

مطالعه مقدماتی رابطه نشانگان پیش قاعدگی و افسردگی با باورهای فراشناختی در زنان دانشجو

فاطمه بهرامی^۱، زهرا آذریان^۲

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این پژوهش، بررسی رابطه افسردگی و نشانگان پیش قاعدگی با باورهای فراشناختی زنان دانشجو بود.
مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع تحلیل همبستگی و جامعه آماری آن، دانشجویان زن و دختر رشته روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان در سال تحصیلی ۸۵-۸۶ بود. سی نفر دانشجو به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده شامل پرسش‌نامه‌های فراشناخت، افسردگی بک و پرسش‌نامه محقق ساخته نشانگان پیش قاعدگی بود. داده‌ها از طریق تحلیل رگرسیون و با استفاده از نرم‌افزار SPSS13 تجزیه و تحلیل شد.
یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که خرده‌مقیاس باورهای فراشناختی منفی، در مورد غیر قابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی، رابطه معنی‌داری با نشانگان پیش قاعدگی داشته است ($P < 0/05$). همچنین بین تمام باورهای فراشناختی ناکارآمد و میزان افسردگی دوران ماهیانه زنان رابطه وجود داشت ($P < 0/05$).
نتیجه‌گیری: ویژگی‌های فراشناخت ممکن است در ایجاد و تداوم نشانگان پیش قاعدگی و افسردگی در زنان مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: نشانگان پیش قاعدگی، افسردگی، باورهای فراشناختی، فراشناخت.

نوع مقاله: تحقیقی (کوتاه)

تاریخ دریافت: ۱۵/۲/۸۷

پذیرش مقاله: ۱۶/۸/۸۷

مقدمه

علت این بیماری می‌دانند (۱). تئوری‌های زیادی در مورد علت نشانگان پیش قاعدگی وجود دارد که شامل علل روان‌شناختی (۲)، افزایش پروژسترون (۳)، نقص ویتامین B₆ (۳)، افزایش پرولاکتین (۴)، حساسیت به هورمون‌های داخلی (۳)، افزایش آلدوسترون و احتباس مایع (۵)، هیپوکسمی (۳)، پروستاگلاندین (۳) و اپیویدهای درون‌زاد (۶) می‌باشد. ملاک‌های

نشانگان پیش قاعدگی (PMS: premenstrual syndrome) اولین بار توسط فرانک در سال (۱۹۳۱) شناخته شد. نشانگان پیش قاعدگی یا PMS، شایع‌ترین نشانگان زنان است. علت این نشانگان هنوز نامشخص است، اما اغلب پزشکان به هم خوردن تعادل هورمونی استروژن و پروژسترون را محتمل‌ترین

E-mail: dr.f.bahrami@edu.ui.ac.ir

۱- استادیار گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان (نویسنده مسؤول)

۲- کارشناس ارشد مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان

مزبور در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال به روش تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند. این پژوهش یک مطالعه مقدماتی با گروه کوچک است.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات: برای انجام این پژوهش از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

۱- فراشناخت (MCQ: Meta-Cognition White Questionnaire و Wells (۱۹۹۷) کس شامل ۵ زیر مقیاس باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی، باورهای فراشناختی منفی در مورد غیر قابل کنترل بودن نگرانی، اعتماد شناختی پایین، باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار شامل خرافات، تنبیه، مسؤلیت پذیری و نیاز به کنترل افکار و در آخر خودآگاهی شناختی است و در مجموع ۶۵ سؤال دارد (۱۳). سازندگان این پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ (N = ۳۶) را به ترتیب در مورد خرده مقیاس‌های اول تا پنجم ۰/۸۷، ۰/۸، ۰/۸، ۰/۷۴ و ۰/۷ گزارش دادند.

۲- آزمون افسردگی بک (Beck) برای سنجش میزان افسردگی استفاده شد.

۳- پرسش‌نامه محقق ساخته علایم دوران قاعدگی: یک پرسش‌نامه ۱۱ سؤالی است که در مجموع ۴۴ نمره دارد و به صورت مقیاس لیکرت (۱ تا ۴ از کم تا خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. روایی صوری این پرسش‌نامه توسط ۳ نفر از متخصصان زنان مورد تأیید قرار گرفت و از لحاظ محتوایی با معیارهای DSM-IV برای تشخیص نشانگان پیش قاعدگی مقایسه شد و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

در نهایت داده‌های حاصل از ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS₁₃ از طریق محاسبه ضریب همبستگی و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

تشخیصی اختلال پیش از قاعدگی شامل خلق افسرده، اضطراب، بی‌ثباتی عاطفی، خشم، کاهش علاقه، اشکال در تمرکز، خواب آلودگی و کاهش انرژی، پرخوری، بی‌خوابی، احساس فقدان کنترل، سردرد، درد مفاصل و افزایش وزن می‌باشد (۷-۱۱). کاهش تمایل جنسی، تغییرات روانی- حرکتی، احساس بی‌ارزشی و نشخوار فکری از علایم دیگر این بیماری است (۱۲).

Wells و Matthews در مدل فراشناختی به فرمول‌بندی پردازش شناخت درونی، قوانین و مکانیسم‌هایی که موجب می‌شود تا بیماران به تعبیر و تفسیر باورهای ناسازگار بپردازند، توجه می‌کنند. در این الگو، علاوه بر توجه به محتوای فکر به چگونگی فکر کردن افراد نیز توجه می‌شود. آنان، اختلال هیجانی را به فراشناخت و شکل تفکر در آسیب پذیری هیجانی مرتبط می‌سازند (۱۳). Wells و همکار بر روی یک نمونه ۱۲۰ نفر غیر بیمار، نشان دادند که بین علایم نگرانی و وسواس فکری- عملی با باورهای فراشناختی رابطه وجود داشت. علایم نگرانی با باورهای مثبت و وسواس با باورهای مثبت و منفی رابطه داشت. باورهای منفی فراشناخت و خودآگاهی شناختی نیز پیش‌بینی کننده‌های معنی‌دار خود بیمار انگاری بودند (۱۴). در سایر مطالعات، باورهای منفی فراشناخت و شناختی مقیاس MCQ با اضطراب امتحان رابطه مثبت و معنی‌داری نشان داده است (۱۶، ۱۵). با توجه به فقدان تحقیقات در زمینه بررسی ویژگی‌های شناختی و فراشناختی اختلال PMS، اجرای این پژوهش با هدف بررسی رابطه باورهای فراشناختی با افسردگی زنان و سندروم پیش از قاعدگی ضروری شناخته شد.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری شامل زنان و دختران دانشجوی گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ و این پژوهش از نوع تحلیلی همبستگی بود. ۳۰ نفر از زنان و دختران گروه آموزشی

جدول ۱. تحلیل رگرسیون متغیرهای باورهای فراشناختی و علایم نشانگان پیش قاعدگی.

Sig	t	β	ضرایب همبستگی غیر استاندارد		متغیرها
			B	خطای استاندارد	
۰/۳۹۳	۰/۸۷۰		۱۴/۸۲۹	۱۲/۹۰۴	مقدار ثابت
۰/۶۳۳	۰/۴۸۳	۰/۱۰۰	۰/۴۴۳	۰/۲۱۴	باورهای مثبت در مورد نگرانی
۰/۰۳۵	۲/۲۳۰	۰/۴۵۸	۰/۴۵۴	۱/۰۱۲	باورهای منفی در مورد غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن فکر
۰/۲۲۳	-۱/۲۵۲	۰/۲۷۸	۰/۴۶۲	-۰/۵۷۸	باورهای منفی در مورد کفایت شناختی
۰/۳۹۸	-۰/۸۰۱	۰/۱۵۹	۰/۷۶۵	-۰/۶۵۸	باورهای منفی کلی
۰/۳۱۴	۱/۰۲۸	۰/۲۲۹	۰/۱۳۲	۰/۱۳۰	باورهای خودآگاهی شناختی

یافته‌ها

فراشناختی بود، احتمال رنج بردن از علایم افسردگی پیش قاعدگی در وی بیشتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاکی بود که باورهای فراشناختی منفی در مورد غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی، رابطه معنی‌داری با نشانگان پیش از قاعدگی دارد. این یافته با دیدگاه Wells مبنی بر ارتباط مثبت باورهای منفی در مورد غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن فکر با میزان آسیب‌پذیری همخوان است. همچنین با تحقیق Davey و همکاران که نشان دادند باورهای منفی در مورد نگرانی با اضطراب صفت، وسواس، چک کردن‌های اجباری و

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، باورهای منفی در مورد غیر قابل کنترل و خطرناک بودن فکر با نشانگان پیش قاعدگی ارتباط معنی‌داری داشته و توانسته است ۴۵ درصد واریانس آن را پیش‌بینی کند.

جدول ۲، تحلیل رگرسیون متغیرهای باورهای فراشناختی و افسردگی در زنان مبتلا به سندروم پیش قاعدگی را نشان می‌دهد. بین علایم افسردگی زنان مبتلا به سندروم پیش قاعدگی و باورهای خودآگاهی شناختی مثبت و منفی در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد کفایت شناختی، باورهای منفی کلی و باورهای خودآگاهی شناختی رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت و هر چه فرد بیشتر دارای باورهای ناکارآمد

جدول ۲. تحلیل رگرسیون متغیرهای باورهای فراشناختی و افسردگی در زنان مبتلا به نشانگان پیش قاعدگی.

P value	t	β	ضرایب همبستگی غیر استاندارد		متغیرها
			B	خطای استاندارد	
۰/۱۱۳۹	۱/۵۹		۲/۲۴۰	۳/۵۶۰۵	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۶/۵	۰/۴۴۲	۰/۰۲۵۲	۰/۱۶۴	باورهای مثبت در مورد نگرانی
۰/۰۰۱	۳/۳۱۸	۰/۲۳	۰/۴۷۵	۱/۵۷	باورهای منفی در مورد غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن فکر
۰/۰۰۵	۲/۸۳	۰/۱۸۹۷	۰/۰۲۵۳	۰/۰۷۱	باورهای منفی در مورد کفایت شناختی
۰/۰۱۵	۲/۴۶	۰/۱۷۲	۰/۲۸	۰/۶۹	باورهای منفی کلی
۰/۰۳۷۱	۲/۱۰	۰/۱۳۸۲	۰/۰۳۷۳	۰/۰۷۸۵	باورهای خودآگاهی شناختی

مغلوب نگرانی‌های ایجاد شده بدانند و فکر کنند که قادر به کنترل آن نیستند؛ به همین دلیل، در هنگام شروع نگرانی به آن ادامه می‌دهند و از نگرانی به عنوان یک شیوه مقابله‌ای برای اجتناب از وقایع خطرناک استفاده می‌کنند. لذا، کاربرد شیوه‌های فراشناختی با باورهای شناختی ناکارآمد مقابله کرده، فرد را متوجه می‌سازد که نگرانی او قابل کنترل است (۱۶).

سپاسگزاری

از همکاری دانشجویانی که در تکمیل پرسش‌نامه‌ها ما را یاری رساندند و همچنین از پروفسور آدریان ولز که به عنوان مبدع درمان فراشناختی اختلالات هیجانی، درک ما را از درمان فراشناختی عمیق‌تر ساخت، قدردانی می‌کنیم.

آسیب‌پذیری نسبت به نگرانی در مورد سلامتی و نگرانی اجتماعی همبستگی مثبت دارد، همخوان می‌باشد (۱۷). بنابراین اگر زنان نسبت به علایم پیش از قاعدگی این اعتقاد را داشته باشند که این علایم غیر قابل کنترل و خطرناک هستند، برای تعدیل و کنترل آنها اقدامی نمی‌کنند و بر روی علایم بیشتر متمرکز شده، آن را شدیدتر و ماندگارتر می‌سازند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که افسردگی با تمام زیر مقیاس‌های باورهای فراشناختی ارتباط دارد. در واقع باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری و نگرانی موجب شروع افسردگی می‌شود و باورهای منفی، وضع آن را بدتر می‌کند؛ چرا که باورهای شناختی ناکارآمد در مورد غیر قابل کنترل بودن نگرانی منجر می‌شود که افراد خود را

References

1. Nobahar M. Nursing in digestive tract cancer and stomas. 1st ed. Tehran: Boshra; 2002. p. 106.
2. Duchesne JC, Wang YZ, Weintraub SL, Boyle M, Hunt JP. Stoma complications: a multivariate analysis. *Am Surg* 2002; 68(11): 961-6.
3. Brooker C, Nicol M. Nursing Adult. 1st ed. St. Louis: Mosby; 2003. p. 611-3.
4. Smeltze SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
5. Chan CW, Hon HC, Chien WT, Lopez V. Social Support and Coping in Chinese Patients Undergoing Cancer Surgery. *Cancer Nurs* 2004; 27(3): 230-6.
6. Persson E, Severinsson E, Hellstrom AL. Spouses' perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma. *Cancer Nurs* 2004; 27(1): 85-90.
7. Nayyeri D, Asadi Noghabi A. Nursing Research. Tehran: Andisheye Rafie; 2005. p. 87.
8. Porrett T, McGrath A. Stoma Care (Essential Clinical Skills for Nurses). 1st ed. Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2005. p. 91.
9. Brooker C, Nicol M. Nursing Adults: The Practice of Caring 6th ed. St. Louis: Elsevier/Mosby; 2003.
10. Ramer L. Exploration of changes in trust, autonomy and psychosocial discomfort experienced by the postoperative cancer patient with a colostomy. [Dissertation]. San Francisco: University of California; 1989.
11. Wasio VH. Psychological distress and physical symptom experience in post-surgical colorectal cancer patients. [Dissertation]. Manitoba: University of Manitoba; 2005.
12. Perry AG, Potter PA. Skills Performance Checklists: Clinical Nursing Skills and Techniques. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2005. p. 1148.
13. C Taylor. Patients' experiences of 'feeling on their own' following a diagnosis of colorectal cancer: a phenomenological approach. *International journal of nursing studies* 2001; 38(6): 651-61.
14. Bartholomew K. The relationships among psychosocial adjustment, perceived social support, and quality of life in male and female adult survivors of colorectal cancer with an ostomy. [Dissertation]. New York: New York University; 1997.

- 15.15) Pamela GW. The effect of short term post operative counseling on self concept/self stem in cancer/ostomy patients. [Dissertation]. Boston: 1982.
16. Simmons K, Smith J, Bobb K, Liles L. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 60(6): 627-35.
17. Branagan G , Tromans A, Finnis D. Effect of stoma formation on bowel care and quality of life in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord* 2003; 41(12): 680-3.

A preliminary study on the correlation of Depression and Pre Menstrual Syndrome (PMS) with Meta Cognitive beliefs in female university students

F. Bahrami, Z. Azarian

Abstract

Aim & Background: This study was aimed to investigate the relationship between depression and Pre Menstrual Syndrome (PMS) with Meta Cognitive beliefs in female university students.

Method and Materials: This was a correlation analytical study executed on the female students of psychology studying at psychology and education school of Isfahan University in 2007-2008. Thirty students were randomly selected. The instruments used for data collection included the Meta Cognition Questionnaire (MCQ) and the Beck Depression Inventory (BDI), as well as a researcher-made questionnaire for assessment of Pre Menstrual Syndrome (PMS). Data was analyzed using the SPSS-13 software and the regression analysis method

Findings A significant correlation was found between the mean scores of the negative Meta Cognitive beliefs subscale (referring to the beliefs of dangerousness and uncontrollability of worry) with the mean scores of PMS ($p < 0.05$). Also, there were significant correlations between the mean total scores of all dysfunctional Meta Cognitive beliefs and the mean scores of depression during the menstrual period ($p < 0.05$).

Conclusion: Meta Cognition may play a role in development and perpetuation of PMS and depression in women.

Key words: Premenstrual Syndromes (PMS), Depression, Metacognitive Beliefs, Metacognitive.

Type of article: Short Communication

Received: 6.11.2008

Accepted: 4.1.2009

1. Assistant professor; counseling department, School of psychology and education, Isfahan University (Corresponding Author)

E-mail: dr.f.bahrami@edu.ui.ac.ir

2. Master of Science in family counseling; Counseling department, School of psychology and education, Isfahan University.