

Research Paper



Comparing the Effectiveness of Compassion-based Therapy and Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Distress Tolerance of Women with Premenstrual Dysphoria



Golmehrad Ahmadi¹, Amine Kashanian², Nafiseh Babaei³, Najibeh Akbarzadeh Amirdehi^{4*}, Emad Imani Rad⁵, Fatemeh Mohammadzadeh⁶

1. PhD student, General Psychology, Islamic Azad University, Tonkabon branch, Mazandaran, Iran.
2. PhD Student in Counseling, Islamic Azad University, Tonkabon Branch, Mazandaran, Iran.
3. Master's degree, Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Mazandaran, Iran.
4. PhD in Educational Planning, Islamic Azad University, Sari Branch, Mazandaran, Iran.
5. Master's degree, Clinical Psychology, Ayatollah Amoli University, Mazandaran, Iran.
6. Bachelor of Psychology, Islamic Azad University.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.17494

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17494.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Compassion-based therapy, cognitive-behavioral hypnotherapy, distress tolerance, premenstrual dysphoria

Received: 2023/05/25
Accepted: 2023/07/01
Available: 2024/02/20

The aim of the present study was to compare the effectiveness of compassion-based therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy on the distress tolerance of women with premenstrual dysphoria. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group with a three-month follow-up phase. The statistical population consisted of all women aged 25 to 40 in Sari city with premenstrual dysphoria in 2019 who were referred to psychological counseling centers by gynecologists. 45 people from this community were selected in a purposeful way and randomly assigned in three groups of 15 people. The research tools were: Distress Tolerance Scale (DTS) and Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). Compassion-based therapy was implemented in 8 sessions of 90 minutes and cognitive-behavioral hypnotherapy was implemented in 8 sessions of 90 minutes. Meanwhile, the control group did not receive any intervention during the research. Mixed variance analysis was used to analyze the data. The results showed that both treatment groups focused on compassion and cognitive-behavioral hypnotherapy had significant and stable effectiveness compared to the control group ($P=0.001$). Also, the results showed that there is no significant difference between the two experimental groups ($P<0.05$). The results indicated that psychologists and specialists can use any of these two treatments to improve distress tolerance in women with premenstrual dysphoria.



* Corresponding Author: Najibeh Akbarzadeh Amirdehi

E-mail: golmeherah2023@gmail.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی



گل‌مهر احمدی^۱، امینه کاشانیان^۲، نفیسه بابایی^۳، نجیبه اکبرزاده امیردهی^{۴*}، عماد ایمانی‌راد^۵، فاطمه محمدزاده^۶

۱. دانشجوی دکتری، روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، مازندران، ایران.
۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، مازندران، ایران.
۳. کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران.
۴. دکتری برنامه‌ریزی تحصیلی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران.
۵. کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آیت‌الله آملی، مازندران، ایران.
۶. کارشناسی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی.



DOI: 10.22034/JMPR.2024.17494

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17494.html



مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری را کلیه زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله شهر ساری دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند که توسط متخصص زنان به مراکز مشاوره روانشناختی ارجاع داده شده بودند. ۴۵ نفر از این جامعه به شیوه هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری گمارده شدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از: مقیاس تحمل پریشانی (DTS) و پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی (PSST). درمان مبتنی بر شفقت در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری نیز در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. در ضمن گروه کنترل در حین اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. نتایج نشان داد که هر دو گروه درمان متمرکز بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی معنادار و پایداری داشته است ($P=0/001$). همچنین نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$). نتایج بیانگر این بود که روان‌شناسان و متخصصان می‌توانند از درمان متمرکز بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری برای بهبود تحمل پریشانی در زنان دچار اختلال ملال پیش از قاعدگی استفاده نمایند.

درمان مبتنی بر شفقت،
هیپنوتراپی شناختی-
رفتاری، تحمل پریشانی،
اختلال ملال پیش از
قاعدگی

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۳/۰۴
پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۴/۱۰
منتشر شده: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

* نویسنده مسئول: نجیبه اکبرزاده امیردهی
رایانامه: golmeherah2023@gmail.com

مقدمه

اختلال ملال پیش از قاعدگی^۱ یک اختلال خلقی است که در زمان‌های خاصی از چرخه‌ی قاعدگی رخ می‌دهد. در اختلال ملال پیش از قاعدگی، علائم به آن اندازه شدید هستند که می‌توانند بر کیفیت روابط فردی و اجتماعی، زندگی روزمره، کار و تحصیل فرد تأثیر گذاشته و باعث اختلال در آنها شوند (درخشانپور، بحرینیان، خاکپورشمس آبادی و بحری، ۱۳۹۹). اختلال ملال پیش از قاعدگی شامل دامنه‌ای از نشانه‌های هیجانی، جسمانی و رفتاری است که در اکثر قاعدگی‌های ماهانه در یک سال گذشته فرد، حداقل یک نشانه عاطفی (شامل: افسردگی، خشم انفجاری، اضطراب، تحریک‌پذیری، سردرگمی و گوشه‌گیری اجتماعی) و یک نشانه جسمانی (شامل: حساس شدن پستان‌ها، نفخ شکمی، سردرد و ورم دست‌ها و پاها)، با شدت متوسط تا شدید در هفته‌ی پایانی پیش از آغاز قاعدگی‌ها دیده شود و چند روز پس از آغاز عادت ماهانه بهبود پیدا کنند و یک هفته پس از پایان قاعدگی باید به حداقل برسند یا ناپدید شوند (راپکین، کروتکوا و تیلور^۲، ۲۰۱۹). شیوع دقیق اختلال ملال پیش از قاعدگی نامشخص است. برآورد می‌شود که ۷۰ تا ۹۰ درصد زنان، به درجاتی نشانه‌های قبل از قاعدگی را داشته باشند. نشانه‌های اختلال ملال پیش از قاعدگی ممکن است پیامدهای منفی جدی برای زنان، خانواده‌هایشان و ارتباطات اجتماعی آنها از جمله عزت نفس پایین، سطح تحمل پایین نسبت به استرس و پرخاشگری ایجاد کند (رابیا، کوثر و مظفر^۳، ۲۰۱۸). اخیراً چنین شیوعی برای زنان ایرانی نیز نشان داده شده و بر نقش پریشانی‌های هیجانی و شناختی در آن تأکید شده است (موسوی و خرم‌آبادی، ۱۴۰۰). تحمل پریشانی توانایی مقاومت در برابر، موانع و موقعیت‌های استرس‌زا است. تحمل کم پریشانی به طور معمول به عنوان عملکرد اجرایی مختل و مشکلات خودتنظیمی مفهوم سازی شده است. نشانه‌ها ممکن است شامل اضطراب، تنش، توجه کم و ترک وضعیت باشد (دوئون، سون و کیم^۴، ۲۰۱۸). تحمل بالا در پریشانی نقش محوری در جهت دهی به کاهش مشکلات زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی دارد، به طوری که سبک پاسخدهی نامناسب در زمان بروز استرسورها، باعث تشدید علائم اختلال می‌شود و همین باعث کناره‌گیری، انعطاف‌ناپذیری روانشناختی و احساس مضاعف ناکامی می‌شود که در نهایت منجر به خستگی روانی مضاعف می‌گردد (ارزین، کیلینسل، بایرام، کلیس، کوتان^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این باید توجه کرد که برخی از درمان‌های دارویی براس اختلال ملال پیش از قاعدگی، به ویژه آگونیست‌ها^۶ با تشدید سردرد و دردهای عضلانی باعث کاهش تحمل پریشانی در این افراد می‌گردد (کارلینی، لانزا دی اسکالی، مک‌نالی، لستر و دلیگیانیدیس^۷، ۲۰۲۲).

اگرچه درمان دوارایی برای بهبود تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به ملال پیش از قاعدگی نتایج معناداری را نشان داده است، با این حال وجود عوارض جانبی مانند وجود درد و التهاب باعث شده که در برخی از موارد زنان درمان را قطع کنند (بکستروم، اکبرگ، هیرشبرگ، بیکسو، اپرسون^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). بر همین اساس استفاده از درمان‌های روان‌شناختی کارآمد که فاقد چنین عوارضی است، احتمالاً بتواند با موفقیت بیشتری همراه گردد. امروزه درمان‌های جدید در روانشناسی بر نقش منابع روانشناختی فرد در روبرویی با عوامل فشارزا تأکید دارد، زیرا از این طریق می‌توان تدابیر درمانی مناسب را برای کمک به فرد تحت فشار فراهم نمود (سوئین، هانکوک، هاینس ورت و بوومن^۹، ۲۰۱۸). از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در کاهش مشکلات زنان به خصوص زنان با علائم سندرم ملال پیش از قاعدگی مؤثر باشد هیپنوتراپی شناختی- رفتاری^{۱۰} است (عسگریانی، برات، موعودی، حمیدیا و بیژنی، ۱۳۹۷). هیپنوتراپی شناختی- رفتاری از جمله درمان‌هایی است که در کاهش علائم ملال پیش از قاعدگی به خصوص افسردگی و اضطراب ناشی از این اختلال به کار می‌رود (آبرین، زمستانی، ربیعی و باقری، ۱۳۹۶). هیپنوتیزم حالتی است که در نتیجه توجه، پذیرش و تمرکز ایجاد می‌شود و شامل سه بخش تجزیه یا انتزاع^{۱۱}، جذب^{۱۲}، و تلقین پذیری^{۱۳} می‌باشد (دوود^{۱۴}، ۲۰۰۰). هیپنوتراپی شناختی- رفتاری برای فرض استوار است که بیشتر آشفتگی‌های روان‌شناختی معلول یک شکل منفی خود هیپنوتیزم است به طوری که افکار منفی به طور انتقادی و حتی بدون اطلاع آگاهانه پذیرفته می‌شوند (فوهر، میسنر، بروخ، سیرنی، هینکل^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۱). هیپنوتراپی شناختی- رفتاری شامل چند روش اساسی از جمله آرام سازی^{۱۶}، تصویرسازی هدایت شده، بازسازی شناختی^{۱۷}، حساسیت زدایی تدریجی و آموزش مهارت‌های هیپنوتیک می‌باشد (آربانا، ویراوان، دوارسا و لسمانا^{۱۸}، ۲۰۲۲). مقتدر و پاک سرشت (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان داد رفتار درمانی شناختی مبتنی بر هیپنوتیزم اثربخشی بالایی بر کاهش افسردگی و اضطراب اختلال ملال پیش از قاعدگی دارد. بادله، فتحی، آقامحمدیان و بادله شמושکی (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید هیپنوتیزم، اثری بیش از دو برابر روان‌درمانی‌های سنتی در بهبود پریشانی دارد. علاوه بر این مجموعه‌ای از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های شناختی- رفتاری برای بهبود تحمل پریشانی نتایج اثربخشی را نشان می‌دهند (علیاری خانشان وطن، احدی، کلهرنیا گل کار و صداقت، ۱۴۰۱؛ بوسا، ورنیک، کلرمن، گلیسر، مک‌گرگور^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۲؛ لین، تیان، چن، یانگ، وو^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۲).

11. Abstraction
12. Absorption
13. Indoctrination
14. Dowd
15. Fuhr, Meisner, Broch, Cynry, Hinkel
16. Relaxation
17. Cognitive reconstruction
18. Ariana, Wirawan, Duarsa & Lesmana
19. Busa, Wernick, Kellerman, Glaeser, McGregor
20. Lin, Tian, Chen, Yang, Wu

1. premenstrual dysphoric disorder (PMDD)
2. Rapkin, Korotkaya & Taylor
3. Rabia, Kouser & Muzafar
4. Doan, Son & Kim
5. Erzın, Kılınçel, Bayram, Kılıç, Kotan
6. agonists
7. Carlini, Lanza di Scalea, McNally, Lester & Deligiannidis
8. Bäckström, Ekberg, Hirschberg, Bixo, Epperson
9. Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman
10. Cognitive Behavioral Hypnotherapy

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بسط یافته همراه با مرحله پیگیری سه ماهه بود. در این طرح دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند. جامعه آماری را کلیه زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند که در شهر ساری توسط متخصص زنان به مراکز مشاوره روانشناختی ارجاع داده شده بودند. برای انتخاب نمونه از جامعه آماری از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین ترتیب ابتدا فهرستی از مراکز مشاوره تخصصی شهر ساری به دست آمد (طبق اعلام کارشناس پیگیری اداره بهداشتی شهرستان ساری ۶ مرکز مشاوره تخصصی خانواده) و سپس تعداد ۲ مرکز مشاوره‌ای که تمایل به همکاری در طرح پژوهشی داشتند انتخاب شدند و با نصب اطلاعیه در این مراکز، مراجعه کنندگانی که با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش تمایل به شرکت در مداخله درمانی را داشتند ثبت نام به عمل آمد. در نهایت از بین ۶۴ نفر متقاضی ثبت نام شده پس از انجام مصاحبه ساختاریافته براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و تکمیل پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی سیه باز و همکاران (۱۳۹۰)، جهت تشخیص و تأیید اختلال ملال پیش از قاعدگی، تعداد ۴۵ نفر که یک انحراف معیار پایین‌تر در پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (نمره کمتر از ۳۶) را کسب نمودند، به عنوان آزمودنی‌های نهایی پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، سن ۲۵ تا ۴۰ سال، عدم وجود بیماری‌های ناتوان کننده شدید جسمی طبق پرونده پزشکی (نارسایی کبدی یا کلیوی شدید)، تحصیلات حداقل دیپلم، عدم وجود سایکوز یا افکار جدی آسیب رساندن به خود یا دیگران (طبق بررسی پژوهشگران در مصاحبه‌های قبل از شروع مداخله‌ها)، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان، تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی از متخصص زنان، عدم وجود اختلال‌های روان‌شناختی و جسمی حاد نظیر اختلالات جسمی لگنی نظیر اندومتريوز. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از ۲ بار در جلسه‌های مداخله و عدم پاسخگویی به حداقل ۵ درصد از سوال‌های پرسشنامه پژوهش بود.

شرکت کنندگان به صورت تصادفی و براساس قرعه کشی در سه گروه تقسیم و در نهایت گروه‌ها برای دریافت مداخله درمان مبتنی بر شفقت، هیپنوتراپی شناختی- رفتاری و گروه کنترل قرعه‌کشی شدند. پس از اتمام آخرین جلسه آموزش، به طور همزمان و در شرایط یکسان بر روی سه گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون اجرا شد. همچنین بعد از گذشت ۳ ماه از اجرای پس‌آزمون، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های سه گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. سپس گروه آزمایش

از طرفی رویکرد درمانی دیگری که در سالهای اخیر در درمان اختلالات خلقی و افزایش سلامت روان بیماران مورد توجه قرار گرفته، درمان متمرکز بر شفقت^۱ است، که می‌تواند در کاهش علائم روانشناختی اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثر باشد (پورمحمد قوچانی و عرب، ۱۳۹۸). درمان متمرکز بر شفقت، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روانشناسی موج سوم، توجه درمانگران نوین را برای بیماری‌های خاص جلب نموده است (روزمورنت، مورا، نادال، بیلد و برنجر^۲، ۲۰۱۷). این درمان با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی، ایجاد شده است (موریس، مسترز، پیریک و کوک^۳، ۲۰۱۶). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (گیلبرت^۴، ۲۰۱۴). در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خود ارزیابی افراد، رابطه افراد با خود ارزیابی تغییر پیدا می‌کند (جاکوبسون، ویلسون، کورز و کلوم^۵، ۲۰۱۸). اگرچه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روی تحمل پریشانی زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی مورد بررسی قرار نگرفته است، با این حال نشان داده شده که این درمان برای بهبود تحمل پریشانی در زنان در مقایسه با درمان‌های دیگر موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری دارد (موسوی، خواجهوند خوشلی، اسدی و عبدالله زاده، ۱۴۰۰؛ نیاستی، قربان شیرودی، خلعتبری و تیزدست، ۱۴۰۰؛ آقا اکبری، میرزمانی و هاشمی رزینی، ۱۳۹۹؛ عراقیان، نجات، توننده جانی و باقرزاده گلمکانی، ۱۳۹۹). علاوه بر این بکارگیری فنون درمان متمرکز بر شفقت در کاهش علایم نشخوار فکری و احساس تنهایی زنان با ملال پیش از قاعدگی مؤثر است (پورمحمد قوچانی و عرب، ۱۳۹۸). همچنین نشان داده شده که درمان متمرکز بر شفقت با بهبود احساس درد و فرسودگی در زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی همراه است (شاره، قدسی و کرامتی، ۲۰۲۱).

در مجموع می‌توان گفت که بروز پریشانی و ناتوانی در تحمل آن از علائم رایج در ملال پیش از قاعدگی است که توسط پژوهش‌های مختلف مورد تأکید قرار گرفته ولی مداخله‌های کارآمد روان‌شناختی برای آن تدارک دیده نشده است. از سوی دیگر درمان‌های داورپی که برای درمان ملال پیش از قاعدگی ارائه می‌گردند، با توجه به عوارضی که دارند، تا حدود زیادی منجر به افزایش پریشانی و ترک درمان می‌گردند. بر همین اساس شناسایی درمان‌های روان‌شناختی جهت بهبود پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ملال پیش از قاعدگی ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین این پژوهش با توجه به اینکه مداخله‌های روان‌شناختی را برای بهبود تحمل پریشانی مورد توجه قرار می‌دهد، متفاوت از پژوهش‌های قبلی است. در همین راستا پژوهش حاضر ضمن بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری با این مسئله روبرو بود که آیا بین اثربخشی آنها بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی تفاوت وجود دارد؟

4. Gilbert
5. Jacobson, Wilson, Kurz & Kellum

1. Compassion-Focused Therapy
2. Ros-Morente, Mora, Nadal, Belled & Berenguer
3. Muris, Meesters, Pierik & de Kock

گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد و در بخش تأثیر علایم بر زندگی (۵ گزینه آخر) یک مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. کامارا، کوهلر، فری، هیفانتیس و کاروالهوا^۲ (۲۰۱۶) مقدار آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۹۴ گزارش دادند. در پژوهش سیه بازی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد و مقادیر نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۰ حاکی از روایی محتوایی پرسشنامه بود (سیه-بازی و همکاران، ۱۳۹۰).

خلاصه جلسات مداخله درمان مبتنی بر شفقت در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسه	استراتژی
جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یک دیگر و تشریح ساختار جلسات	جلسه ی توضیحی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره ی اختلال ملال پیش از قاعدگی با همکاری اعضای گروه، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم: توضیح و تشریح شفقت	بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد اختلال ملال پیش از قاعدگی و مسائل روانی ناشی از آن، تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت و ارائه ی تکلیف خانگی
جلسه سوم: آموزش دلسوزی	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خود تخریب گرایانه و ارائه ی تکلیف خانگی
جلسه چهارم: آموزش بخشایش	مرور تکلیف خانگی، ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بی شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش و ارائه ی تکلیف خانگی
جلسه پنجم: آموزش رشد احساسات	مرور تمرین جلسه ی قبل، آشنایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری) و ارائه ی تکلیف خانگی
جلسه ششم: آموزش مسئولیت پذیری	مرور تمرین جلسه ی قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک ها و روش های ابزار شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره برای دوستان، آشنایان و ... و ارائه ی تکلیف خانگی
جلسه هفتم: نامه نگاری	مرور تمرین جلسه ی قبل، آموزش نوشتن نامه های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت

اول طرح مداخله‌ای درمان مبتنی بر شفقت را در ۸ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای هفته ای یک جلسه (روزهای یکشنبه) گروه آزمایش دوم طرح مداخله‌ای هیپنوتراپی شناختی- رفتاری را در ۸ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه (روزهای چهارشنبه) به صورت گروهی در سالن مرکز خدمات مشاوره و خدمات روانشناسی شهر ساری اجرا شد. پس از اتمام آخرین جلسه آموزش، به طور همزمان و در شرایط یکسان بر روی سه گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون اجرا شد. همچنین بعد از گذشت ۳ ماه از اجرای پس آزمون، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. برای رعایت حقوق اخلاقی شرکت‌کنندگان از آنان خواسته شد تا فرم رضایت و اطلاع از طرح درمان را پر کنند و این که اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند و از ذکر نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها خودداری نمایند و تأکید شد هر زمان که مایل باشند می‌توانند پژوهش را ترک نمایند. همچنین به گروه کنترل اطمینان داده شد بعد از اتمام پژوهش هر یک از روش های درمانی مورد پژوهش که تمایل داشته باشند اجرا گردد. برای تحلیل داده‌ها نیز از SPSS نسخه ۲۵ و تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس تحمل پریشانی (DTS)^۱

پرسشنامه تحمل پریشانی توسط سیمونز و گاهر^۲ (۲۰۰۵) به عنوان یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده است که مولفه‌های پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی را ارزیابی می‌کند. گویه‌های این مقیاس براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق نمره ۱ تا کاملاً مخالف نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره ۱۵ و حداکثر آن ۷۵ می‌باشد. نمره های بالاتر از ۳۶ در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است و نمرات کمتر از ۲۰ نشان دهنده تحمل پریشانی پایین است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۲ برآورد کرده‌اند. در ایران تفنگچی، رئیسی، قمرانی و رضایی (۱۴۰۰) این ابزار را در ایران هنجاریابی کردند که نتایج نشان داد که آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی کلی DTS به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۰ است روایی همگرای آن به با معیار میانگین واریانس استخراج شده ۰/۵۹ بدست آمد. همچنین نتایج بیانگر براز مطلوب مدل تک عاملی مقیاس بود. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده برای پرسشنامه برابر با ۰/۸۸ بود.

پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی (PSST)^۳

پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی شامل ۱۹ سؤال است که توسط دانشگاه مک مستر کانادا طراحی شده و توسط سیه‌بازی، حریری، منتظری، مقدم بنائم (۱۳۹۰)، نسخه فارسی آن در جمعیت ایرانی استاندارد شده است. برای هر سؤال ۴ معیار اصلا، خفیف، متوسط و شدید ذکر شده که توسط آزمودنی از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌گردد. جهت تشخیص علایم قبل از قاعدگی متوسط یا شدید سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد متوسط یا شدید باشد، علاوه بر مورد قبلی از

3. Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)
4. Câmara, Köhler, Frey, Hyphantis & Carvalho

1. Distress Tolerance Scale (DTS)
2. Simons & Gaher

جلسه هشتم :	جمع بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ
جمع بندی	برای رفع سؤالات، ارائه ی راهکارهای جهت حفظ و به
جلسات و پس	کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و اجرای پس
آزمون	آزمون

درمان مبتنی بر شفقت در این پژوهش براساس رویکرد گیلبرت (۲۰۰۹) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اول اجرا گردید. خلاصه جلسات مداخله هیپنوتراپی شناختی-رفتاری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. جلسات هیپنوتراپی شناختی-رفتاری (باده و همکاران، ۱۳۹۲)

جلسات	محتوای جلسات
اول	برنامه ریزی برای تشکیل گروه؛ انتخاب اعضا؛ مشاوره فردی با اعضا قبل از تشکیل گروه؛ اشاره به ضرورت حضور و مشارکت اعضا در جلسات گروه؛ تشریح هدف گروه درمانی هیپنوتیزم شناختی معرفی شیوه مشاوره گروهی؛ توافق با اعضا در مورد زمان تشکیل گروه و تعداد جلسات آن، تشریح اختلال ملال پیش از قاعدگی و پیامدهای جسمی و روانی این اختلال
دوم	توضیح هیپنوتراپی مبتنی بر درمان شناختی و اصلاح باورهای نادرست درباره هیپنوتیزم، بیان باورها و ارزش‌های مطلق توسط اعضا و توجه به علت مشکل‌سازی این باورها، تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده و تلقین هیپنوتیزمی
سوم	تأثیر تفکر غیر منطقی روی آشننگی هیجانی، به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه
چهارم	تشریح ارتباط افکار، باور و رفتار و پیامد رفتاری ناشی از باورها با استفاده از تلقینات مربوطه به حالت خلسه هیپنوتیزمی
پنجم	بررسی شواهد و معنای افکار خودآیند توسط اعضا گروه، تحلیل کار آمد، ایجاد باور جایگزین به همراه تلقینات لازم در حالت خلسه هیپنوتیزمی
ششم	بررسی ویژگی‌های باور جایگزین، تغییر ادراکی به همراه تلقینات مربوط در حالت خلسه تمرین و تکالیف خانگی گروه مورد ارزیابی
هفتم	تقویت افکار مثبت در حالت خلسه، آماده سازی گروه برای پایان دادن به جلسات در حالت خلسه
هشتم	جمع بندی و مرور جلسات، پاسخ به سؤالات آزمودنی‌ها- اجرای پس آزمون.

هیپنوتراپی شناختی-رفتاری گروهی بر اساس پروتکل ارائه شده توسط باده و همکاران (۱۳۹۲) نیز در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش دوم اجرا شد

نتایج

نتایج حاصل از بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی و انحراف معیار گروه درمان متمرکز بر شفقت، درمان هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و گروه کنترل به ترتیب $32/47 \pm 1/27$ ، $33/15 \pm 1/23$ و $32/42 \pm 1/26$ است. همچنین سطح تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد برای گروه درمان متمرکز بر شفقت به ترتیب ۳ (۲۰ درصد)، ۷ (۴۶/۷۰ درصد) و ۵ (۳۳/۳۳ درصد)، برای گروه درمان هیپنوتراپی شناختی-رفتاری ۳ (۲۰ درصد)، ۶ (۴۰ درصد) و ۶ (۴۰ درصد)

و برای گروه کنترل به ترتیب ۳ (۲۰ درصد)، ۸ (۵۳/۳۰ درصد) و ۴ (۲۶/۷۰ درصد) بود. در نهایت از لحاظ وضعیت تاهل گروه درمان متمرکز بر شفقت ۴ نفر مجرد (۲۶/۷۰ درصد) و ۱۱ نفر متاهل (۷۳/۳۰ درصد)، گروه هیپنوتراپی شناختی-رفتاری ۶ نفر مجرد (۴۰ درصد) و ۹ نفر متاهل (۶۰ درصد) و برای گروه کنترل ۷ نفر مجرد (۴۶/۷۰ درصد) و ۸ نفر متاهل (۵۳/۳۰ درصد) بود. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی تحمل پریشانی به تفکیک گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی تحمل پریشانی در گروه‌های پژوهش

متغیر	مرحله آزمون	گروه درمان متمرکز بر شفقت	گروه هیپنوتراپی شناختی-رفتاری	گروه کنترل
میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار
پیش آزمون	۳۴/۰۱	۶۱/۰۷	۲۲/۴۰	۳۱/۶۷
پس آزمون	۴۹/۸۰	۹/۰۶	۵۰/۲۷	۳۲/۴۷
پیگیری	۴۵/۷۳	۶/۲۴	۴۶/۵۳	۳۲/۴۰

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار برای تحمل پریشانی به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون پژوهش ارائه گردیده است. قبل از مقایسه اثربخشی دو درمان، پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت که نتایج بدست آمده برای آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در متغیر پژوهش در هر سه گروه و در هر سه مرحله آزمون رعایت شده است ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون لوین نیز نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی واریانس متغیر پژوهش بین گروه‌ها در سه مرحله آزمون نیز رعایت شده است ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون ام باکس ($F = 1/12$ و $P = 0/33$) و کرویت موچلی ($\chi^2 = 0/94$ و $P = 0/63$) معنادار نبود. بنابراین با اطمینان از برقرار بودن پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته می‌توان به مقایسه اثربخشی دو درمان پرداخت که در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی و مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورا	درجه آزادی	میانگین مجذورا	مقدار F	مقدار P	مقدار انداز اثر	توان آزمون
مراحل آزمون	۳۲۶/۳۳	۲	۱۶۳۱/۱۶	۲/۳۲	۰/۰۱	۰/۴۱	۱
تعامل	۱۴۲/۳۶	۴	۳۵۶/۸۴	۴/۶۱	۰/۰۱	۰/۲۳	۹۹
مراحل و گروه	۳۵۹/۷۰	۲	۱۷۹/۸۵	۵/۹۱	۰/۰۱	۰/۵۴	۱
عضویت گروهی		۳	۶	۷	۰		

نتایج بدست آمده در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل مراحل و گروه برای تحمل پریشانی معنادار است ($P < 0/05$). برای بررسی نقاط تفاوت از مقایسه زوجی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی بنفرونی تفاوت‌های بین گروهی و مراحل آزمون

منبع تغییرات	گروه مبنا	گروه ثانویه	تفاوت میانگین		مقدار P
			خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین	
گروه	درمان متمرکز بر شفقت	هیپنوتراپی شناختی- رفتاری	۱/۱۷	۰/۱۱	۱
		کنترل	۱/۱۷	۱۱/۰۱	۰/۰۰۱
	هیپنوتراپی شناختی- رفتاری	کنترل	۱/۱۷	۱۰/۸۹	۰/۰۰۱
مرحله آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۶۷	-۱۱/۴۹	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱/۴۶	-۸/۸۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۵۸	۲/۶۲	۰/۳۱

نتایج بدست آمده از جدول ۵ نشان می‌دهد که هر دو گروه درمان متمرکز بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری در مقایسه با گروه کنترل به صورت معناداری میانگین بیشتری دارند ($P = 0/001$). همچنین نتایج نشان داد که دو گروه آزمایش تفاوت معناداری نشان نمی‌دهد ($P > 0/05$). همچنین نتایج نشان می‌دهد میانگین پیش‌آزمون به صورت معناداری کمتر از پس‌آزمون و پیگیری است ($P = 0/001$)، ولی بین مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$) که بیانگر پایداری نتایج است.

بحث و نتیجه گیری

بروز پریشانی و ناتوانی در تحمل آن از علائم رایج در ملال پیش از قاعدگی است. بر همین اساس شناسایی درمان‌های روان‌شناختی جهت بهبود پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ملال پیش از قاعدگی ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به ملال پیش از قاعدگی صورت گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی اثربخشی معناداری دارد. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های مقتدر و پاک سرشت (۱۳۹۸)، بادله و همکاران (۱۳۹۲)، علیاری خانسان وطن و همکاران (۱۴۰۱)، بوسا و همکاران (۲۰۲۲) و لین و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین اثربخشی هیپنوتراپی شناختی- رفتاری در افزایش تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌توان گفت که فاجعه‌پنداری و ترس از

پیامدهای قاعدگی تا حدودی باعث ایجاد ملال پیش از قاعدگی در زنان می‌گردد (راپکین و همکاران، ۲۰۱۹). به عبارتی باورها و افکارهای منفی و استرس‌آور بر شدت پریشانی و عدم تحمل آن می‌افزاید. افکار و باورهای منفی به صورت خودکار و غیرقابل کنترل باعث پریشانی غیرقابل کنترل و مرتبط با قاعدگی می‌گردد. در همین رابطه هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر این فرض استوار است که بیشتر پریشانی‌های روان‌شناختی معلول یک شکل منفی خود هیپنوتیزم است به طوری که افکار منفی به طور انتقادی و حتی بدون اطلاع آگاهانه پذیرفته می‌شوند (داود، ۲۰۰۱). بر همین اساس مداخله هیپنوتراپی شناختی- رفتاری در تلاش است تا با استفاده از آرام سازی، تصویرسازی هدایت شده، بازسازی شناختی و تغییر در باورها از افکار منفی و خودکاری که تحمل پریشانی را غیرممکن می‌داند، بکاهد. به عبارتی هیپنوتراپی شناختی- رفتاری این انتظار را در بیماران به وجود آورد که می‌توانند مشکلات خود را به نحوی مؤثر کنترل کنند. به همین دلیل طی برنامه مداخله‌ای، درمانگر به طور آشکار تلاش می‌کند تا بیمار را در شناسایی و برآورد ذهنی پریشانی و ایجاد تغییر در باورها، شناخت‌ها و راهبردهای مقابله غیرانطباقی یا غیرسودمند کمک کند. همچنین طی جلسات درمانی به افراد شرطی سازی و خودهیپنوتیزی آموزش داده شد تا در ساعات نزدیک قاعدگی دردناک اقدام به ایجاد بی‌حسی در ناحیه شکم نمایند. همچنین در صورت بروز پریشانی و جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی ناشی از درد در سایر نقاط، از گرم کردن منطقه موردنظر و تلقینات مستقیم استفاده نمایند، که این موارد منجر به افزایش تحمل پریشانی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی شده است. همچنین می‌توان بیان کرد زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی با هدف کنترل هیجانی به جلسات درمانی قدم می‌گذارند و می‌خواهند از استرس، اضطراب، خشم، عصبانیت، خصومت و نظیر این‌ها خلاص بشوند. در آغاز هیچ تلاشی برای کاهش، تغییر، اجتناب، سرکوب یا کنترل این تجربیات درونی نمی‌شود، بلکه مراجعان یاد می‌گیرند تا اثر و نفوذ افکار و هیجان‌ات منفی را با استفاده مؤثر از توجه آگاهی کاهش دهند. لذا درمانگر ابتدا از راه آموزش روانی درباره انواع راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان همچون اضطراب، به موقتی بودن حس ناخوشایند هیجان‌ات منفی جذب شده ایجاد می‌کند، برگشت پذیری هیجان خوشایند حتی دوران قاعدگی، اشاره نموده و به اعضا در پذیرش پریشانی‌های ذهنی به وجود آمده کمک می‌نمایند. همچنین، طی درمان تلاش شد تا اعضا بتوانند با مهربانی خود یک شکل سالم خودپذیری، جنبه‌های نامطلوب خود و زندگیا را پذیرش نموده و با انجام فعالی‌های لذت بخش هنگام پریشانی و تجربه هیجان‌های دشوار، جایگزین راهبردهای دردسرساز قبلی نمایند و به هدف تحمل پریشانی هیجانی نایل شوند. دیگر تلاشی که در این درمان برای افزایش تحمل پریشانی صورت گرفت، تقویت باور گذرا بودن احساسات در اعضا بود که این عادی سازی هیجان به اعضا در پذیرش هیجان‌ات ناخوشایند فعلی شان کمک کرده و موجب شد تا کمتر از قبل، به خاطر داشتن چنین هیجان‌هایی احساس شرم و گناه کنند.

۲۰۱۳). در شفقت به خود نیز این انتظار وجود دارد که افزایش توجه‌ها آگاهانه همراه با افزایش پذیرش رویدادها و تجارب خود، منجر به نتایج مثبت گردد (کرایگ و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین می‌توان این احتمال را داد که اشتراک در اهداف و مسیر درمانی منجر به این شده که نتایج متفاوتی بدست نیاید.

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که هر دو درمان متمرکز بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی اثربخشی معناداری دارند و تفاوت معناداری در اثربخشی آنها وجود ندارد. بر همین اساس می‌توان گفت که متخصصان این حوزه به فراخور دیدگاه نظری و تجربی خود می‌توانند از هر یک از این دو درمان برای بهبود تحمل پریشانی در زنان دچار اختلال ملال پیش از قاعدگی استفاده نمایند. علاوه بر این مراکز درمان اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌توانند استفاده از درمان متمرکز بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری را در کنار درمان‌های دارویی خود جهت جلوگیری از ترک درمان یا افزایش نرخ موفقیت درمان، مورد توجه و استفاده قرار دهند. البته باید توجه داشت که عدم نمونه‌گیری تصادفی، عدم کنترل متغیرهای اقتصادی و اجتماعی از جمله محدودیت‌های عمده پژوهش حاضر بوده است که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت روبرو کرده است. علاوه بر این، نتایج بدست آمده محدود به جامعه باسواد با سطح حداقل سواد دیپلم بوده که نمی‌تواند به زنان بی‌سواد قابل تعمیم باشد. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ضمن کنترل متغیرهای اقتصادی و اجتماعی، نمونه‌ای از زنان با سطح سواد زیر دیپلم نیز مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- آبرین، مرتضی؛ زمستانی، مهدی؛ ربیعی، مهدی؛ باقری، امیرهوشنگ (۱۳۹۶). کارآیی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۳ (۴)، ۳۹۴-۴۰۷.
- آقا اکبری، لیا؛ میرزانی، سید محمود. و هاشمی رزینی، هادی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در تحمل پریشانی و استرس والدینی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰ (۲)، ۱۵۳-۱۵۳.
- بادله، مرتضی؛ فتحی، مهدی؛ آقامحمدیان، حمیدرضا؛ بادله شمشوکی، محمدتقی (۱۳۹۲). اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری گروهی بر افزایش عزت نفس دانش آموزان نوجوان، توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی، ۱۰ (۱)، ۱۷-۲۴.
- پورمحمد قوچانی، کامران. و عرب، سیمین (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی و نشخوار فکری زنان با سندرم پیش از قاعدگی، *رویش روان شناسی*، ۸ (۹)، ۱۶۷-۱۷۷.

همچنین نتایج بدست آمده نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی اثربخشی معناداری دارد. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های موسوی و همکاران (۱۴۰۰)، نیاستی و همکاران (۱۴۰۰)، آقا اکبری و همکاران (۱۳۹۹)، عراقیان و همکاران (۱۳۹۹)، پورمحمد قوچانی و عرب (۱۳۹۸) و شاره و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت می‌توان گفت که در درمان متمرکز بر شفقت افراد این مهارت را کسب می‌کنند که به جای پرهیز از احساسات دردناک، آنها را بشناسند و نسبت به آن احساسات شفقت و تحمل داشته باشند. تحمل پریشانی هیجانی به معنای تلاش افراد برای تأثیرگذاری روی چگونگی، طول دوره یا شدت فرآیندهای تجربی، رفتاری یا جسمی هیجان هاست که نقش مهمی در سازگاری با وقایع اضطراب‌زای زندگی دارد (کرایگ، هیسکای و اسپکتور، ۲۰۲۰). از آنجا که درمان متمرکز بر شفقت مانند ابزاری در جهت جایگزینی هیجان‌های مثبت به جای پریشانی و هیجان‌های منفی عمل می‌کند، به نظر می‌رسد کاهش احساس گناه و افزایش تحمل فرد نسبت به پریشانی، در اثر تنظیم هیجانی حاصل از این رویکرد امری امکان پذیر باشد. در واقع نظم جویی هیجان، اصلی اساسی در شروع و ارزیابی و برآورد ذهنی پریشانی محسوب می‌شود. لذا پذیرش این عقیده در درمان زنان مبتلا به اختلال ملال قاعدگی که با پریشانی و خود انتقادی شدید و سطح پایین تحمل را تجربه می‌کنند تأثیرگذار است و به آنها کمک می‌کند با خود مهربانانه‌تر رفتار کنند و در مقابله با پریشانی‌ها روش‌های مؤثری بکار بگیرند. علاوه بر این باید توجه کرد که بخشی از ناتوانی در تحمل پریشانی زنان با ملال اختلال پیش از قاعدگی، ناشی از تلاش برای اجتناب از قاعدگی و پیامدهای آن است که باعث تبدیل آن به یک رویداد غیرقابل تحمل می‌شود (راپکین و همکاران، ۲۰۱۹). در همین رابطه مداخله شفقت به خود تلاش کرد تا زنان قاعدگی را به عنوان یک تجربه مشترک انسانی در زنان بپذیرند و از تلاش‌های خود جهت اجتناب از آن بکاهند و به جای آن برخورد شفقت‌آمیزی نسبت به خود داشته باشند.

در نهایت نتایج بدست آمده نشان داد که تفاوت معناداری میان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی وجود ندارد. پژوهش‌های قبلی به مقایسه اثربخشی این دو درمان نپرداخته‌اند. با این حال با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی هر دو اشتراکاتی مانند پذیرش این امر که خودانتقادی و افکار منفی مانع تحمل پریشانی می‌گردد، اشتراک نظر دارند. البته نمی‌توان از این مورد چشم پوشی کرد که از لحاظ ساختار جلسات و یا تمرکز بر فرآیند و محتوای افکار و هیجان‌ها با یکدیگر تفاوت دارند (موردنیز، ۲۰۲۰). با این حال طبق نتایج به نظر نمی‌رسد که این تفاوت‌ها در تکنیک‌ها و روش‌های درمانی بتواند منجر به نتایج متفاوتی گردد. علاوه بر این باید توجه کرد که هیپنوتیزم حالتی است که در نتیجه توجه، پذیرش و تمرکز ایجاد می‌شود (ویاز، ادوانیکار، هاتی و ویاز،

1. Craig, Hiskey & Spector
2. Mordeniz

3. Vyas, Adwanikar, Hathi & Vyas

- Ariana, P. A., Wirawan, I. M. A., Duarsa, D. P., & Lesmana, C. B. J. (2022). Effectiveness Of Hypnotherapy In Insomnia Patients: Systematic Literature Review. *Lux Mensana Journal of Scientific Health*, 86-96.
- Bäckström, T., Ekberg, K., Hirschberg, A. L., Bixo, M., Epperson, C. N., Briggs, P., ... & O'Brien, S. (2021). A randomized, double-blind study on efficacy and safety of sepranolone in premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 133, 105426.
- Busa, S., Wernick, J., Kellerman, J., Glaeser, E., McGregor, K., Wu, J., & Janssen, A. (2022). A Descriptive Case Study of a Cognitive Behavioral Therapy Group Intervention Adaptation for Transgender Youth With Social Anxiety Disorder. *The Behavior therapist*, 45(4), 135.
- Câmara, R. D. A., Köhler, C. A., Frey, B. N., Hyphantis, T. N., & Carvalho, A. F. (2016). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 39, 140-146.
- Carlini, S. V., Lanza di Scalea, T., McNally, S. T., Lester, J., & Deligiannidis, K. M. (2022). Management of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Scoping Review. *International Journal of Women's Health*, 1783-1801.
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(4), 385-400.
- Doan, S. N., Son, H., & Kim, L. N. (2018). Maternal and paternal emotional contributions to children's distress tolerance: Relations to child depressive symptoms. *Psychiatry research*, 267, 215-220.
- Dowd, E. T. (2000). *Cognitive hypnotherapy*. Jason Aronson.
- Erzin, G., Kılınçel, O., Bayram, Ş., Kılıç, O. H. T., Kotan, V. O., Özkaya, G., ... & Özdel, K. (2020). Evaluation of dysfunctional attitudes, distress and discomfort tolerance levels in patients with premenstrual dysphoric disorder (tur). *Journal of Clinical Psychiatry*, 23(3), 248-255.
- Fuhr, K., Meisner, C., Broch, A., Cyrny, B., Hinkel, J., Jaberg, J., ... & Batra, A. (2021). Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy for mild to moderate depression-Results of a randomized controlled rater-blind clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 286, 166-173.
- Gilbert P. (2009). *The Compassionate Mind·A New Approach to Life's Challenges*. Constable-Robinson.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Jacobson, E. H. K., Wilson, K. G., Kurz, A. S., & Kellum, K. K. (2018). Examining self-compassion in romantic relationships. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 69-73.
- تفنگچی، مریم؛ رئیس، زهره؛ قمرانی، امیر. و رضایی، حسن. (۱۴۰۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چند بعدی تحمل‌پریشانی (DTS) در بین زنان مبتلا به سردردهای تنشی. *بیهوشی و درد*، ۱۲ (۴)، ۳۴-۴۳.
- درخشانپور، زهرا؛ بحرینیان، عبدالمجید؛ خاکپورشمس‌آبادی، سیده محبوبه. و بحری، فائزه (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی روان‌درمانی بر کاهش شدت علائم اختلال ملال پیش از قاعدگی، *مجله دانشکده پزشکی مشهد*، ۱۱ (۶۳)، ۹۰-۹۶.
- سیه‌بازی، شیوا؛ زهرا حریری، فاطمه؛ منتظری، علی. و مقدم بنائم، لیدا. (۱۳۹۰). استانداردسازی پرسشنامه غربالگری علایم قبل از قاعدگی PSST: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *پایش*، ۱۰ (۴)، ۴۲۱-۴۲۷.
- عراقیان، شیما؛ نجات، حمید؛ توزنده جانی، حسن. و باقرزاده گل‌مکانی، زهرا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل‌آشفتگی و معنای زندگی زنان دارای تعارض. *فصلنامه علمی روشها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۱ (۳۹)، ۱۲۱-۱۳۸.
- عسگریانی، زهرا؛ برات، شهناز؛ موعودی، سوسن؛ حمیدیا، آنژلا؛ بیژنی، علی (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی هیپنوتیسم و تمرینات آرام‌سازی عضلات در کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی. *فصلنامه کومش*، ۲۰ (۳)، ۵۱۰-۵۱۶.
- علیاری خانسان وطن، فریبا؛ احدی، حسن؛ کلهرنیا گل‌کار، مریم. و صداقت، مستوره. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اضطراب و تحمل‌پریشانی بیماران عروق‌کرونر قلبی. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۸ (۳)، ۶۵-۵۴.
- مقتدر، لیل. و پاک سرشت، صدیقه. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری با هیپنوتیزم شناختی بر کاهش افسردگی دانشجویان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۱۸، ۲، ۳۳۶-۳۲۷.
- موسوی، سید مرتضی؛ خواجهوند خوشلی، افسانه؛ اسدی، جوانشیر. و عبدالله‌زاده، حسن. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی در زنان مبتلا به لویوس اریتماتوز سیستمیک. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۹۹)، ۴۶۰-۴۵۳.
- موسوی، سیده زهرا. و خرم‌آبادی، راضیه. (۱۴۰۰). شیوع انواع نشانه‌های ملال پیش از قاعدگی در زنان ایرانی و رابطه آن با دشواری در تنظیم هیجانی و تغییر شدت علائم در ایام کرونا. *مجله روان‌شناسی*، ۲۰ (۱)، ۱۲-۲۳.
- نیاستی، نرجس؛ قربان شیروودی، شهره؛ خلعتبری، جواد. و تیزدست، طاهر. (۱۴۰۰). اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر روش‌های درمان متمرکز بر شفقت، درمان متمرکز بر هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل‌پریشانی و تکانشگری نوجوانان دارای رفتارهای پرخطرانه. *سیک‌زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۵ (۴)، ۱۰۷-۱۱۷.

- Lin, C., Tian, H., Chen, L., Yang, Q., Wu, J., Ji, Z., ... & Xie, Y. (2022). The efficacy of cognitive behavioral therapy for cancer: A scientometric analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 2548.
- Mordeniz, C. (Ed.). (2020). *Hypnotherapy and Hypnosis*. BoD—Books on Demand.
- Muris P., Meesters C., Pierik A., de Kock B. (2016). Good for the self: Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths. *J Child Fam Stud*. 25, 607-17.
- Rabia M., Kouser F.F., Muzafar D.A. (2018). Efficacy of Schema therapy in the management of premenstrual syndrome: A randomized controlled study, *Journal of Herbal Medicine*, 14, 17-21.
- Rapkin, A. J., Korotkaya, Y., & Taylor, K. C. (2019). Contraception counseling for women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD): current perspectives. *Open Access Journal of Contraception*, 27-39.
- Ros-Morente, A., Mora, C. A., Nadal, C. T., Belled, A. B., & Berenguer, N. J. (2017). An examination of relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Analesde Psicología /Annals of Psycholog*, 34(1), 63-67.
- Shareh, H., Ghodsi, M., & Keramati, S. (2022). Emotion-focused group therapy among women with premenstrual dysphoric disorder: A randomized clinical trial. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 32(4), 440–455.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
- Swain J., Hancock K., Hainsworth C., Bowman J. (2018). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965-978.