

اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب، افسردگی و تنیدگی نوجوانان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و کیفیت زندگی مادران آنها

سوگند قاسم‌زاده^۱، زهرا نقش^{۱*}، محمد غلامی فشارکی^۲، الهام شفیعی^۳

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- دانشجوی دوره دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

* نویسنده رابط: z.naghsh@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۶

چکیده

زمینه و هدف: سندرم پیش از قاعدگی تجربه برخی علائم جسمی و روانی در روزهای آخر چرخه قاعدگی است که در عملکرد تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی تداخل ایجاد می‌کند. با توجه به مشکلات نوجوانان در این دوره این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب، افسردگی و تنیدگی نوجوانان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و کیفیت زندگی مادران آنها انجام پذیرفته است.

روش کار: این مطالعه تجربی بر روی ۲۶ دختر نوجوان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی که در سال ۱۳۹۹ به دو مرکز درمانی واقع در شهر تهران مراجعه کرده‌اند، انجام شده است. بیماران به طور تصادفی در ۲ گروه مداخله (۱۲ نفر، ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی) و کنترل (۴ نفر) تقسیم گردیدند. در این مطالعه پرسش‌شوندگان به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی، پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی و پرسشنامه افسردگی بک، قبل، بعد و یک ماه پس از مطالعه پاسخ دادند. در این مطالعه از آزمون ANOVA تکراری و جهت تحلیل از نرم‌افزار SPSS 21 استفاده و سطح معنی دار ۵٪ در نظر گرفته شد. نتایج: یافته‌ها نشان داد که گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری را از نظر میانگین سه متغیر افسردگی، اضطراب و تنیدگی از خود نمایش دادند ($p < 0/05$). این کاهش باعث افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی مادران شده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی روشی موثر برای کاهش مشکلات روانی دختران نوجوان و افزایش کیفیت زندگی مادران آنها خواهد بود.

واژگان کلیدی: اضطراب، افسردگی، برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی، سندرم پیش از قاعدگی، کیفیت زندگی

مقدمه

مشکلات شایع در بین زنان است که به عود دوره‌ای ترکیبی از تغییرات جسمی، روانی و رفتاری در فاز لوتئال (Luteal phase) چرخه قاعدگی (Menstrual cycle) اطلاق می‌شود (۳). این سندرم یک رخداد دوره‌ای در زنان است که پریشانی جسمی و روحی در مرحله لوتئال دوره قاعدگی و چند روز (۱ تا ۳ روز) پس از مرحله فولیکولی

امروزه تامین سلامت زنان به عنوان یکی از حقوق مسلم آنها و از جمله الویت‌های بهداشتی می‌باشد (۱). حضور دختران نوجوان در حیطه‌های تحصیلی و اجتماعی با مسائل بهداشتی همچون سندرم پیش از قاعدگی (Premenstrual Syndrome) یا (PMS) ارتباط پیدا می‌کند (۲). سندرم پیش از قاعدگی یکی از

روانشناسان تمایل به استفاده از درمان فرا تشخیصی دارند (۱۸). تمرکز این روش‌های درمانی بر مجموعه اصول اصلی تغییر مثبت است که در طیف وسیعی از انواع اختلالات استفاده می‌شود (۱۹). با این حال، دانش در مورد تأثیر تنظیم هیجان در زنان و دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی محدود است، اما مطالعات انجام شده با استفاده از درمان فراتشخیصی بر افسردگی و اضطراب نشان داده است که نتایج موثر می‌باشند (۲۶-۱۶،۲۰). برنامه یکپارچه فراتشخیصی به عنوان رویکرد جدیدی در درمان اختلالات هیجانی و با تأکید بر عوامل مشترک میان اختلال‌ها در تلاش است که عواملی فراتر از معیارهای تشخیصی سنتی و همچنین عواملی که در بیش از یک اختلال دیده می‌شوند را شناسایی کند و هدف درمان قرار دهد بنابراین، با توجه به اهمیت کاهش اضطراب، افسردگی و تنیدگی در سندرم پیش از قاعدگی و کمبود مطالعات در این زمینه این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب، افسردگی و تنیدگی نوجوانان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و کیفیت زندگی مادران آنها انجام پذیرفته است.

روش کار

این پژوهش، یک مطالعه تجربی می‌باشد و با هدف بررسی اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب، افسردگی و تنیدگی نوجوانان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و کیفیت زندگی مادران آنها در شهر تهران انجام پذیرفته است. جامعه شرکت‌کنندگان در این مطالعه را دختران نوجوان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی به همراه مادرانشان که طی مهر تا آبان ۱۳۹۹ به متخصصین زنان و زایمان در کلینیک‌ها و درمانگاه‌های شهر تهران مراجعه کرده بودند تشکیل می‌داد. افراد شرکت‌کننده در این مطالعه پس از داشتن شرایط ورود به مطالعه بصورت حضوری ویزیت شدند و پس از ارائه توضیحات لازم توسط مجری، فرم رضایت آگاهانه بصورت مکتوب از بیماران اخذ گردید. در این مطالعه شرکت‌کنندگان در

(Follicular phase) از جمله نشانه‌های آن هستند (۴). بسیاری از زنانی که سندرم پیش از قاعدگی دارند تغییراتی را در خلق خود احساس می‌کنند. در برخی از زنان این تغییرات شدید بوده و زندگی آنان را مختل می‌کند (۵).

خلق افسرده، بی‌قراری، تنش و اضطراب، تحریک‌پذیری شدید، عصبانیت آشکار و درگیری‌های بین فردی از علائم مهم سندرم پیش از قاعدگی است (۶، ۷). بروز واضح این علائم از نوجوانی آغاز شده و در روند پیری علائم آن به تدریج بدتر می‌شود (۴). تحقیقات قبلی نشان داده است که سندرم پیش از قاعدگی بر پیشرفت تحصیلی و عملکرد اجتماعی و روابط بین فردی تأثیر می‌گذارد (۵). مطالعات پیشین نشان داده‌اند که نوجوانان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی بهره‌وری کمتری در زندگی نسبت به همسالان خود داشته و در انجام وظایف روزانه خود با پریشانی‌های ذهنی بیشتری مواجه شده و غیبت‌های تحصیلی و کاری بیشتری را به دلیل سلامت کمتر از خود به نمایش می‌گذارند (۸، ۹).

در دوران بلوغ، تقریباً ۳۰٪ از این نوجوانان از اختلالات اضطرابی رنج می‌برند و ۱۲٪ از آنها افسردگی را تجربه می‌نمایند (۱۰). Padhy و همکاران نشان دادند که افسردگی همزمان با شدت علائم سندرم پیش از قاعدگی افزایش می‌یابد (۱۱). محققان معتقد هستند که کاهش اضطراب و تنیدگی این دوره بسیار مهم بوده چرا که این بیماری از نظر جسمی و عاطفی حدود یک هفته در هر ماه (۱۴-۱۲) زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بنابراین کنترل آن می‌تواند به افزایش کیفیت زندگی بخش قابل توجهی از جامعه کمک نماید. مطالعات قبلی نشان داده است که بسیاری از دستورات عمل‌های درمانی تجربی تایید شده در کاهش علائم اضطراب و افسردگی در نوجوانان موثر است (۱۶، ۱۵). اما بسیاری از درمان‌های رفتاری پاسخگوی نیازهای بسیاری از نوجوانان نیست زیرا آنها فقط یک اختلال را درمان می‌کنند، بنابراین به نتایج مطلوب نخواهند رسید (۱۷). از این‌رو، امروزه

ابزار اندازه‌گیری: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL): این پرسشنامه فرم کوتاه شده و مختصر پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سؤالی سازمان بهداشت جهانی می‌باشد (۲۷). این پرسشنامه حاوی ۲۶ سؤال است که سؤال اول کیفیت زندگی و سؤال دوم وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می‌دهد. ۲۴ سؤال بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در ۴ حیطه سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط زندگی می‌پردازد. هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشند که با طیف لیکرت ۱ تا ۵ گزینه ای نمره‌دهی می‌شوند. نحوه نمره‌دهی سؤالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت وارونه می‌باشد. پس از انجام محاسبات لازم در هر حیطه به تفکیک معادل ۲۰ - ۴ نمره به دست خواهد آمد که در آن ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. نجات و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در جمعیت سالم را در حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و ارتباطات محیطی به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۵۵ و ۰/۸۴ و همچنین ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند (۲۸). این پرسشنامه در ایران توسط رصافیانی و همکاران ترجمه و اعتباریابی و ساختار عاملی آن تأیید شده است، نتایج مطالعه ایشان نشان دهنده برازش مطلوب و تأیید روایی سازه این پرسشنامه بود. همچنین نتایج مقادیر ضرایب همبستگی درون طبقه‌ای حاصل از آزمون-آزمون مجدد، نشان‌دهنده قابل قبول بودن ثبات زمانی آزمون‌های مورد ارزیابی بود (۰/۷۸ - ۰/۸۹). همچنین نتایج ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که همسانی درونی هر یک از مؤلفه‌های مورد بررسی در حد مطلوب و قابل قبول قرار دارند (۰/۷۵) (۲۹).

مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (Depression Anxiety Stress Scale): این پرسشنامه توسط لویباند ساخته شده است و مجموعه‌ای از سه زیر مقیاس خودسنجی می‌باشد که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و تنیدگی طراحی شده است (۳۰).

مطالعه به سه پرسشنامه افسردگی بک (تنها در ابتدای مطالعه)، غربالگری علایم قبل از قاعدگی (تنها در ابتدای مطالعه) و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنیدگی و مادران آنها به پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (در ابتدای مطالعه، انتهای مطالعه و یک ماه پس از مداخله) پاسخ دادند. در این مطالعه متغیرهای نمره پرسشنامه تنیدگی، اضطراب و افسردگی به عنوان پیامد اولیه و نمره کیفیت زندگی مادران شرکت کننده در مطالعه به عنوان پیامد ثانویه این مطالعه در نظر گرفته شد. معیار ورود شرکت‌کنندگان در این مطالعه عبارت بودند از تمایل به شرکت دختران نوجوان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی، گذشتن حداقل یک سال از قاعده شدن فرد، سن ۱۳ تا ۱۹ سال، تشخیص سندرم پیش از قاعدگی با استفاده از پرسشنامه (نمره بالاتر از ۲/۲) و تایید آن توسط پزشک متخصص زنان و زایمان، کسب نمره افسردگی متوسط (در مقیاس افسردگی بک) و نیز عدم تایید وجود همزمان یک اختلال اضطرابی براساس مصاحبه بالینی، عدم دریافت مداخله ساختاریافته و دارویی حداقل یک سال قبل از ورود به مطالعه و همچنین نداشتن اختلال سایکوتیک، نداشتن بیماری جسمانی و یا شرایط طبی زیربنای افسردگی، دارا نبودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور II و افکار خودکشی براساس مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته، و سوء مصرف مواد نیز جزء معیارهای خروج از پژوهش بودند. همچنین در این مطالعه، عدم تمایل بیمار به ادامه شرکت در طرح، غیبت بیش از دو جلسه، گمشدگی بیش از ۳۰٪ در پاسخ به سؤالات پرسشنامه به عنوان شرایط خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. در مورد مادران نیز تمایل به شرکت در مطالعه و حداقل تحصیلات به عنوان ملاک ورود و عدم تمایل مادر به شرکت در طرح، غیبت بیش از دو جلسه، دریافت درمان‌های روانپزشکی و عصب‌روانشناختی توسط مادر و فرزندخوانده بودن نوجوان به عنوان ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

۴ مورد متوسط یا شدید باشد. ۳) در بخش دوم (تاثیر علائم بر زندگی) یک مورد متوسط یا شدید باشد (۳۳). Yen و همکاران در مطالعه خود آلفای کرونباخ بخش اول و دوم این مقیاس را به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند (۳۴). ترجمه و روانسنجی نسخه ایرانی در مطالعه حریری و همکاران در دانشجویان تهران انجام گرفته و آلفای کرونباخ و روایی محتوایی این ابزار در دانشجویان دانشگاه تهران به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸ گزارش شده است (۳۹). ویژگی ترجمه و روان سنجی نسخه ایرانی **PSST** در مطالعه حریری و همکاران (۳۵) بررسی شده است. ایشان در مطالعه خود روایی محتوایی و پایایی داخلی این پرسشنامه را مناسب گزارش نموده اند (دامنه آلفای کرونباخ ۰/۸ تا ۰/۹۳).

پرسشنامه افسردگی بک (**BDI-II**): این پرسشنامه توسط Beck در سال ۱۹۶۱ تدوین شد و در سال ۱۹۷۴ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این پرسشنامه یک پرسشنامه ۲۱ سوالی (نمره ای بین صفر و ۳) می باشد. نمره بالا به معنای شدت افسردگی است. علائم افسردگی که توسط این آزمون سنجیده می‌شود عبارتند از علائم هیجانی و عاطفی، انگیزشی و شناختی، جسمی و نباتی (۳۶). این پرسشنامه از هنگام تدوین تاکنون مورد ارزیابی روانسنجی گسترده‌ای قرار گرفته است (۳۷). در ایران قاسم‌زاده و همکاران نسخه اصلاح شده در مطالعه خود روایی محتوایی و پایایی داخلی این پرسشنامه را مناسب گزارش نموده‌اند (دامنه آلفای کرونباخ ۰/۸۷) (۳۸).

نحوه تخصیص تصادفی و معرفی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی: در این مطالعه، بیماران به طور تصادفی در دو گروه درمان و کنترل قرار گرفتند. بیماران به طور تصادفی در ۲ گروه، گروه اول: مداخله و گروه دوم: کنترل قرار گرفتند. گروه درمانی ۶ جلسه درمانی هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه دریافت کردند. پروتکل این مطالعه توسط Barlow و همکاران ارائه شده است (۱۹). پروتکل یکپارچه متشکل از ۵ مولفه اصلی درمانی طراحی شده‌اند تا جنبه‌های محوری پردازش هیجان و تنظیم تجربیات هیجانی را مورد

هر یک از سه زیر مقیاس آن شامل ۷ ماده می‌باشند که در قالب مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای اصلاً تا زیاد نمره گذاری می‌شوند. پائین‌ترین نمره ۲۱ و بالاترین نمره در این مقیاس ۸۴ می‌باشد که بر میزان بالای نشانگان مذکور دلالت دارد. زیر مقیاس افسردگی، ملامت، ناامیدی، بی ارزش شمردن زندگی، نازرنده‌سازی خود، فقدان علاقه/ مشارکت، بی‌لذتی و سکون را اندازه می‌گیرد. زیر مقیاس اضطراب برپایی خودکار، تأثیرات اسکلتی ماهیچه‌ای، اضطراب موقعیتی و تجربه فاعلی احساس اضطراب را می‌سنجد. زیر مقیاس تنیدگی نسبت به سطح برپایی مزمن و غیر اختصاصی حساس است و دشواری در آرام شدن، برپایی عصبی، سهولت در تحریک شدگی/ناآرامی، فزون تحریک‌پذیری/واکنش‌پذیری و عدم تحمل را اندازه‌گیری می‌کند. لویباند قابلیت اعتماد برای هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی را با استفاده از آلفای کرونباخ قابل قبول ارزیابی می‌کند (۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۹۰) همچنین همبستگی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی و اضطراب بک بالا گزارش شده است (۰/۷۴، ۰/۸۱) (۳۰). در ایران صاحبی و همکاران روایی و پایایی این پرسشنامه را بررسی نموده و میزان آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی ۰/۷۷، مقیاس اضطراب ۰/۷۹ و مقیاس تنیدگی ۰/۷۸ گزارش شده است (۳۱).

پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی (**Premenstrual Syndrome Screening Tool**): پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی توسط Steiner و Macdougall (۳۲) طراحی شده است. این ابزار ۱۹ سوال و دارای دو بخش است. بخش اول شامل ۱۴ علائم از علائم جسمانی و روانی سندرم پیش از قاعدگی و بخش دوم (۵ سوال آخر) تاثیر این علائم را بر زندگی فرد می‌سنجد. برای هر سوال ۴ معیار اصلاً، خفیف، متوسط و شدید از نمره صفر تا ۳ در نظر گرفته شده است. جهت تایید تشخیص سندرم پیش از قاعدگی متوسط یا شدید باید سه شرط ذیل با هم وجود داشته باشند: ۱) از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد. ۲) علاوه بر مورد ۱، از گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل

احتماب ۱۰٪ ریزش نمونه ۲ نمونه به این تعداد اضافه گردید بنابراین در کل تعداد ۱۴ نمونه در هر گروه محاسبه گردید.

نتایج

در این مطالعه تعداد ۲۸ نفر وارد مطالعه شده که از این بین ۲ نفر از گروه مداخله به دلیل مشکل در شرکت در جلسات هفتگی از مطالعه خارج شدند و نهایتاً این مطالعه بر روی ۲۶ نمونه مورد تحلیل قرار گرفت. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه برابر با $17/68 \pm 16/28$ سال بود. از ۲۶ شرکت‌کننده در مطالعه ۱۰ نفر (۳۸٪) در رشته ریاضی، ۸ نفر (۶۱٪) در رشته تجربی و ۸ نفر (۳۱٪) دیگر در رشته انسانی مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از آزمون کای اسکور مشخص گردید که دو گروه از نظر نوع رشته با یکدیگر یکسان می‌باشند (آماره کای اسکور = ۰/۲۵، درجه آزادی = ۲، $p=0/884$). در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سن، افسردگی، اضطراب و تنیدگی دختران شرکت‌کننده در مطالعه و کیفیت زندگی مادران آنها در ابتدای مطالعه به تفکیک دو گروه مورد بررسی نمایش داده شده است. براساس نتایج گزارش شده در این جدول می‌توان گفت که میانگین دو گروه مورد بررسی از نظر سن، افسردگی، اضطراب، تنیدگی و کیفیت زندگی مادران ابتدای مطالعه همانند یکدیگر بودند. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار افسردگی، اضطراب و تنیدگی دختران شرکت‌کننده در مطالعه و کیفیت زندگی مادران آنها در طول مطالعه به تفکیک دو گروه مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین روند این تغییرات در نمودار ۲ نمایش داده شده است. براساس اطلاعات گزارش شده در این جدول و نمودار می‌توان مشاهده نمود گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری را از نظر میانگین سه متغیر افسردگی، اضطراب و تنیدگی از خود نمایش داد. این کاهش باعث افزایش معنی‌دار در کیفیت زندگی مادران شده بود.

هدف قرار دهد. این پنج مولفه اصلی درمان عبارتند از (۱) آموزش روانشناختی درباره هیجان‌ها و آگاهی‌افزایی در مورد آنها، (۲) افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، (۳) شناسایی و پیشگیری از الگوهای اجتناب از هیجان و رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان، (۴) تحمل احساسات جسمانی مربوط به هیجان و (۵) مواجهه هیجان محور درونی و مبتنی بر موقعیت. این پنج مولفه اصلی به دنبال یک بخش مقدماتی متمرکز بر افزایش انگیزه و آمادگی برای تغییر و درگیر شدن در فرایند درمان می‌آیند. جلسات ۱ و ۲، مربوط به آموزش و ارائه اطلاعات است که بعد از ایجاد ارتباط درمانی با مراجعان و افزایش انگیزه و آمادگی برای تغییر، اطلاعات وسیعی در مورد مولفه‌های هیجان، مدل سه سیستمی هیجان و نقش هیجان‌ها در تداوم نشانه‌های افسردگی و اضطراب ارائه می‌شود. جلسات ۳ و ۴، مربوط به انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود که روی افکار خودآیند و تحریف‌های شناختی، ارزیابی مجدد شناخت‌ها، تمرین تکنیک پیکان رو به پایین و تحلیل سودمندی باورها کار می‌شود. جلسات ۵ و ۶، مربوط به اجتناب از هیجان و رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان می‌شود. در این جلسات، بر پیشگیری از اجتناب از هیجان و اصلاح رفتارهای ناشی از هیجان، کار جسمانی مربوط به هیجان و مواجهه هیجان‌محور درونی و موقعیتی تاکید گردید.

تجزیه و تحلیل آماری: در این مطالعه از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، همبستگی، فراوانی و نسبت) و آمار استنباطی (آزمون کای اسکور، تی تست مستقل، آزمون من ویتنی، ANOVA تکراری و آزمون فریدمن) متناسب با نرمال بودن و یا نبودن متغیر پاسخ با استفاده از آزمون K-S انجام گردید. در این مطالعه نرم افزار SPSS 21 و سطح معنی دار ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد. در این مطالعه جهت تخمین حجم نمونه با در نظر گرفتن، مطالعه مرادی و همکاران (۳۹) و با و در نظر گرفتن میزان خطای نوع اول ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۹۰، تعداد ۱۲ نفر در هر گروه محاسبه گردید. با

بحث

اختلال پیش از قاعدگی عبارت است از علائم روانشناختی یا جسمانی که در دوره لوتئال چرخه قاعدگی ایجاد می‌شود. این بیماری عملکرد طبیعی روزانه بیمار را مختل می‌کند و اندکی پس از قاعدگی برطرف می‌شود (۴۲-۴۰). قاعدگی یک پدیده فیزیولوژیکی طبیعی است که برای همه زنان رخ می‌دهد و با تغییرات بسیار منظم در سطح استروژن تخمدان و پروژسترون همراه است (۴۳). خلق افسرده، بی‌قراری، تنش و اضطراب، تحریک‌پذیری شدید، عصبانیت آشکار و درگیری‌های بین فردی از علائم مهم این بیماری است (۶، ۷). با توجه به مشکلات نوجوانان در این دوره این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب، افسردگی و تنیدگی نوجوانان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و کیفیت زندگی مادران آنها انجام پذیرفته است. نتایج این مطالعه نشان داد که گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری را از نظر میانگین سه متغیر افسردگی (۰/۸۷- در برابر ۰/۰۳-)، اضطراب (۰/۵- در برابر ۰/۰۲-)، تنیدگی (۰/۷۹- در برابر ۰/۰۱-) از خود نمایش داد. این کاهش باعث افزایش معنی‌دار در کیفیت زندگی مادران (۰/۷۱ در برابر ۰/۰۲) شده بود. براساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بیشترین تاثیر را بر کاهش افسردگی، پس از آن تنیدگی و سپس اضطراب نمایش داد. در واقع، نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی در کاهش افسردگی، اضطراب و تنیدگی دختران نوجوان موثر است. این مطالعه با مطالعات انجام شده توسط Barlow و همکاران (۲۵)، Bentley و همکاران (۱۶)، Grossman و همکاران (۲۱)، Laposa و همکاران (۲۲)، Martinsen و همکاران (۲۴)، Talkovsky و همکاران (۲۳) و Williams و همکاران (۲۰) همخوانی می‌باشد.

Grossman و همکاران در یک مطالعه متاآنالیز نشان دادند که برنامه درمان فراتشخیصی یک روش موثر در کاهش اضطراب در جوانان است (۲۱)، Laposa و همکاران (۲۲)، Martinsen و همکاران (۲۴)، Talkovsky و همکاران (۲۳) و Barlow و همکاران (۲۵) نیز اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی را بر روی علائم افسردگی و اضطراب ارزیابی کردند. آنها نشان دادند که درمان فراتشخیصی به میزان قابل توجهی علائم افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد. در حقیقت تمرکز بر درمان مجموعه اختلالات نه تنها یک اختلال در درمان فراتشخیصی دلیل اصلی کارآیی این روش است (۱۸).

Bentley و همکاران در مطالعه خود با ارائه مهارت‌های مدیریت هیجان در جلسات آموزشی نشان دادند که می‌توان با استفاده از برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی در تنظیم و کنترل هیجان تاثیر گذاشت. Laposa و همکاران نیز برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی را در شکل گروهی با افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطرابی اجرا کردند. در این مطالعه ۲۶ نفر با علائم اضطراب بالینی قابل توجه، در برنامه ۱۴ هفته‌ای درمان فراتشخیصی شرکت کردند. نتیجه کاهش قابل توجهی را در اضطراب اجتماعی، نگرانی و علائم افسردگی نشان داد. Talkovsky و همکاران نیز در مطالعه خود با استفاده از راهبردهای درمانی برنامه یکپارچه فراتشخیصی در یک گروه ۴۲ نفری با تشخیص همزمان اضطراب و افسردگی در ۱۲ هفته درمان فراتشخیصی نشان دادند که این درمان در بهبود علائم افسردگی موثر بوده است. Martinsen و همکاران نیز برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی را در محیط مدرسه برای دانش‌آموزان با تشخیص همزمان اضطراب و افسردگی به کار بردند و نتایج بررسی آنها نشان داد که استفاده از برنامه یکپارچه به دلیل اینکه هر دو اختلال اضطراب و افسردگی را هدف درمان قرار می‌دهد اثربخشی بهتری نسبت به سایر درمان‌های موجود دارد.

با توجه به منطقی پدیدآیی درمان فراتشخیصی، بهبودی و تغییرات معنادار بالینی در علائم اختلال اضطراب و

نتیجه گیری

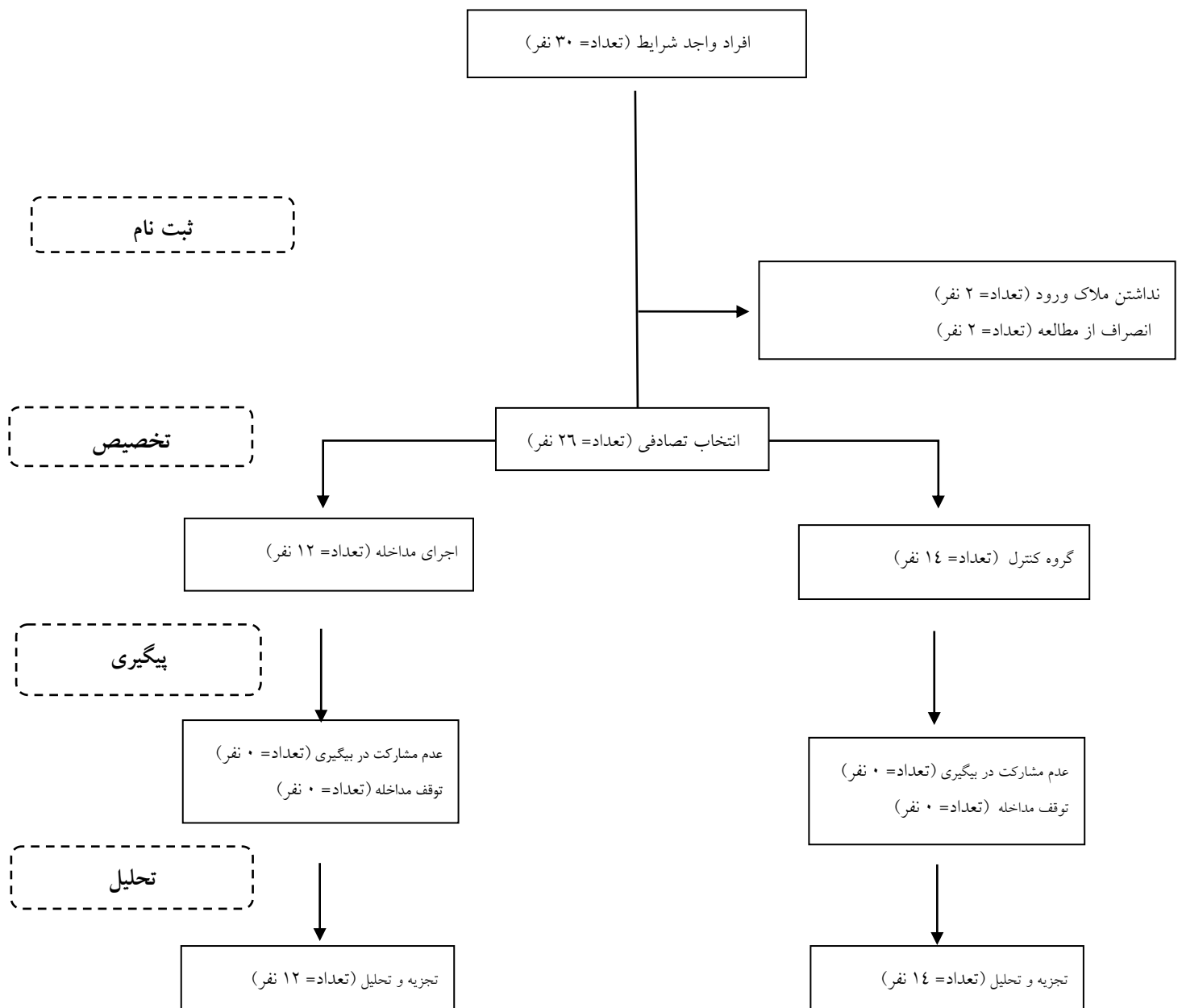
نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی روش موثر برای کاهش مشکلات روانی (تنیدگی، افسردگی و اضطراب) دختران نوجوان و افزایش کیفیت زندگی والدین علی الخصوص مادران آنها خواهد بود. در پایان از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به کم بودن حجم نمونه و انتخاب نمونه‌ها از شهر تهران که تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه را کمی با چالش مواجهه می‌نماید اشاره نمود بنابراین توصیه می‌شود در تحقیقات آینده، نمونه‌های بزرگتری برای تعمیم‌پذیری و اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی در علائم بالینی و تنظیم احساسات در نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات پیش از قاعدگی در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه به تصویب کمیته اخلاق دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران در تاریخ ۹۹/۰۵/۱۴ و با کد ۱۳۹۹.۰۲۳ IR.UT.PSYEDU.REC. ثبت و مورد تایید قرار گرفته است. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است و شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند و اطلاعات آنها محرمانه نگاه داشته شد. در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که نهایت همکاری را در اجرای برنامه داشتند تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران با شماره ۳۰۶۶۹/۱/۱ می‌باشد.

افسردگی می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، عاطفه مثبت و منفی و افکار تکرار شونده باشد که در ماژول‌های پروتکل روی آنها تاکید می‌شود. در این مطالعه آماج قرار گرفتن عوامل هیجانی مرکزی به جای نشانه‌های اختصاصی اختلال از طریق پروتکل یکپارچه، احتمالاً منجر به تغییرات بالینی معنادار در نشانه‌های اضطراب، افسردگی و تنیدگی شده است. به طور کلی نتایج این پژوهش هماهنگ با ادعای این روش درمانی و تحقیقات انجام گرفته مبنی بر کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی نشان داد که این درمان می‌تواند تغییر و بهبودی معنادار در شدت نشانه‌های اختلال هیجانی را با آماج قرار دادن عوامل مرکزی سطح بالاتر هیجانی موجب شود. انجام پاره‌ای از مداخلات آموزشی و افزایش آگاهی از سندرم پیش از قاعدگی تا حد زیادی باعث کاهش شدت علائم و همچنین بهبود کلی کیفیت زندگی و توان مقابله با تنیدگی در زنان می‌شود. از آنجا که سندرم پیش از قاعدگی گستره‌ای وسیع از علائم را در بردارد، موثرترین روش برای پیشگیری و کنترل علائم آن به کارگیری مداخلات چند جانبه و ارائه توصیه‌های مختلف جسمی و روانی است.

نتایج بیشتر در این مطالعه نشان داد که کاهش میزان تنیدگی، افسردگی و اضطراب نوجوانان به صورت قابل توجهی باعث افزایش کیفیت زندگی مادران آنان گردید. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که مادران با کودک با نیازهای ویژه از میزان کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند (۴۴). بنابراین استفاده درمان فراتشخیصی برای درمان مشکلات روانی دختران به صورت غیر مستقیم بر افزایش کیفیت زندگی مادران تاثیر دارد.



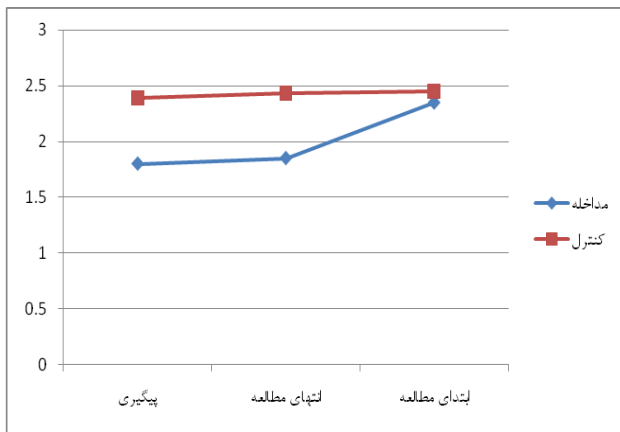
نمودار ۱ - مراحل انجام طرح پژوهش اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب، افسردگی و تنیدگی نوجوانان دختر مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی و کیفیت زندگی مادران آنها

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سن ، افسردگی، اضطراب، تنیدگی دختران شرکت کننده در مطالعه و کیفیت زندگی مادران آنها در ابتدای مطالعه به تفکیک دو گروه مورد بررسی

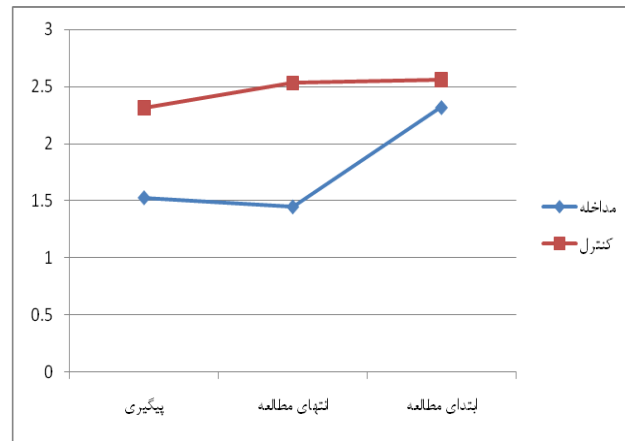
p-value	گروه مورد بررسی				متغیر
	کنترل		مداخله		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۷۴۲	۱/۳۴	۱۶/۲۲	۲/۰۸	۱۶/۳۴	سن
۰/۰۴	۰/۳۴	۲/۵۶	۰/۲۰	۲/۳۲	افسردگی
۰/۴۶۲	۰/۲۷	۲/۴۵	۰/۳۱	۲/۳۵	اضطراب
۰/۸۹۹	۰/۳۱	۲/۳۹	۰/۲۲	۲/۴۰	تنیدگی
۰/۴۹۴	۰/۶۳	۲/۸۷	۰/۷۳	۳/۰۵	کیفیت زندگی مادران

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار افسردگی، اضطراب، تنیدگی دختران شرکت کننده در مطالعه و کیفیت زندگی مادران آنها در طول مطالعه به تفکیک دو گروه مورد بررسی

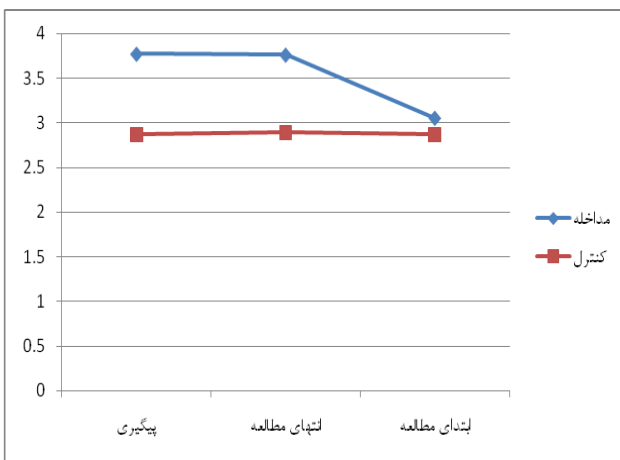
p-value بین گروهی	در هر کلیه زمانها	گروه مورد بررسی				زمان	متغیر
		کنترل		مداخله			
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۳۴	۲/۵۶	۰/۲۰	۲/۳۲	ابتدای مطالعه	افسردگی
	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۲/۵۳	۰/۳۲	۱/۴۵	انتهای مطالعه	
	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۲/۳۱	۰/۳۰	۱/۵۳	پیگیری	
۰/۰۰۴		p-value (درون گروهی)		۰/۰۰۱	p-value (درون گروهی)		
۰/۰۰۱	۰/۴۶۲	۰/۲۷	۲/۴۵	۰/۳۱	۲/۳۵	ابتدای مطالعه	اضطراب
	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۲/۴۳	۰/۴۴	۱/۸۵	انتهای مطالعه	
	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۲/۳۹	۰/۴۱	۱/۸۰	پیگیری	
۰/۰۰۴		p-value (درون گروهی)		۰/۰۰۱	p-value (درون گروهی)		
۰/۰۰۱	۰/۸۹۹	۰/۳۱	۲/۳۹	۰/۲۲	۲/۴۰	ابتدای مطالعه	تنیدگی
	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۲/۴۰	۰/۳۴	۱/۶۱	انتهای مطالعه	
	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۲/۳۷	۰/۳۵	۱/۶۰	پیگیری	
۰/۵۱۴		p-value (درون گروهی)		۰/۰۰۱	p-value (درون گروهی)		
۰/۰۰۱	۰/۴۹۴	۰/۶۳	۲/۸۷	۰/۷۳	۳/۰۵	ابتدای مطالعه	کیفیت زندگی مادران
	۰/۰۰۴	۰/۶۳	۲/۸۹	۰/۵۸	۳/۷۶	انتهای مطالعه	
	۰/۰۰۴	۰/۶۲	۲/۸۷	۰/۶۰	۳/۷۷	پیگیری	
۰/۴۲۴		p-value (درون گروهی)		۰/۰۰۱	p-value (درون گروهی)		



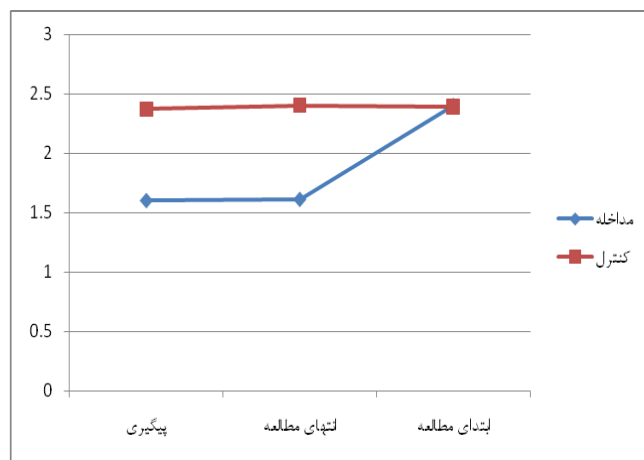
ب) اضطراب دختران براساس مقیاس اضطراب افسردگی و تنیدگی



الف) افسردگی دختران براساس مقیاس اضطراب افسردگی و تنیدگی



د) کیفیت زندگی مادران



ج) تنیدگی دختران براساس مقیاس اضطراب افسردگی و تنیدگی

نمودار ۲- روند میانگین افسردگی، اضطراب، تنیدگی دختران شرکت کننده در مطالعه و کیفیت زندگی مادران به تفکیک دو گروه مورد بررسی

References

- Maharaj S, Trevino K. A comprehensive review of treatment options for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Psychiatric Practice®*. 2015;21(5):334-50.
- Eissa M. Personality and psychosocial factors affecting premenstrual syndrome. *Current Psychiatry*. 2010;17(1):55-62.
- Bieber EJ, Sanfilippo JS, Horowitz IR, Shafi MI. *Clinical gynecology*: Cambridge University Press; 2015.
- Rapkin AJ, Mikacich JA. Premenstrual dysphoric disorder and severe premenstrual syndrome in adolescents. *Pediatric Drugs*. 2013;15(3):191-202.
- Reuveni I, Dan R, Segman R, Evron R, Laufer S, Goelman G, et al. Emotional regulation difficulties and premenstrual symptoms among Israeli students. *Archives of women's mental health*. 2016;19(6):1063-70.
- Walton L, Machamer L, Asumbrado R, Behrens M. Relationship between Nutrition (REAP), Exercise (VSAQ), and Stress on Premenstrual Syndrome Severity (PSST): Correlation, Cross-Section, Purposive Sample of 75 Females Ages 18-55. *Physiother Rehabil*. 2018; 3(158):2573-0312.1000158.

7. Czajkowska M, Drosdzol-Cop A, Gałazka I, Naworska B, Skrzypulec-Plinta V. Menstrual cycle and the prevalence of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder in adolescent athletes. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2015;28(6):492-8.
8. Cerqueira RO, Frey BN, Leclerc E, Brietzke E. Vitex agnus castus for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Archives of women's mental health*. 2017;20(6):713-9.
9. Qiao M, Zhang H, Liu H, Luo S, Wang T, Zhang J, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China. *European journal of obstetrics and gynecology and reproductive biology*. 2012;162(1):83-6.
10. Wong LP, Khoo EM. Menstrual-related attitudes and symptoms among multi-racial Asian adolescent females. *International journal of behavioral medicine*. 2011;18(3):246-53.
11. Padhy SK, Sarkar S, Beherre PB, Rathi R, Panigrahi M, Patil PS. Relationship of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with major depression: relevance to clinical practice. *Indian J Psychol Med*. 2015;37(2):159-64.
12. Bianco V, Cestari AM, Casati D, Cipriani S, Radici G, Valente I. Premenstrual syndrome and beyond: lifestyle, nutrition, and personal facts. *Minerva Ginecol*. 2014;66(4):365-75.
13. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. *Am Fam Physician*. 2003;67(8):1743-52.
14. Liu Q, Wang Y, van Heck CH, Qiao W. Stress reactivity and emotion in premenstrual syndrome. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:1597-602.
15. Ahlen J, Hursti T, Tanner L, Tokay Z, Ghaderi A. Prevention of anxiety and depression in Swedish school children: a cluster-randomized effectiveness study. *Prevention science*. 2018;19(2):147-58.
16. Bentley KH, Boettcher H, Bullis JR, Carl JR, Conklin LR, Sauer-Zavala S, et al. Development of a single-session, transdiagnostic preventive intervention for young adults at risk for emotional disorders. *Behavior modification*. 2018;42(5):781-805.
17. Lundkvist-Houndoumadi I, Thastum M. Anxious Children and Adolescents Non-responding to CBT: Clinical Predictors and Families' Experiences of Therapy. *Clinical psychology and psychotherapy*. 2017;24(1):82-93.
18. García-Escalera J, Valiente RM, Chorot P, Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sandín B. The Spanish version of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*. 2017;6(8):e149.
19. Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide: Oxford University Press; 2017.
20. Williams LM. Precision psychiatry: a neural circuit taxonomy for depression and anxiety. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):472-80.
21. Grossman RA, Ehrenreich-May J. Using the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders With Youth Exhibiting Anger and Irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2020;27(2):184-201.
22. Laposa JM, Mancuso E, Abraham G, Loli-Dano L. Unified protocol transdiagnostic treatment in group format: a preliminary investigation with anxious individuals. *Behavior modification*. 2017;41(2):253-68.
23. Talkovsky AM, Green KL, Osegueda A, Norton PJ. Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of anxiety*

- disorders. 2017;46:56-64.
24. Martinsen KD, Kendall PC, Stark K, Neumer S-P. Prevention of anxiety and depression in children: acceptability and feasibility of the transdiagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2016;23(1):1-13.
 25. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2017;74(9):875-84.
 26. Ghasemzadeh S. & Naghsh Z. Effectiveness of the Trans diagnostic Integrated Treatment Program in Emotion Regulation of Mothers and Anxiety of Children with Type I Diabetes. *Iraian Red Crescent Medical Journal*. 2020, 22(11).
 27. Group W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*. 1998;28(3):551-8.
 28. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006;4(4):1-12.
 29. Rasafiani M, Sahaf R, Shams A, Vameghi R, Zareian H, Akrami R. Validity and Reliability of the Persian Version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire – the Older Adults Edition. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. [Research]. 2020;15(1):41-28.
 30. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(3):335-43.
 31. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Iranian Psychologists*. 2005;4(1):299-313.
 32. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health*. 2003;6(3):203-9.
 33. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013.
 34. Yen J-Y, Chang S-J, Long C-Y, Tang T-C, Chen C-C, Yen C-F. Working memory deficit in premenstrual dysphoric disorder and its associations with difficulty in concentrating and irritability. *Comprehensive psychiatry*. 2012; 53(5):540-5.
 35. Hariri FZ, Moghaddam-Banaem L, Bazi SS, Malehi AS, Montazeri A. The Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): a validation study. *Archives of women's mental health*. 2013;16(6):531-7.
 36. Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*. 1998;31(3):160-8.
 37. Osman A, Kopper BA, Barrios F, Gutierrez PM, Bagge CL. Reliability and validity of the Beck depression inventory--II with adolescent psychiatric inpatients. *Psychological assessment*. 2004;16(2):120.
 38. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*. 2005;21(4):185-92.
 39. Moradmand M, Khanbani M. Efficacy of written emotional disclosure on self-efficacy and affective control in student with anxiety. *Journal of Applied Psychology*. 2016;10(1):21-37.
 40. Sarkar AP, Mandal R, Ghorai S. Premenstrual syndrome among adolescent girl students in a rural school of West Bengal, India. *Int J Med Sci Public Health*.

- 2016;5(03):5-8.
41. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;94(3):236-40.
42. Yonkers KA, Simoni MK. Premenstrual disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(1):68-74.
43. Kazdin AE. Addressing the treatment gap: A key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. *Behaviour research and therapy*. 2017;88:7-18.
44. Rassouli M, Yaghmaei F, Mohajeri S, Ghodssi-Ghassemabadi R, Mehrabi Y, Naderlou M, et al. The Correlation between the Quality of Life of Mothers of Children with Special Needs and Their Demographic Characteristics in Tehran, Iran. *Journal of Nursing Education*. [Research]. 2018;6(2):72-9.

The Effectiveness of a Transdiagnostic Treatment Program on Anxiety, Depression and Stress in Female Adolescents with Premenstrual Syndrome and Their Mothers' Quality of Life

Sogand Ghasemzadeh¹, Zahra Naghsh^{*1}, Mohammad Gholami Fesharaki², Elham Shafiee³

- 1- Ph.D. Assistant Professor, School of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran
- 2- Ph.D. Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
- 3- Ph.D. Student, Department of Psychology, School of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

*Corresponding Author: z.naghsh@ut.ac.ir

Received: Feb 25, 2021

Accepted: Jul 28, 2021

ABSTRACT

Background and Aim: Premenstrual Syndrome (PMS) is experiencing some physical and psychological symptoms in the last days of the menstrual cycle; it interferes with educational, social and family functioning, creating problems for the adolescents. The objective of this study was to determine the effectiveness of a transdiagnostic treatment program on anxiety, depression and stress in female adolescents with premenstrual syndrome and their mothers' quality of life.

Materials and Methods: This experimental study was conducted on 26 female adolescents with PMS referring to two health centers in Tehran, Iran in 2019. They were divided randomly in 2 groups, namely, an intervention (n=12, attending six 90-minute session per week) and a control (n=14) group. Data were gathered using the WHO Quality of Life, Beck depression, the DASS and PMS Screening Tool (PSST) questionnaires initially and after one month. The repeated ANOVA test was used for data analysis using SPSS software version 21; a p-value of <5% was considered to show statistical significance.

Results: As compared to the control group, at the end of the period the intervention group showed a statistically significant decrease in the means of the three variables of depression, anxiety and stress ($p < 0.05$). The decrease significantly improved the quality of life of the mothers.

Conclusion: The findings of this study show that a transdiagnostic treatment program can be an effective method to reduce the psychological problems of adolescent girls and improve the quality of life of their mothers.

Keywords: Anxiety, Depression, Transdiagnostic Treatment Program, Premenstrual Syndrome, Quality of Life

Copyright © 2021 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.