹۹). تحقیقات در زمینه تأثیر آموزش ارتباطات از سال ۱۹۷۰ شروع شده و امروزه مدارک مهمی بر مؤثر بودن این برنامه‌ها به دست آمده است (هالفورد، ۲۰۰۴). خسروی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بیشترین میزان رضایت زناشویی در زنان در الگوهای ارتباطی کثرت‌گرا و توافق‌کننده که گفت و شنود بالایی دارند، می‌باشد و کمترین میزان رضایت زناشویی در الگوهای ارتباطی خانوادگی بی‌قید و شرط و محافظت‌کننده می‌باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که منابع شادی و رضایت برای دو جنس متفاوت است. زنان بیشتر از طریق داشتن خانواده، دوست داشته شدن توسط شوهرشان و توجه به حمایت و میزانی جدید و نقش دستوری در حالی که مردان فعالیت‌های اقتصادی، رضایت شغلی، دوست داشته شدن و روابط اجتماعی خوب احساس رضایت می‌کنند (کرامر^۱، ۲۰۰۰). آموزش الگوی ارتباطی خانوادگی کثرت‌گرا که مبتنی بر گفت و شنود بالاست در احساس رضایت مندی از زندگی زوجین مؤثر است و می‌توان ارتباط موجود بین اعضای خانواده را به عنوان یکی از مهم‌ترین جنبه‌های بین فردی و کلیدی برای فهم سازگاری، سلامت روانی و کاهش اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری، تحریک‌پذیری و خشم که از مشکلات شایع در زنان با اختلال سندرم پیش از قاعدگی است (طلایی و همکاران، ۱۳۸۷) با افزایش میزان شادی و رضایت در خانواده است، قلمداد کرد. توجه به اینکه آموزش مهارت‌ها و فرآیندهای رفتاری خاص، زنان را قادر می‌سازد که با دقت بیشتر، مؤثرتر و کارآمدتر پیام‌های خود را رد و بدل کنند و از کشمکش‌های بین زن و شوهر که به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل بروز ناراحتی در بین خانواده مطرح می‌باشد، کاست (عابدیان کاسگری، شاه حسینی و دانش، ۱۳۸۵).

1. Cramer D.

نتایج مطالعات میلرو همکارانش نشان می‌دهد، زوج‌هایی که می‌آموزند چگونه تعارض‌ها و اختلافات خود را به طور مؤثرتر و کارآمد، حل و فصل کنند، بیشتر از زوج‌هایی که فاقد چنین مهارتی هستند، می‌توانند به زندگی مشترک خود ادامه دهند (میلرو همکاران، ۲۰۰۰). مینوچین (۱۹۷۴) می‌گوید یک خانواده مؤثر خانواده‌ای است که در آن زن و شوهر بارها و بارها با یکدیگر بحث و مذاکره کنند و الگوهای ارتباطی شان از این بحث‌ها و مذاکره‌ها شکل گیرد، که در این صورت داشتن الگوهای کارآمد و مؤثر می‌تواند یکی از عوامل مهم در بالا رفتن کارایی خانواده در یک زوج شود. این در حالی است که بیشتر زنان از این موضوع شکایت دارند که چرا در دوران پیش از قاعدگی، مردان شرایط روحی و جسمی آنها را درک نمی‌کنند و این موضوع باعث بی‌تابی و استرس و احساس تناقض و تعارض شده که در نتیجه باعث عدم انجام صحیح مسئولیت‌های خانوادگی می‌شود (هوگا و همکاران، ۲۰۱۰).

با توجه به آموزش‌های داده شده در این پژوهش، زنانی که در کلاس‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی شرکت کردند، نمرات بالاتری در پرسشنامه رضایت زناشویی نسبت به زنانی گروه آزمایش، کسب نمودند، این مهم نشان دهنده ارتباط و همبستگی مثبت بین نتایج این تحقیق و تحقیقات فوق می‌باشد و نشان می‌دهد کلاس‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی در روابط زنان با همسرانشان و کارایی خانواده آنها تأثیر مثبت دارد. بنابراین می‌توان با آموزش مهارت‌های ارتباطی، الگوهای رفتاری غلط را تغییر داد و روش‌های کارآمد را جایگزین آنها کرد. چون ارتباط مختل یک استرسور محیطی - اجتماعی برای آسیب‌پذیری زنان در برابر اختلال PMS می‌باشد (حیدری و همکاران، ۱۳۸۸). زنانی که مهارت‌های ارتباطی بهتری داشته باشند می‌توانند با استفاده از همین مهارت‌های ارتباطی برای کنترل خود و همسرشان قدم‌های مؤثری بردارند و از واکنش‌های هیجانی اضطراب، افسردگی و استرس ناشی از سندرم پیش از قاعدگی بر میزان تعارضات زناشویی شان بکاهند (تورانی، پاشائی و قطره سامانی،

۱۳۹۱). اینکه زوجها تا چه حد بتوانند انتظارات خودشان را از همسرشان بیان کنند، به همان میزان هم می‌توانند در کنترل رفتارهای نامطلوب همسرشان و بهبودی رفتارهای آنها و در نتیجه در بهبودی زندگی مشترکشان موفق عمل کنند و از اثرات مخرب و زیانبار روانی PMS بر کاهش میزان رضایت مندی زناشویی‌شان بکاهند. از آنجایی که علائم روانی شایع سندرم قبل از قاعدگی شامل تحریک‌پذیری، تنش، تند مزاجی، خلق و خوی متغیر، دوری از اجتماعات و تمایل به تنهایی می‌باشد، به نظر می‌رسد که آموزش الگوهای ارتباطی بتواند مشکلات ناشی از علائم سندرم را تحت پوشش قرار دهد، آموزش الگوهای ارتباطی مؤثر به آنها کمک می‌کند تا بتوانند نظرها، عقاید، خواسته‌ها، نیازها و هیجان‌های خود را ابراز و به هنگام نیاز، به ویژه از همسر خود کمک و راهنمایی درخواست کند لذا می‌توان انتظار داشت که رضایت زناشویی افزایش یابد.

در کل می‌توان گفت با توجه به آنکه ارتباط موجود بین اعضای خانواده را به عنوان یکی از مهم‌ترین جنبه‌های بین فردی و کلیدی برای فهم سازگاری، سلامت روانی و کاهش اضطراب و افسردگی که با افزایش میزان شادی و رضایت در خانواده است (خسروی و همکاران، ۱۳۹۰). آموزه‌های الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا و تحلیل تبادلی با افزایش توانمندی زنان در مهارت‌های ارتباطی، ایجاد نیات و انگیزه‌های مثبت و آموختن نحوه واکنش مناسب کلامی در برابر مسائل به وجود آمده، بهبود مهارت‌های حل مسئله، جرأت مندی هیجانی، اصلاح عملکردهای شناختی و افزایش خودافشاسازی، صمیمیت و درعین حال افزایش تفرد و تحقق خویشتن، کمک به افراد برای رسیدن به استقلال، خود پیروزی، رها شدن از الگوهای ناکارآمد و مخرب برای برقراری ارتباط نظیر، ترک عدم مسئولیت‌پذیری و یا ناامیدی ناشی از پیش نویس‌های ناکارآمد، ایجاد امید و حسن نیت به خود، دیگری و دنیا، با انتخاب وضعیت سالم زندگی در طی یک فرآیند اصلاح درون فردی - میان فردی، می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سطح رضایت مندی زناشویی زنان مبتلا به PMS گردد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد

می‌گردد که با در نظر گرفتن مشاوره‌های روان‌شناختی مناسب در کلینیک‌های مددکاری و مشاوره، از جمله آموزش الگوی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بتوان رضایت‌مندی زناشویی این گروه آسیب‌پذیر را افزایش داد و با ملزم نمودن خانواده این بیماران برای شرکت در این برنامه‌ها، جهت افزایش سازگاری با عضو بیمار صورت گیرد. به طوری که طی برنامه مشاوره با خانواده مواردی چون آموزش نحوه مراقبت روحی - روانی بیمار و کسب سازگاری و رضایت از زندگی دیگر اعضای خانواده و همچنین نحوه برخورد با بیمار و به ویژه با تغییر نقش‌های عضو بیمار در خانواده و مراقبت آن توسط سایر اعضای خانواده، جهت افزایش رضایت‌مندی زناشویی بیمار و سایر اعضای خانواده توسط مشاوران و مددکاران مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که تحقیق حاضر فاقد دوره پیگیری بود و از آنجا که تغییرات در کارکرد روانی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی نیازمند زمانی طولانی می‌باشد، واریسی این تغییر که در پس‌آزمون، تغییرات آن مورد تأیید قرار گرفت، نیازمند تحقیقاتی در آینده است که بتوانند تغییرات رفتاری را در دوره زمانی طولانی‌تر و مکرر پس از خاتمه درمان نیز واریسی نماید. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، ارزیابی‌های مکرر و نظام‌دار از فرآیند درمان صورت گیرد تا روند تغییر به طور عینی قابل مشاهده باشد. مضافاً اینکه چنین سنجشی می‌تواند به بازاندیشی و متناسب‌سازی فنون و مداخلات کاربردی شده با توجه به مراحل، و تعیین اثربخشی آن‌ها در فرآیند درمان، منجر گردد.

تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از کلیه زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند، نهایت سپاسگزاری را به عمل آوریم.

منابع

ابراهیمی، س. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی برنامه کاربرد مهارت‌های روابط صمیمانه (Pairs) بر افزایش میزان

رضایت مندی زناشویی و تعدیل ابعاد دل‌بستگی دختران شاهد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

اظهاری، ص؛ کریمی نیک چترودی، ا؛ عطازاده حسینی، س. ر؛ مظلوم، س. ر. (۱۳۸۴). تأثیر یک برنامه تمرینی هوازی گروهی بر شدت سندرم قبل از قاعدگی. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، ۸ (۲): ۱۱۹-۱۲۸
بشارت، م. ع؛ تاشک، آ؛ رضازاده، س. م. (۱۳۸۵). تبیین رضایت زناشویی و سلامت روانی بر حسب سبک‌های مقابله. *روان‌شناسی معاصر*، ۱ (۱): ۴۸-۵۶.

بیرامی، م؛ فهیمی، ص؛ اکبری، ا؛ امیری پیچاکلاهی، ا. (۱۳۹۱). پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سبک‌های دل‌بستگی و مؤلفه‌های تمایز یافتگی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴ (۱): ۶۴-۷۷.

تورانی، س؛ پاشائی، ل؛ قطره سامانی، ز. (۱۳۹۱). بررسی رابطه سندرم پیش از قاعدگی و تاب‌آوری در پیش‌بینی تعارضات زناشویی در بین زنان متأهل شهر تهران. *فصلنامه زن و مطالعات خانواده*، ۵ (۱۷): ۵۱-۶۵.

جباری فر، ف؛ سعیدی، ح؛ سعیدی، ا. (۱۳۹۴). اثر الگوهای ارتباطی خانواده بر شادکامی دانشجویان، اولین کنگره ملی روان‌شناسی خانواده گامی در ترسیم الگوی مطلوب خانواده، اهواز
<https://civilica.com/doc/518732>

چراغی، م؛ مظاهری، م. ع؛ موتابی، ف؛ پناغی، ل؛ صادقی، م. ا. (۱۳۹۳). مقایسه رابطه با خانواده همسر در دو گروه افراد راضی و ناراضی از ارتباط مذکور. *خانواده پژوهی*، ۱۰ (۴۰): ۴۷۴-۴۵۱.

حیدری، م؛ مرقاتی خوبی، ع. ا؛ کیانی آسیاب، آ؛ محمدی تبار، ش. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط شیردهی با فعالیت جنسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۹ (۷۰): ۵۴-۶۰.

حیدری، ز؛ احمدی دستگردی، س؛ بخشی، ش؛ شیرانی، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش الگویی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر کاهش کمال‌گرایی نوروتیک زنان متقاضی طلاق، یازدهمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی، تهران، <https://civilica.com/doc/777425>

خسروی، ص. ا؛ معصومه، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش الگویی ارتباطی خانوادگی کثرت‌گرا بر علائم جسمانی-روانی زنان مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک. *اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان‌شناسی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران*، تهران، ایران.

خسروی، ص. ا؛ نشاط‌دوست، ح. ط؛ مولوی، ح؛ کلانتری، م. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش الگوهای ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت از زندگی زوجین. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱۵ (۱): ۴۸-۴۰.

دالتون، ک. (۲۰۰۰). *مشکلات پیش از عادت ماهانه*. ترجمه هومن حسینی نیک و شاهین خزعلی. (۱۳۸۱) تهران: شایان نمودار.

درویدیان، ف؛ پاک‌نیا، ن؛ مسعودی، ر. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش الگویی ارتباطی خانواده کثرت‌گرا بر رضایت مندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان، *رویش روان‌شناسی*، ۷ (۹): ۲۳-۱۱.

سادوک، ب؛ سادوک، و. (۲۰۰۳). *خلاصه روان‌پزشکی (جلد دو)*. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. (۱۳۸۳). تهران: شهر آب.

سمیعی سببنی، ف؛ انوشه، م؛ الحانی، ف. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر مشاوره با خانواده بر مقیاس های علامتی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، ۳ (۱): ۲۸-۳۹. شاکریان، ع. (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر در رضامندی زناشویی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۴: ۴۹-۴۰.

طلایی، ع؛ فیاضی بردبار، م. ز؛ نصیری، ا؛ پهلوانی، م؛ دادگر، س؛ ثمری، ع. (۱۳۸۸). بررسی همه گیرشناسی سندرم قبل از قاعدگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۲ (۲): ۲۲-۱۵.

عابدیان کاسگری، ک؛ شاه حسینی، ز؛ دانش، م. م. (۱۳۸۵). بررسی اثر رعایت رژیم غذایی نشاسته ای سه ساعته بر سندرم پیش از قاعدگی در دانش آموزان دبیرستان های دولتی و غیردولتی شهر ساری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۸ (۶۵): ۱۹-۲۷.

عباسی، ز؛ رسول زاده طباطبایی، س. ک. (۱۳۸۸). رضایت مندی زناشویی و تفاوت های فردی: نقش عوامل شخصیتی. *مجله علوم رفتاری*، ۳ (۳): ۲۴۲-۲۳۷.

علی اکبری دهکردی، م. (۱۳۹۱). رابطه بین هوش هیجانی و رضایت زناشویی در زوجین. *مجله علوم رفتاری*، ۶ (۲): ۱۶۹-۱۶۱.

فتوکیان، ز؛ غفاری، ف. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر یک برنامه ورزشی منظم گروهی بر شدت سندرم قبل از قاعدگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۸ (۴): ۸۰-۷۶.

قائدی، ل؛ مرادی، م. (۱۳۸۹). تأثیر ماساژ بر سندرم پیش از قاعدگی در دانشجویان. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۳ (۲): ۴۳-۳۸.

کریمیان کاکولکی ز؛ مظلومی محمودآباد، س؛ گرایلو، س؛ حیدری، ف؛ متقی، ب؛ شریفی، ف. (۱۳۹۷). آنالیز مسیر برای تعیین رابطه بین نارضایتی زناشویی، سندرم پیش از قاعدگی و بعد عاطفی کیفیت زندگی در زنان. *مجله تحقیقات سلامت*، ۷ (۳): ۱۴۰-۱۴۶.

مروتی شریف آباد، م. ع؛ کریمیان کاکلکی، ز؛ بکایی، م؛ فلاح زاده، ح؛ میرضایی، س. (۱۳۹۳). بررسی فراوانی نارضایتی زناشویی زوجین دارای همسران مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی در شهر یزد. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۰ (۲): ۳۲۵-۳۱۵.

Andrews, G. (2001) , woman's sexual health. 2d.ed. *Barillisere Tindal published Assosiation with the RLN*: 404 -405.

Axelson S. J. (1993). The marital adjustment of marital role definitions of husbands of working and nonworking wives. *Marriage and Family Living*, 25: 94-108.

Bagwell, E. K. (2006). "Factors Influencing Marital Satisfaction with a Specific Focus on Depression". Senior Honors Theses. Paper 38. <http://commons.emich.edu/honors>.

Blumberg ,SI. (1991). *premarital intervention programs: A Comparison study. Unpublished doctoral dissertation University of Denverco*.

- Cramer D. (2000). Relationship satisfaction and conflict style in romantic relationships. *The Journal psychol*, 134: 337-341.
- Moldenhauer, J. S. (2003). Hypertensive disorders of pregnancy. Danforth's obstetrics and gynecology.
- Elliss, A. (2001). *Overcoming destructive belifes, feeling and behaviors*. Amherst, NY: Prometheus Book.
- Fafouti, M., Paparrigopoulos, T., Zervas, Y., Rabavilas, A., Malamos, N., Liappas, I., & Tzavara, C. (2010). Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: a cross-sectional control study. *In Vivo*, 24 (5): 803- 910.
- Gable, S., Shean ,G. (2000). Perceived social competence and depression. *Journal of Social & Personal Relationships*, 17: 139-150.
- Greeff, A. P. (2000). Characteristics of Families that Function Well. *Journal of Family Issues*, 21 (8): 948- 963.
- Gülşah ,I. (2015).DepartmentPremenstrual Syndrome Is Associated with a Higher Frequency of Female Sexual Difficulty and Sexual Distress. *Journal of Sex & Marital Therapy*; 8:24-44.
- Halford ,W.K. (2004). The future of cuple Relationship education: suggestions on how it can make a difference. *Family Relations*, 53: 559-566.
- Hansson, K., Lund bland, A., (2006). Couple therapy effectiveness of treatment and long term follow up. *Journal of Family Therapy*, 28: 136-152.
- Hoga, L. A., Vulcano, M. A., Miranda, C. M, Manganiello A. (2010). Male behavior in front of women with Premenstrual Syndrome: Narratives of women. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (3): 372-78.
- Kapteyn A, Smith, JP., Soest, A. (2009). Life satisfaction. *Iza DP*, 131: 143-154.
- Karney, B.R., Bradbury, T.N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118: 3–34.
- Koerner, A. F., Fitzpatrick, M. A. (2002). Understanding family communication patterns and family functioning: The roles of conversation orientation and conformity orientation. *Communication Yearbook*.28:36-68.
- Kroll, R., Rapkin, A. J. (2006). Treatment of premenstrual disorders. *Journal repord med*, 51 (4): 356-370.
- Madid, S. (2003). Effects of night shift schedules nurses working in a priute hospital in South Africa. Unpublished master's thesis. Sweden: Department of human work sciences division of industrial ergonomics, *Luleal University of the technology*.
- Miller, P.J., Caughlin, J.P. & Huston, T.L. (2000). "Triat expressiveness and marital satisfaction". *Manuscript submitted for publication*.
- Minuchin, S. (1974). *Family and Family Therapy*. Translation Sanaee B., (2001). *Tehran: Amir Kabir*.
- Ollson, D.H. (1989). *Families: what makes them work*.New York: *Hamilton?*
- Olson,D. (1983).Circumflex Model of Marital and Family Systems: TheoreticalUpdate. *Family Process*, 22: 69-83.
- Olson, D., Defrain, J., Skogrand.L. (2011). *Marriages and Families: Intimacy, Diversity, and Strengths*. New York: *McGraw-Hill*.

- Reblin, M., Uchino, B. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry* 21 (2): 201-205.
- Ronnan, G.F., Dreer, L.E. (2004). Violent couples coping and communication skills. *Journal of family violence*, 19: 131-142.
- Soleimanian, A. A. (1993). *The ideas of irrational cognitive approach based on marital satisfaction*. Master thesis, University of Teacher Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences.
- Sprecher ,S., Wenzel. A., Harvey. J. (2008). *Handbook of Relationship Initiation*. New York.
- Yalcin ,MB. (2007). Effect of a couple communication program marital adjustment. *American Bord of Family Medicine*, 20: 36-44.