ORIGINAL ARTICLE

Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Menopausal Symptoms: A Randomized Clinical Trial

Behnaz Enjezab[1],
Mina Zarehosseinabadi[2],
Banafsheh Farzinrad[3],
Ali Dehghani[4]

[1] Associate Professor, Research Center for Nursing and Midwifery Care, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[2]MSc Student in Counseling in Midwifery, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Psychiatry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[4] Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

(Received January 2, 2019 ; Accepted ; September 1, 2019)

Abstract

Background and purpose: Reducing estrogen levels in perimenopausal period cause menopause-like symptoms. Hormonal and non-hormonal treatments are done to improve these symptoms. The purpose of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on menopausal symptoms in perimenopausal women.

Materials and methods: A randomized clinical trial was conducted in which 73 perimenopausal women were recruited in Yazd, Iran 2017. Samples were randomly divided into two groups [intervention (n=36) and control (n=37)]. The intervention group received Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) once a week during eight two-hour sessions, while no intervention was done in the control group. Demographic questionnaire, Cooperman's index, the Menopause Rating Scale (MRS) were completed by both groups before, immediately, and one month after the intervention.

Results: The mean scores for overall menopausal symptoms and its dimensions (except for the uro-genital dimension) in intervention group, decreased significantly after the intervention compared to those of the control group (P<0.001). The repeated measure showed that overall menopausal symptoms and its dimensions mean scores in intervention group changed significantly in three intervals of the study (P<0.001).

Conclusion: MBCT was found to be effective in improving menopausal symptoms, so, it can be considered as a supporting method in management of symptoms associated with perimenopausal period.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT2017080935598N1)

Keywords: mindfulness, menopause, counseling, cognitive therapy

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (178): 85-97 (Persian).

* **Corresponding Author: Mina Zarehosseinabadi -** Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran (E-mail: mina_zare_93@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۸ آبان سال ۱۳۹۸ (۹۷-۸۵)

تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علایم یائسگی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده

بهناز انجذاب[1]
مینا زارع حسین آبادی[2]
بنفشه فرزین راد[3]
علی دهقانی[4]

چکیده

سابقه و هدف: کاهش سطح استروژن در حوالی دوران یائسگی، منجر به بروز علایمی می‌شود که جهت بهبود علایم از روش‌های درمانی هورمونی و غیر هورمونی استفاده می‌شود. هدف انجام این مطالعه، تعیین اثر بخشی مشاوره با رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علایم یائسگی زنان حوالی دوران یائسگی می باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر کارآزمایی بالینی می باشد که بر روی ۷۳ خانم حوالی دوران یائسگی با استفاده از روش تصادف سازی ساده در دو گروه آزمون (۳۶ نفر) و کنترل (۳۷ نفر)، در شهر یزد در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه دو ساعته، هفته‌ای یک بار برای گروه آزمون انجام شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، شاخص کوپرمن و مقیاس درجه‌بندی یائسگی بود که قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از اتمام مداخله توسط هر دو گروه تکمیل شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج آزمون تی مستقل در مرحله بعد از مداخله و پیگیری میانگین نمرات علایم یائسگی و ابعاد آن به جز حیطه ادراری- تناسلی کاهش معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشان داد (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان داد میانگین نمرات علایم یائسگی و ابعاد آن در گروه مداخله در مراحل مختلف اجرای مطالعه تغییرات معنادار داشته است (P<۰/۰۰۱).

استنتاج: با توجه به تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود علایم یائسگی، استفاده از این روش می‌تواند به عنوان یکی از روش‌های حمایتی در مدیریت حوالی دوران یائسگی مد نظر قرار گیرد.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۱۷۰۸۰۹۳۵۵۹۸N۱

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، یائسگی، مشاوره، شناخت درمانی

مقدمه

یائسگی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی زنان است که در روند سالمندی تجربه می شود(۱). سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که تا سال ۲۰۳۰ حدود ۱/۲ میلیارد زن یائسه در جهان زندگی خواهند کرد و سالیانه ۴۷ میلیون زن وارد دوران یائسگی می شوند(۲). با پیشرفت علم پزشکی و افزایش امید به زندگی، بیش از

مولف مسئول: مینا زارع حسین آبادی- یزد: خیابان تیمسار فلاحی، خیابان بو علی، دانشکده پرستاری و مامایی E-mail: mina_zare_93@yahoo.com
۱ دانشیار، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۳. استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۴. دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۱۰/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۷/۱۰/۲۵ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۶/۱۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

یک سوم عمر زنان در دوران یائسگی طی می‌شود(۳)، بنابراین مسئله تاثیر یائسگی بر سلامتی زنان از اهمیت زیادی برخوردار است(۱). کاهش سطح استروژن در حوالی دوران یائسگی، منجر به بروز یک سری از علایم می‌شود که شایع‌ترین آن‌ها عبارتند از بی نظمی الگوی قاعدگی، بی‌ثباتی وازوموتور، آتروفی دستگاه تناسلی، بیماری‌های قلبی- عروقی و پوکی استخوان و سایر علایم شامل سرگیجه، ضربان قلب تند و نامنظم، تغییرات خلقی، اختلالات خواب، سردرد، درد عضلانی، درد مفاصل، اشکال در تمرکز و اختلالات حافظه می‌باشد(۵،۴). شدت علائم و تعداد دفعات بروز علایم در بین افراد مختلف، متفاوت است و این امر باعث می‌شود که پیش‌بینی و درمان علایم بسیار مشکل باشد(۶). مطالعات انجام شده در جمعیت زنان ایرانی حاکی از شیوع بالای علایم یائسگی از جمله گرگرفتگی، تغییر در تمایلات جنسی، احساس افسردگی و اختلالات خواب، استئوپروز و ... در این افراد می باشد(۹-۷). بر همین اساس طیف وسیعی از روش‌های درمانی جهت کنترل علائم یائسگی وجود دارد(۱۳-۱۰) که امروزه با توجه به عوارض ناشی از هورمون درمانی و سایر روش‌های دارویی توجه زنان به روش‌های جایگزین و طب مکمل بیش‌تر شده است(۱۴). مداخلات رفتاری یکی از گزینه‌های درمانی جایگزین می‌باشد که شامل یوگا، درمان شناختی رفتاری، ذهن آگاهی و ... می‌باشد(۱۵) که در میان آن‌ها ممکن است ذهن آگاهی به عنوان یک مداخله رفتاری و روشی غیر دارویی با کاهش اضطراب و افسردگی و آموزش زندگی کردن در لحظه حال در کاهش علایم یائسگی زنان حوالی دوران یائسگی کمک‌کننده باشد(۱۶).

ذهن‌آگاهی احساس بدون قضاوت از آگاهی می‌باشد که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات، به همان صورت که اتفاق می‌افتد کمک می‌کند. به وسیله تمرین‌ها و تکنیک‌های ذهن آگاهی، فرد از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی به فعالیت‌های روزانه و به قرار داشتن خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی پیدا می‌کند(۱۷). در چند سال اخیر تعداد زیادی از درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی ایجاد شده اند که یکی از آن‌ها درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) می‌باشد(۱۸). این روش به‌وسیله سگال (Segal) و همکاران در سال ۲۰۰۲ در هشت جلسه گروهی (هفته‌ای یک جلسه) برای جلوگیری از عود افسردگی ایجاد شده است(۱۶) و شامل تمرین‌های تن آرامی، یوگای کشیدگی، اسکن بدن و تمرین‌های شناخت درمانی است که نشان‌دهنده رابطه میان خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی می‌باشد(۱۹). انجام تمرینات روزانه به عنوان بخش مهمی در آموزش و اثر بخشی این رویکرد در نظر گرفته می‌شود(۲۰). بررسی پژوهش‌های انجام شده نشان داد آموزش ذهن آگاهی در بهبود کیفیت زندگی(۲۱-۲۳)، کیفیت خواب(۲۴) و افسردگی و اضطراب(۱۹) موثر بوده است، اما تعداد مطالعات در گروه زنان یائسه و علایم یائسگی محدود می‌باشد که نتایج تعدادی از این مطالعات محدود، حاکی از اثربخشی ذهن آگاهی بر بهبود علایم یائسگی و کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشد؛ لذا با توجه به تعداد کم افراد مورد مطالعه در پژوهش‌های قبلی نیاز به انجام مطالعات بیش‌تر در این زمینه جهت تایید این فرضیه می‌باشد(۲۸،۱۴-۲۵). باتوجه به رابطه میان جسم- ذهن و این‌که تغییرات طبیعی و ناشی از بیماری در جسم می‌تواند منجر به علایم روان‌شناختی شود که باعث شدت یافتن یا شروع اختلال‌هایی مانند افسردگی، اضطراب، استرس، تحریفات شناختی در افراد شود و پیامد ناشی از آن، عوارض منفی بر سلامتی داشته باشد، و با توجه به این نکته که علایم یائسگی باعث کاهش کیفیت زندگی زنان یائسه شده و تکنیک‌های ذهن آگاهی به منظور کاهش علائم روانشناختی و افزایش کیفیت زندگی، در زمینه سلامت روانی و جسمی به کار برده می‌شود(۲۶)، به نظر می‌رسد می‌توان از ذهن آگاهی جهت کنترل عوارض یائسگی و علایم روان شناختی ناشی از آن استفاده کرد. لذا با

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

توجه به این که تاکنون مطالعات محدودی(۲۶) در ارتباط با تاثیر ذهن آگاهی بر علایم یائسگی در زنان یائسه جامعه ایرانی انجام شده است، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی مشاوره با رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علایم یائسگی زنان حوالی دوران یائسگی طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر کارآزمایی بالینی تصادفی با دو گروه مداخله و کنترل، طرح موازی و سه مرحله‌ای (پیش آزمون- پس آزمون اول- پس آزمون دوم) می‌باشد که از شهریور تا بهمن ۱۳۹۶ به طور تصادفی در چهار مرکز بهداشتی درمانی شهر یزد انجام شد. پروتکل مطالعه توسط مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با کد اخلاق IR.SSU.REC.1396.89 و کد طرح ۵۳۴۷ تصویب شد. مطالعه هم‌چنین در سامانه کار آزمایی‌های بالینی ایران (شناسه ثبت نام: IRCT2017080935598N1) ثبت شده است.

حجم نمونه بر اساس فرمول زیر و سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با توجه به نتایج مطالعه Carmody و همکاران(۱۴) در هر گروه ۳۶ نفر به دست آمد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش در هر گروه برابر ۴۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{2\sigma 2\left[z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}\right]^2}{\mu^2}, n = \frac{2 \times 13.02[1.96 + 0.84]^2}{5.58} = 36.58 \cong 36$$

$$\sigma 2 = \frac{s_1^2 + s_2^2}{2} \quad \sigma 2 = \frac{9.14 + 7.76}{2} = 13.02$$

معیار ورود به مطالعه شامل زنان ۵۵-۴۵ سال که طی یکسال قبل دچار قاعدگی های نامنظم شده و یا حداکثر دو سال از تاریخ آخرین قاعدگی آن ها گذشته بود، دارا بودن تحصیلات پنجم ابتدایی و بالاتر، توانایی شرکت در جلسه های گروه درمانی و تمایل به همکاری در مطالعه و کسب ۱۵ امتیاز از پرسشنامه شاخص کوپرمن(۳۱-۲۹) و معیار خروج شامل سابقه هیسترکتومی یا اوفورکتومی، سابقه سرطان پستان، هورمون درمانی یا استفاده از مهارکننده انتخابی گیرنده سروتونین یا داروهای تعدیل‌کننده‌گیرنده استروژن، مصرف داروهای روان پزشکی و یا مراجعه به متخصص رفتاری در ۶ ماه گذشته، سابقه بیماری عصبی و روانی و سوء مصرف مواد، بروز استرس‌های بزرگ در ۶ ماه گذشته مانند از دست دادن عزیزان و طلاق و معیار ریزش مطالعه شامل غیبت بیش از ۳ جلسه در فرایند گروه درمانی، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات، بروز استرس‌های بزرگ و حوادث غیر منتظره در هر مرحله از طرح بود. با کمک پرونده سلامت زنان در مراکز بهداشتی، ابتدا مصاحبه تلفنی با افراد ۵۵-۴۵ سال انجام شد و سپس افراد واجد شرایط به صورت حضوری جهت تکمیل پرسشنامه شاخص کوپرمن و آشنایی با مشخصات کلی و اهداف طرح دعوت شدند (از ۷۴۴ مورد ارزیابی اولیه، در مجموع ۸۳ خانم واجد شرایط، وارد مطالعه شدند). در صورت کسب امتیاز ۱۵ و بالاتر از این شاخص، افراد جهت سایر معیارهای ورود به مطالعه بررسی شدند و فرم رضایت آگاهانه، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه Menopause Rating Scalem (MRS) در اختیار این افراد قرار گرفت و به صورت خود گزارش دهی تکمیل شد. سپس افراد واجد شرایط با روش تصادف سازی ساده و با کمک جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله (۴۲ نفر) و کنترل (۴۱ نفر) تقسیم شدند. مداخله به صورت برگزاری جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس کتاب شناخت درمانی مبتنی بر افسردگی نوشته سگال بود(۱۶) (جدول شماره ۱). گروه مداخله طی هشت هفته متوالی، در قالب ۴ گروه (گروه‌های ۱۲-۸ نفره)، در هشت جلسه ۲ ساعته رایگان کلاس‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی که توسط پژوهشگر دوم به صورت هفتگی برگزار شد، شرکت داده شدند. پژوهشگر دوم دوره آموزشی ذهن‌آگاهی را گذرانده بود و با نظارت پژوهشگر سوم مطالعه که دکتری روانشناسی بالینی داشت، جلسات برگزار شد. در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

طول دوره در انتهای هر جلسه، جزوه خلاصه محتوای همان جلسه در اختیار افراد قرار داده شد که در انتهای جزوه، تکالیف خانگی ذکر شده بود. مدت زمان انجام تمرین و تکالیف خانگی برای افراد یک ساعت در روز در نظر گرفته شد و انجام ۸۰ درصد تکالیف خانگی در کل دوره الزامی بود. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. پرسشنامه MRS توسط هر دو گروه مجددا در انتهای مداخله (هفته ۸) و ۱ ماه بعد (هفته ۱۲) به صورت جداگانه و به صورت خود گزارش‌دهی تکمیل شد (فلوچارت شماره ۱). به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، عدم درج نام مشارکت‌کنندگان در کلیه مدارک مربوط به پژوهش، اطمینان به مشارکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن کلیه اطلاعات ارائه شده از سوی آنان، یادآوری اختیاری بودن شرکت در مطالعه و امکان خروج از مطالعه در هر مرحله به در خواست آنان صورت گرفت و هم‌چنین در انتهای مطالعه گروه کنترل در جلسات ذهن‌آگاهی به صورت فشرده (۴ جلسه) و رایگان شرکت داده شدند.

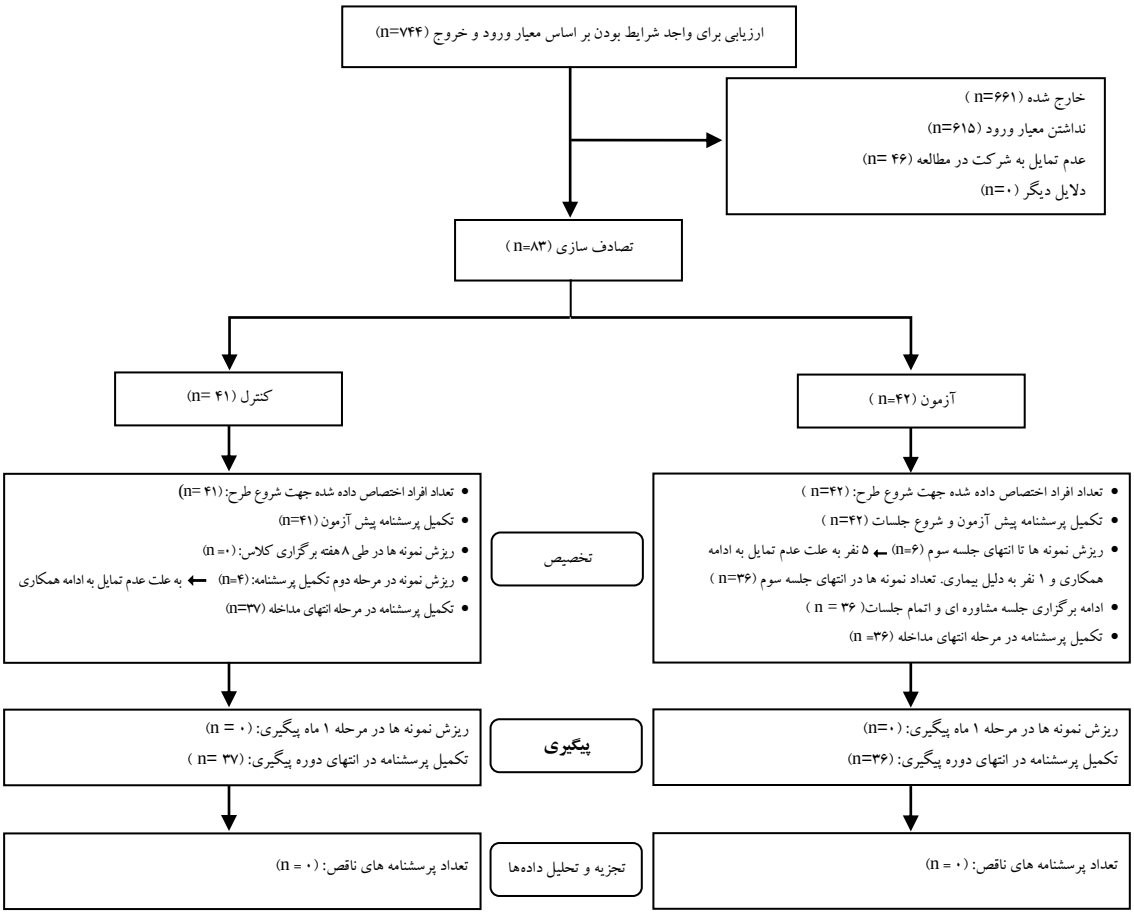
ابزار گرد آوری اطلاعات شامل: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (شامل سوالاتی ازقبیل سن، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، تحصیلات همسر، سن همسر، وزن و قد) که در ملاقات اولیه توسط افراد تکمیل شد، پرسشنامه شاخص کوپرمن که جهت تعیین علائم یائسگی به عنوان معیار ورود به مطالعه استفاده شده است. این پرسشنامه ترکیبی از سه فاکتور (روحی، وازوموتور و سایر علائم) است که شامل یازده علامت یائسگی می‌باشد که هر کدام از صفر (فاقد علامت)، یک (خفیف)، دو (متوسط)، سه (شدید) نمره‌دهی می‌شوند.

بیش‌ترین مقدار نمره ۵۱ می‌باشد. نمره افراد به صورت ۱۴-۱ حداقل علائم، ۲۰-۱۵ علائم خفیف، ۳۵-۲۱ متوسط و بیش‌تر از ۳۵ علائم شدید تقسیم‌بندی می‌شود که در این مطالعه، کسب نمره ۱۵ به بالا از این پرسشنامه، با توجه به این‌که بر اساس طبقه‌بندی، افراد با نمره بالای ۱۵ علایم یائسگی را تجربه می‌کنند، شرط ورود به مطالعه بوده است. پایایی و روایی این مقیاس از آن‌جاکه به عنوان مقیاس اندازه‌گیری علائم یائسگی در مطالعه‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته مورد تایید است(۳۱-۲۹).

جدول شماره ۱: محتوای کلی جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوی جلسه	تکالیف
اول	معرفی پژوهشگر و اعضای گروه، بیان اهداف و کلیات جلسات، مقدمه ای در مورد ذهن آگاهی، تمرین خوردن کشمش، تمرین وارسی بدنی، اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه	تمرین خوردن کشمش روزانه ۳-۲ بار، تمرین وارسی بدنی به مدت ۱۵ دقیقه
دوم	تمرین وارسی بدنی، ثبت وقایع خوشایند و لذت بخش، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه	تمرین خوردن وعده های غذایی با ذهن آگاهی، تمرین وارسی بدنی ۳۰دقیقه روزانه، ثبت وقایع خوشایند و لذت بخش، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه در روز
سوم	تمرین دیدن یا شنیدن به مدت ۵ دقیقه، نشستن در حالت مراقبه ۳۰ تا ۴۰ دقیقه، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای و تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند	تمرین دیدن یا شنیدن به مدت ۵ دقیقه روزانه، نشستن در حالت مراقبه ۳۰ تا ۴۰ دقیقه روزانه، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای ۳ بار در روز، تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند و ادامه ثبت وقایع خوشایند به صورت روزانه
چهارم	تمرین ۵ دقیقه ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، فضای تنفس ۳ دقیقه ای	تمرین ۵ دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن روزانه، ۴۰دقیقه مراقبه، فضای تنفس ۳ دقیقه ای ۳ بار در روز
پنجم	چهل دقیقه مراقبه نشسته- آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار. توجه به واکنش ها نسبت به افکار، احساسات، یا حس های بدنی، بیان دشواری هایی که در طی انجام تمرین روی می دهد. تاثیرات آن ها بر بدن و واکنش به آن ها، فضای تنفس ۳ دقیقه ای- مقابله ای	چهل دقیقه مراقبه نشسته به‌صورت روزانه، فضای تنفس ۳ دقیقه ای- مقابله ای به صورتی که در مواجهه با علایم یائسگی استفاده شود (۳ بار در روز).
ششم	مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه ای آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار (علاوه بر توجه به واکنش هایی که در برابر مشکلات داده می شود)، آماده شدن برای اتمام دوره	مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه ای، فضای تنفس ۳ دقیقه ای- مقابله ای (۳ بار در روز).
هفتم	۴۰دقیقه مراقبه نشسته- آگاهی از تنفس، بدن، صداها، سپس افکار (علاوه بر توجه به واکنش هایی که در برابر مشکلات داده می شود)، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش و فعالیت هایی که منجر به حس از عهده برآیی می شود، برنامه ریزی و تهیه یک برنامه مناسب برای چنین فعالیت هایی، فضای تنفس ۳ دقیقه ای به عنوان گام اول برای داشتن حضور ذهن. قدم زدن همراه با حضور ذهن	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته روزانه، تهیه یک برنامه مناسب از فعالیت های لذت بخش و فعالیت هایی که منجر به حس از عهده برآیی می شود، فضای تنفس ۳ دقیقه ای- مقابله ای (۳ بار در روز)
هشتم	تمرین وارسی بدنی، بازنگری کل برنامه: آنچه در گروه های دو نفره یاد گرفته شده و مرور کل برنامه. بحث در مورد اینکه چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظمی که در ۷ هفته گذشته در تمرین های منظم و چه در تمرین های غیر منظم ایجاد شده ادامه یابد. وارسی و بحث در مورد برنامه ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، گرفتن پس آزمون.	

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]



فلوچارت شماره ۱: الگوریتم انجام مطالعه

پرسشنامه MRS یا مقیاس درجه‌بندی یائسگی: جهت تعیین فراوانی و شدت علایم یائسگی در زنان میانسال به کار می‌رود. این ابزار شامل ۱۱ علامت مربوط به یائسگی در سه حیطه جسمانی (۴ سؤال)، روانی (۴ سؤال) و ادراری- تناسلی (۳ سؤال) می‌باشد. سؤالات با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت سنجیده می‌شود، که به گزینه (ندارم) امتیاز ۰ و به گزینه (خیلی شدید) امتیاز ۴ تعلق می گیرد. مجموع امتیازات پرسشنامه MRS در محدوده ۴۴-۰ می‌باشد. هر چه امتیاز کلی MRS یا امتیاز مربوط به هر یک از حیطه‌ها بیش‌تر باشد، شدت علائم تجربه شده یائسگی بیش‌تر خواهد بود. در مطالعه نظر پور و همکاران به منظور تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳۳ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (Intra-class correlation coefficient) برابر ۰/۹۷۷ بوده است(۳۲) و روایی با توجه به اعتبار محتوی تایید می‌شود(۳۳). تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام گردید. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون تی مستقل برای مقایسه متغیرهای پیوسته با توزیع نرمال و از آزمون کای اسکوئر برای مقایسه متغیرهای گسسته استفاده شد. تجزیه و تحلیل متغیر علایم یائسگی کلی و ابعاد آن در سه مرحله اجرای مطالعه به وسیله آزمون اندازه‌گیری مکرر انجام و سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

یافته ها

مطالعه حاضر بر روی ۸۳ خانم حوالی دوران یائسگی در شهر یزد انجام شد. از ۸۳ خانم شرکت‌کننده در مطالعه، ۶ نفر در گروه مداخله (۵ نفر به علت عدم شرکت در جلسات و ۱ نفر به دلیل بیماری) و ۴ نفر در گروه کنترل (عدم تمایل به همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها) تا مرحله انتهای مداخله ریزش کردند و مطالعه با ۳۶ نفر شرکت‌کننده در گروه مداخله و ۳۷ شرکت‌کننده در گروه کنترل خاتمه یافت (فلوچارت شماره ۱).

اکثریت افراد در مرحله پره منوپوز بودند و تحصیلات آن‌ها در سطح ابتدایی بود. دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند (P>۰/۰۵) (جدول شماره ۲). از ۳۶ شرکت کننده در گروه مداخله، ۲۱ درصد در تمام جلسات، ۳۸ درصد در ۷ جلسه و ۴۱ درصد در ۶ جلسه از مجموع ۸ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت کردند. هم‌چنین همه شرکت‌کنندگان حداقل ۸۰ درصد تکالیف خانگی خود را در طول ۸ جلسه انجام دادند.

نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند (P>۰/۰۵). بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، دو گروه در مرحله قبل از مداخله از نظر میانگین نمره علایم یائسگی کلی و ابعاد آن با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند، اما در مرحله بعد از مداخله و پیگیری (به جز در حیطه ادراری- تناسلی) میانگین نمره علایم یائسگی کلی و ابعاد آن در گروه مداخله به طور معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش یافت (P<۰/۰۵) (جدول شماره ۳).

در بررسی درون‌گروهی گروه مداخله، نتایج حاکی از کاهش نمره علایم یائسگی در تمام ابعاد بلافاصله بعد از مداخله می‌باشد که بر اساس مقایسه درون گروهی آزمون اندازه‌گیری مکرر (Test of within-subjects contrasts of repeated measures)، تغییرات میانگین نمره علایم یائسگی کلی و ابعاد آن در هر سه مرحله اجرای مداخله معنادار بوده است (جدول شماره ۳)، و بر اساس نتایج مقایسه زوجی آزمون اندازه‌گیری مکرر (Pairwise Comparisons)، در حیطه یائسگی کلی و حیطه‌های جسمی و روانی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله بلافاصله بعد از مداخله افزایش مختصر اما معنی‌داری دیده شد (P<۰/۰۵) (جدول شماره ۴). در بررسی درون گروهی گروه کنترل، میانگین نمره علایم یائسگی کلی و ابعاد آن در هر سه مرحله اجرای مداخله افزایش نشان داد، که این افزایش در بعد کلی و تمام حیطه‌ها به جز حیطه ادراری- تناسلی معنادار بود (P<۰/۰۵) (جدول شماره ۳). همچنین بر اساس نتایج مقایسه زوجی آزمون اندازه‌گیری مکرر، میانگین نمره علایم یائسگی کلی و حیطه جسمانی در گروه کنترل در مرحله پیگیری نسبت به قبل از مداخله افزایش معناداری را نشان داده است (P<۰/۰۵) (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۲: مقایسه مشخصات جمعیت شناسی گروه شناخت درمانی و گروه کنترل در زنان حوالی منوپوز

متغیر	گروه مداخله (۳۶نفر) تعداد (درصد)	گروه کنترل (۳۷نفر) تعداد (درصد)	دو گروه (۷۳نفر) تعداد (درصد)	سطح معنی داری
سن (سال)*	۵۰/۸۹±۲/۵۲	۴۹/۶۷±۲/۷۳	۵۰/۳۲±۲/۶۷	**۰/۰۷
سن همسر (سال)*	۵۳/۴۲±۳/۲۱	۵۲/۳۵±۲/۹۷	۵۲/۸۸±۳/۱۲	**۰/۱۴
وضعیت یائسگی				
بله	(۳۹) ۱۴	(۳۸) ۱۴	(۳۸) ۲۸	***۰/۹۲
خیر	(۶۱) ۲۲	(۶۲) ۲۳	(۶۲) ۴۵	
مدت زمان یائسگی در افراد یائسه (بر حسب ماه)*	۱۴/۴۳±۶/۰۹	۱۵/۵۰±۶/۲۸	۱۴/۹۶±۶/۱۰	**۰/۶۵
شاخص توده بدنی* (Kg/M^2)	۲۹/۴۶±۴/۲۳	۲۸/۸۵±۴/۱۷	۲۹/۱۵±۴/۱۸	**۰/۵۳
شغل				
خانه دار	(۸) ۳	(۱۶) ۶	(۱۲) ۹	***۰/۳۰
شاغل	(۹۲) ۳۳	(۸۴) ۳۱	(۸۸) ۶۴	
تحصیلات				
زیر دیپلم و دیپلم	(۸۹) ۳۲	(۹۲) ۳۴	(۹۰) ۶۶	***۰/۷۵
دانشگاهی	(۱۱) ۴	(۸) ۳	(۱۰) ۷	
تحصیلات همسر				
زیر دیپلم و دیپلم	(۶۷) ۲۴	(۶۲) ۲۳	(۶۴) ۴۷	***۰/۱۹
دانشگاهی	(۳۳) ۱۲	(۳۸) ۱۴	(۳۶) ۲۶	

*: انحراف معیار ± میانگین

**: Independent t-test

***: Test of within-subjects contrasts of repeated measures

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره علایم یائسگی زنان در گروه شناخت درمانی و کنترل در زمان های قبل، بعد و یک ماه بعد از مداخله

حیطه	انحراف معیار ± میانگین گروه مداخله	انحراف معیار ± میانگین گروه کنترل	سطح معنی داری*
حیطه جسمانی			
قبل از مداخله	۷/۱۴±۲/۳۴	۶/۴۶±۲/۸۵	۰/۲۷
بعد از مداخله	۴/۳۱±۱/۷۵	۶/۴۶±۳/۱۶	۰/۰۰
پیگیری	۵/۰۸±۱/۸۷	۷/۲۲±۲/۸۳	۰/۰۰
سطح معنی داری**	۰/۰۰۱>	۰/۰۴۴	
حیطه روانی			
قبل از مداخله	۶/۶۷±۳/۷۸	۵/۴۳±۲/۴۷	۰/۱۰
بعد از مداخله	۳/۱۴±۲/۰۷	۶±۲/۳۹	۰/۰۰
پیگیری	۳/۶۷±۲/۱۷	۶/۱۶±۲/۱۶	۰/۰۰
سطح معنی داری**	۰/۰۰۱>	۰/۰۳۶	
حیطه ادراری- تاسلی			
قبل از مداخله	۳/۷۵±۲/۳۱	۳/۰۸±۱/۹۹	۰/۱۸
بعد از مداخله	۳/۱۴±۲/۰۵	۳/۲۷±۱/۴۸	۰/۷۵
پیگیری	۳/۰۳±۱/۹۷	۳/۴۶±۱/۳۶	۰/۲۸
سطح معنی داری**	۰/۰۳۳	۰/۲۱۳	
نمره علایم یائسگی کلی			
قبل از مداخله	۱۷/۵۶±۶/۶۵	۱۴/۹۷±۴/۸۶	۰/۰۶
بعد از مداخله	۱۰/۵۸±۴/۲۰	۱۵/۷۳±۵/۲۴	۰/۰۰
پیگیری	۱۱/۷۸±۴/۴۸	۱۶/۸۴±۴/۸۳	۰/۰۰
سطح معنی داری**	۰/۰۰۱>	۰/۰۰۴	

* Independent t-test.

**Test of within-subjects contrasts of repeated measures.

جدول شماره ۴: مقایسه های زوجی (آزمون تعقیبی بنفرونی) برای بررسی دقیق تفاوت های موجود بین مراحل اجرای متغیر وابسته: علایم یائسگی در گروه آزمون و مداخله

متغیرها / زمان (I) *-زمان (II) **	گروه مداخله: تفاوت میانگین (I-II)	گروه مداخله: سطح معنی داری	گروه کنترل: تفاوت میانگین (I-II)	گروه کنترل: سطح معنی داری
حیطه جسمانی				
پیش آزمون- پس آزمون	۲/۸۳۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰
پیش آزمون- پیگیری	۲/۰۵۶	۰/۰۰۰	-۰/۷۵۷	۰/۰۴۴
پس آزمون- پیگیری	-۰/۷۷۸	۰/۰۰۴	-۰/۷۵۷	۰/۰۰۰
حیطه روانی				
پیش آزمون- پس آزمون	۳/۵۲۸	۰/۰۰۰	-۰/۵۶۸	۰/۱۲۰
پیش آزمون- پیگیری	۳	۰/۰۰۰	-۰/۷۳۰	۰/۰۳۶
پس آزمون- پیگیری	-۰/۵۲۸	۰/۰۴۵	-۰/۱۶۲	۰/۲۲۵
حیطه ادراری- تاسلی				
پیش آزمون- پس آزمون	۰/۶۱۱	۰/۰۲۹	-۰/۱۸۹	۰/۵۵۴
پیش آزمون- پیگیری	۰/۷۲۲	۰/۰۳۳	-۰/۳۷۸	۰/۲۱۳
پس آزمون- پیگیری	۰/۱۱۱	۰/۵۷۹	-۰/۱۸۹	۰/۱۴۷
علایم یائسگی کلی				
پیش آزمون- پس آزمون	۶/۹۷۲	۰/۰۰۰	-۰/۷۵۷	۰/۲۵۶
پیش آزمون- پیگیری	۵/۷۷۸	۰/۰۰۰	-۱/۸۶۵	۰/۰۰۴
پس آزمون- پیگیری	- ۱/۱۹۴	۰/۰۰۶	-۱/۱۰۸	۰/۰۰۰

*زمان(I): زمان اول در مقایسه دو بازه زمانی اجرای مداخله و

**زمان (II): زمان دوم در مقایسه دو بازه زمانی اجرای مداخله

بحث

با توجه به مرور متون موجود، مطالعه حاضر اولین مطالعه MBCT در درمان علائم یائسگی برای زنان یائسه در ایران می باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد، مشاوره با رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود علایم یائسگی زنان حوالی دوران یائسگی موثر بوده است،که این نتایج با نتایج مطالعات قبلی همسو می‌باشد(۲۸-۲۵). میانگین نمرات علایم یائسگی کلی و تمامی حیطه‌ها در مرحله قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت، ولی در مرحله بعد از مداخله و پیگیری (به جز حیطه تناسلی- ادراری) به‌طور معنادار در گروه مداخله کم‌تر از گروه کنترل بود که نشان دهنده تاثیر مثبت مشاوره شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش علایم یائسگی زنان حوالی دوران یائسگی می‌باشد. در همین راستا می‌توان گفت، استفاده از تکنیک شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش میزان اضطراب و استرس افراد شده و از آن‌جاکه استرس و پریشانی ذهنی نقش مهمی در شدت و آزاردهندگی علایم روانی و برخی علایم جسمی یائسگی مانند تعداد دفعات و شدت‌گر گرفتگی دارند، تاثیر مثبت ذهن‌آگاهی بر کاهش علایم یائسگی آشکار می‌شود(۳۴). بر اساس نتایج حاصل از مطالعه، بیش‌ترین تغییر میانگین ایجاد شده در گروه مداخله در حیطه روانی بود که طبق نتایج سایر مطالعات، مداخله ذهن‌آگاهی با کاهش میزان اضطراب و استرس موجب کاهش علایم روانی در افراد می‌شود(۳۵،۱۴). در مقایسه سایر روش‌های درمانی با مطالعه حاضر، استفاده از ایزوفلاوین با دوز ۱۲/۵ میلی‌گرم در روز به مدت ۸ هفته در مقایسه با گروه پلاسبو باعث کاهش معنادار افسردگی و بی‌خوابی و علایم جسمی از قبیل کاهش‌گر گرفتگی در زنان شده بود که مشابه نتایج مطالعه حاضر می باشد، اما استفاده از روش های دارویی از این قبیل با توجه به عوارض جانبی آن توسط افراد محدود شده است(۳۶). هم‌چنین تاثیر رفلکسولوژی در مقایسه با ماساژ ساده پا، نشان دهنده کاهش میانگین نمره اضطراب، افسردگی، شدت گر گرفتگی و تعریق شبانه در گروه رفلکسولوژی نسبت به گروه ماساژ ساده پا بود که با توجه به محدود بودن تعداد افراد مطالعه نیازمند تحقیقات بیش‌تر می‌باشد(۳۷).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

کم‌ترین تغییر میانگین در مطالعه حاضر در حیطه ادراری- تناسلی دیده شد که با توجه به دلیل پاتوفیزیولوژیک آن یعنی کاهش سطح استروژن در حوالی دوران یائسگی و اثرات جسمانی آن یعنی تاثیر بر ناحیه ژنیتال، سیستم ادراری، خشکی واژن، آتروفی سیستم تناسلی و بالطبع آن کاهش رضایت‌جنسی در افراد قابل قبول می‌باشد، از طرفی طبق نتایج یک مطالعه، اجرای مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر درمان باعث بهبود میل جنسی، تحریک جنسی، مرطوب شدن واژن حین رابطه، رضایت جنسی و عملکرد کلی جنسی در افراد شده بود(۳۳). در مطالعه ما هرچند نمرات کاهش یافته بود، اما این تفاوت معنی‌دار نبود که شاید ناشی از حجم نمونه کم بوده و یا دلیل احتمالی دیگر این تفاوت این باشد که در مطالعه ذکر شده علاوه بر آموزش ذهن‌آگاهی در تمامی جلسات، آموزش‌های مربوط به بهبود رابطه جنسی به‌طور اختصاصی نیز به افراد داده می‌شد، در حالی که در مطالعه ما با توجه به در نظر گرفتن علایم کلی یائسگی اجرای آن امکان‌پذیر نبود. براساس نتایج مطالعه‌ای مروری، استفاده از روش‌های طب مکمل مانند طب سوزنی، استروژن گیاهی، مکمل‌های خوراکی در درمان آتروفی واژن و بهبود مسائل جنسی زنان یائسه تاثیر نداشته است و نتایج در این زمینه با توجه به انجام مطالعات و حجم نمونه کم محدود می‌باشد(۳۸).

در مطالعه‌ای دیگر استفاده از قرص واژینال ۱۷ بتا استرادیول باعث کاهش معنی‌دار آتروفی واژن و از بین رفتن علایم ناشی از آن شده بود که همان‌طورکه ذکر شد، دلیل پاتولوژیک آتروفی یعنی کاهش سطح استروژن برطرف گردیده بود(۳۹). با توجه به این‌که در مطالعه حاضر، در گروه مداخله، کاهش غیر معنادار میانگین نمرات حیطه سیستم ادراری- تناسلی در مقایسه با گروه کنترل اتفاق افتاده بود، می‌توان اظهار نمود مداخلات رفتاری از قبیل ذهن آگاهی، درمان شناختی رفتاری، یوگا و... می‌توانند در بهبود دیدگاه و افزایش میل جنسی افراد در این دوران تاثیر مثبتی داشته باشند، هر چند که بر علایم جسمی ناشی از آن تاثیر ندارند.

در مورد حیطه جسمی علایم یائسگی، نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته است که نشان دهنده بهبود علایم می‌باشد. در یک مطالعه، استفاده از کوهوش سیاه (۳۴ درصد)، شبدر قرمز (۵۷ درصد)، استروژن کنژوگه و مدروکسی پروژسترون استات (۹۴ درصد) باعث کاهش گرگرفتگی و تعریق شبانه شده بود که فقط در گروه استفاده کننده استروژن کنژوگه و مدروکسی پروژسترون استات در مقایسه با گروه پلاسبو تفاوت آماری معنادار مشاهده شده بود(۴۰). هم‌چنین استفاده از طب سوزنی میزان گرگرفتگی را تا ۴۰ درصد در طول دوره مداخله کاهش داده بود(۴۱). در مطالعه حاضر حدود ۴۳ درصد علایم جسمی در گروه مداخله در مرحله قبل مداخله نسبت به بعد از مداخله بهبود یافته است که با توجه به عوارض جانبی استفاده از روش‌های دارویی و به دنبال آن محدودیت زمانی استفاده، به نظر می‌رسد استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند روش معقولی به حساب آید.

در مطالعه حاضر تغییرات ایجاد شده در گروه مداخله تا مرحله پیگیری باقی مانده بود، اما در مرحله بلافاصله بعد از مداخله –پیگیری، میانگین نمره علایم کلی یائسگی و حیطه جسمی به صورت معنادار افزایش یافته بود که نشان دهنده کاهش تاثیر مداخله بر علایم یائسگی افراد گروه مداخله بوده است اما در مقایسه با گروه کنترل تفاوت‌ها همچنان معنادار بود که در همین راستا نتایج مطالعه‌ای نشان داد آموزش ذهن‌آگاهی در زنان پری منوپوز و پست منوپوز باعث بهبود قابل توجه در علایم یائسگی از قبیل تعداد دفعات و شدت گر گرفتگی، بی‌خوابی، اضطراب و استرس درک شده بود که تا ۳ ماه بعد از انجام مداخله باقی مانده بود(۲۵). در مطالعه ما این تاثیر ادامه نداشت و با اتمام مداخله علایم یائسگی تشدید یافت، شاید بتوان علت این تفاوت را در این دانست که در مطالعه ما افراد مورد مطالعه از میانگین

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

سنی کم‌تر (۵۰ سال در مقابل ۵۳ سال) و میزان تحصیلات پایین‌تری (۱۱ درصد دانشگاهی در مقابل ۹۰ درصد دانشگاهی) نسبت به مطالعه ذکر شده برخوردار بودند و با توجه به این‌که اکثریت افراد مورد بررسی ما در مرحله پری منوپوز قرار داشتند (۶۱ درصد)، با اتمام مداخله، مجددا با ادامه تغییرات هورمونی افزایش شدت علایم یائسگی در افراد رخ داده است.

میانگین نمرات علایم یائسگی کلی و تمامی حیطه‌های پرسشنامه به جز حیطه ادراری- تناسلی گروه کنترل در مرحله بعد از مداخله و پیگیری نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی‌دار داشت که نشان دهنده افزایش شدت علایم یائسگی در این گروه می‌باشد و از آن‌جا که برای این گروه مداخله‌ای انجام نشده بود، این نتایج قابل انتظار بود.

مطالعات در زمینه تاثیر مداخله ذهن آگاهی بر کاهش علایم یائسگی زنان حوالی دوران یائسگی محدود می‌باشد، اما مطالعات قبلی، تاثیر مثبت مداخلات رفتاری بر روی علایم یائسگی را گزارش کرده‌اند که با توجه به حجم کم نمونه‌ها در مطالعات قبلی نیازمند تحقیقات بیش‌تر در این زمینه می‌باشد(۴۵-۴۲).

این مطالعه محدودیت‌هایی داشت که می‌توان به نداشتن برنامه فعال برای گروه کنترل اشاره نمود که با توجه به این‌که مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود، از برنامه فعال گروه کنترل در مقابل گروه مداخله استفاده نشد، بنابراین جدا از تاثیر مداخله، ممکن است، مسائل دیگر (به عنوان مثال توجه بیش‌تر مربی و یا هم کلاسی به فرد) هم در علایم یائسگی افراد تاثیرگذار بوده باشد. محدودیت دیگر نداشتن ابزار آموزشی مناسب مانند سی دی آموزشی جهت انجام تمرین‌ها در منزل بود که به همین منظور بوکلت و جزوه آموزشی در اختیار افراد قرار داده شد. همچنین از محدودیت‌های این پژوهش عدم مقایسه با روش‌های روان درمانی دیگر و سایر روش‌های درمان دارویی و کوتاه بودن مدت پیگیری بوده است که ممکن بود در مدت طولانی تر نتایج پیگیری متفاوت باشد.

مطالعه حاضر در میان زنان ایرانی حوالی دوران یائسگی انجام شد زیرا در این گروه سنی تغییرات جسمی و روانی که به دنبال علایم یائسگی اتفاق می‌افتد باعث افزایش میزان بروز استرس و افسردگی در مقایسه با سایر گروه‌ها می‌شود که باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌گردد(۳۴).

این کارآزمایی بالینی تصادفی شده نشان می دهد که مشاوره با رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سبب بهبود علایم یائسگی زنان حوالی دوران یائسگی خصوصا در حیطه علایم وازوموتور و روانشناختی شده است اما نتوانسته در بهبود علایم ادراری تناسلی موثر باشد. لذا می‌تواند به عنوان یک روش حمایتی کارآمد در مدیریت علایم یائسگی به کار برده شود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و همکاری صمیمانه بانوان محترمی که ما را در انجام مطالعه همراهی کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Yang HJ, Suh PS, Kim SJ, Lee SY. Effects of Smoking on Menopausal Age: Results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2007 to 2012. J Prev Med Public Health 2015; 48(4): 216-224.
2. Parente RC, Faerstein E, Celeste RK, Werneck GL. The relationship between smoking and age at the menopause: A systematic review. Maturitas 2008; 61(4): 287-298.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

3. Enjezab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A. Gender barriers to health promotion in middle-aged Iranian women. J Biosoc Sci 2014; 46(6): 818-829.
4. Muka T, Oliver-Williams C, Colpani V, Kunutsor S, Chowdhury S, Chowdhury R, et al. Association of Vasomotor and Other Menopausal Symptoms with Risk of Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. PloS One 2016; 11(6): e0157417.
5. Moilanen J, Aalto AM, Hemminki E, Aro AR, Raitanen J, Luoto R. Prevalence of menopause symptoms and their association with lifestyle among Finnish middle-aged women. Maturitas 2010; 67(4): 368-374.
6. Bahri N, Poor Ali L, Esmaieli H. The status of applying different treatment methods for Menopausal symptoms and some related factors, Gonabad- 1395. Iran J Obs Gynecol Infertil (IJOGI) 2016; 19(26): 1-8 (Persian).
7. Falah zadeh H, Dehghani Tafti A, Dehghani Tafti M, Hosseini F, Hosseini H. Factors affecting quality of life after menopause in women,Yazd, 2008. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2011; 18: 552-558 (Persian).
8. sheikhan Z, Pazandeh F, Azar M, Ziaei T, Alavi Majd H. Survey on Sexual Satisfaction Situation and Some of Affecting Agents in Postmenopausal Women. J Adv Med Biomed Res 2010; 18(71): 81-89 (Persian).
9. Etemadrezaei F, Shariati Sarabi J, Hateffard M, Soltanifar A, Rahmani S. Frequency of Osteoporosis and Osteopenia in Post-Menopausal Women in Mashhad City, Between 1389-1390. Med J Mashhad Univ (MUMS) 2014; 56 (6): 369-375 (Persian).
10. Abernethy K. Managing short-term menopausal symptoms (Section 8). Post Rep Health 2016; 22(2): 63-66.
11. Aemi SZ, Dadgar S, Pourtaghi F, Askari Hoseini Z, Emami Moghadam Z. The effect of exercise program using elastic band in improving the old women's health. Iran J Obs Gynecol Infertil (IJOGI) 2016; 18(177): 20-25 (Persian).
12. Ahsan M, Mallick AK. The Effect of Soy Isoflavones on the Menopause Rating Scale Scoring in Perimenopausal and Postmenopausal Women: A Pilot Study. J Clin Diagn Res 2017; 11(9): FC13-FC16.
13. Kim KH, Kang KW, Kim DI, Kim HJ, Yoon HM, Lee JM, et al. Effects of acupuncture on hot flashes in perimenopausal and postmenopausal women-a multicenter randomized clinical trial. Menopause 2010; 17(2): 269-280.
14. Carmody J, Crawford S, Churchill L. A pilot study of mindfulness-based stress reduction for hot flashes. Menopause 2006; 13(5):760-769.
15. Hill DA, Hill SR. Counseling patients about hormone therapy and alternatives for menopausal symptoms. Am Fam Physician 2010; 82(7): 801-807.
16. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press; 2012.
17. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. Jama. 2008; 300(11):1350-1352.
18. Churchill R, Moore TH, Furukawa TA, Caldwell DM, Davies P, Jones H, et al. 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. Cochrane Database Syst Rev 2013; 18(10): CD008705.
19. Kaviani H, Javahery F, Bahirahi H. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Automatic Thoughts, Dysfunctional Attitude, Depression And Anxiety: A Sixty

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

Day Follow-Up. Adv Cogn Sci 2005; 7(1): 49-59 (Persian).

20. Schroevers MJ, Tovote KA, Snippe E, Fleer J. Group and Individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Are Both Effective: a Pilot Randomized Controlled Trial in Depressed People with a Somatic Disease. Mindfulness 2016; 7(6): 1339-1346.
21. Grensman A, Acharya BD, Wandell P, Nilsson GH, Falkenberg T, Sundin O, et al. Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. BMC Complement Altern Med 2018; 18(1): 80.
22. Stefanaki C, Bacopoulou F, Livadas S, Kandaraki A, Karachalios A, Chrousos GP, et al. Impact of a mindfulness stress management program on stress, anxiety, depression and quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled trial. Stress 2015; 18(1): 57-66.
23. Lopez-Navarro E, Del Canto C, Belber M, Mayol A, Fernandez-Alonso O, Lluis J, et al. Mindfulness improves psychological quality of life in community-based patients with severe mental health problems: A pilot randomized clinical trial. Schizophr Res 2015; 168(1-2): 530-536.
24. Andersen SR, Wurtzen H, Steding-Jessen M, Christensen J, Andersen KK, Flyger H, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction on sleep quality: results of a randomized trial among Danish breast cancer patients. Acta Oncol 2013; 52(2): 336-344.
25. Carmody JF, Crawford S, Salmoirago-Blotcher E, Leung K, Churchill L, Olendzki N. Mindfulness training for coping with hot flashes: results of a randomized trial. Menopause 2011; 18(6):611-620.
26. Habibi M, Hanasabzadeh M. The Effectiveness of Mindfulness based Art Therapy on Depression, Anxiety, Stress and Quality of Life among Postmenopausal Women. Salmand Iran J Ageing 2014; 9(1): 22-31 (Persian).
27. Wong C, Yip BH, Gao T, Lam KYY, Woo DMS, Yip ALK et al. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) or Psychoeducation for the Reduction of Menopausal Symptoms: A Randomized, Controlled Clinical Trial. Sci Rep 2018; 8(1):6609.
28. Garcia MC, Kozasa EH, Tufik S, Mello LEAM, Hachul H. The effects of mindfulness and relaxation training for insomnia (MRTI) on postmenopausal women: a pilot study. Menopause 2018; 25(9): 992-1003.
29. Alder E. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. Maturitas. 1998; 29(1): 19-24.
30. Salehi K, Ehsanpour S, Zolfaghari B, Salehi Z, Honargoo M. Effect of red clover Isoflavones extract on menopausal symptoms. J Gorgan Univ Med Sci 2013; 15(2): 21-28 (Persian).
31. Abdolahi F, Azadbakht M, Shabankhani B, Rezaie Abhari F, Moslemizadeh N. Effect of aqueous Glycyrrhza globra extract on menopausal symptoms. J Mazand Univ Med Sci 2007; 16(56):75-82 (Persian).
32. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F. Effects of the severity of menopausal symptoms on sexual function in postmenopausal women. J Qazvin Univ Med Sci 2015; 19(4): 54-63 (Persian).
33. Makvandi S, Zargar Shoshtary S, Yazdi Zadeh H, Zaker hosseini V, Bastami A. Frequency and severity of menopausal symptoms and its relation with individual factors in

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]

premenopausal and postmenopausal women in Ahwaz, Iran. Iran J Obd Gynecol Infertil (IJOGI) 2013; 16(49,50): 7-15 (Persian).

34. Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. Behav Res Therap 2014; 57: 43-54.
35. Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. Behav Res Therap 2010; 48(8): 738-746.
36. Hirose A, Terauchi M, Akiyoshi M, Owa Y, Kato K, Kubota T. Low-dose isoflavone aglycone alleviates psychological symptoms of menopause in Japanese women: a randomized, double blind, placebo-controlled study. Arch Gynecol Obstet 2016; 293(3): 609-615.
37. Williamson J, White A, Hart A, Ernst E. Randomised controlled trial of reflexology for menopausal symptoms. BJOG 2002; 109(9): 1050-1055.
38. Okeke TC, Ezenyeaku CCT, Ilealo LC, Agu PU. An Overview of Vulvovaginal Atrophy Related Sexual Dysfunction in Postmenopausal Women. J Basic Clin Reproduct Sci 2012; 1(1-2).
39. Rioux JE, Devlin MC, Gelfand MM, Steinberg WM, Hepburn DS. 17β-estradiol vaginal tablet versus conjugated equine estrogen vaginal cream to relieve menopausal atrophic vaginitis. Menopause 2018; 25 (11): 1208-1213.
40. Geller SE, Shulman LP, van Breemen RB, Banuvar S, Zhou Y, Epstein G,et al. Safety and efficacy of black cohosh and red clover for the management of vasomotor symptoms: a randomized controlled trial. Menopause. 2009; 16(6): 1156-1166.
41. Vincent A, Barton DL, Mandrekar JN, Cha SS, Zais T, Wahner-Roedler DL, et al. Acupuncture for hot flashes: a randomized, sham-controlled clinical study. Menopause 2007; 14(1):45-52.
42. Green SM, Haber E, McCabe RE, Soares CN. Cognitive-behavioral group treatment for menopausal symptoms: a pilot study. Arch Womens Ment Health 2013; 16(4): 325-332.
43. Allen LA, Dobkin RD, Boohar EM, Woolfolk RL. Cognitive behavior therapy for menopausal hot flashes: two case reports. Maturitas 2006; 54(1): 95-99.
44. Hardy C, Griffiths A, Norton S, Hunter MS. Self-help cognitive behavior therapy for working women with problematic hot flushes and night sweats (MENOS@Work): a multicenter randomized controlled trial. Menopause 2018; 25(5): 508-519.
45. Mann E, Smith MJ, Hellier J, Balabanovic JA, Hamed H, Grunfeld EA, et al. Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial. The Lancet Oncolol 2012; 13(3): 309-318.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-10-12]