Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol/12/ No. 1 .2025
Page: 105-120

A comparative analysis of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavior hypnotherapy on pain, emotion regulation and quality of life among the patients with premenstrual dysphoric disorder

Ramazan Hasanzadeh[1], Javanshir Asadi[2], Marzieh Amin Sorkhi[3], Javad Rahmani[4], Mehdi Pourasghar[5]

1. Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
3. Ph. D of Psychology, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
4. Ph. D student in Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
5. Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (Corresponding Author), Email: me_pourasghar@yahoo.com

Received: 24/03/2024 **Accepted:** 13/04/2024

Abstract

Introduction: Psychological treatments, which consider the role of an individual's internal resources in managing mental disorders, serve as effective interventions, particularly for women with premenstrual dysphoric disorder.

Aim: The present study aims to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral hypnotherapy on pain, emotion regulation, and quality of life in women with premenstrual dysphoric disorder.

Method: The research was a quasi-experimental study with a pre and post test and control group. The study population comprised all women with premenstrual dysphoric disorder in Sari. A total of 36 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups namely experimental group 1, experimental group 2, and a control group. The experimental groups underwent eight therapy sessions. The assessment instruments included Garnefski's Emotion Regulation Questionnaire, the World Health Organization Quality of Life Questionnaire, Mohammadian's Pain Scale, and the Premenstrual Symptom Screening Tool. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and the Bonferroni post-hoc test.

Results: The results indicated no significant difference in pain, emotion regulation, and quality of life between acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral hypnotherapy. However, both treatments were effective in improving quality of life, emotion regulation, and pain in women, highlighting the psychological nature of premenstrual dysphoric disorder.

Conclusion: Commitment and acceptance therapy and cognitive behavioral hypnotherapy are effective on pain, emotion regulation and quality of life among the patients with premenstrual dysphoric disorder. It is recommended that these therapies be utilized to enhance pain management, emotion regulation, and quality of life in women with this condition.

Keywords: Commitment, Acceptance therapy, Hypnotherapy, Pain, Emotion regulation, Quality of life, Premenstrual dysphoric disorder

Hasanzadeh R, Asadi J, Aminsorkhi M, Rahmani J, Pourasghar M. A comparative analysis of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavior hypnotherapy on pain, emotion regulation and quality of life among the patients with premenstrual dysphoric disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2025; 12 (1) 105-120
URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2221-fa.html
Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره
صفحات:

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری بر درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی

رمضان حسن زاده[۱]، جوانشیر اسدی[۲]، مرضیه امین سرخی[۳]، جواد رحمانی[۴]، مهدی پوراصغر[۵]

۱. استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۳. دکتری روانشناسی ، گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۴. دانشجو دکتری روانشناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم پزشکی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۵. دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. پست الکترونیک: Me_pourasghar@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۰۵ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۰۱/۲۵

چکیده

مقدمه: درمان‌های روان شناختی، با تأکید بر منابع درونی فرد در مقابله با بیماری‌های روانی، تدابیر درمانی مناسبی برای کمک بیماران، به خصوص زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی فراهم نموده است.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری بر درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی است.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش - پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه پژوهش کلیه زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی شهر ساری بودند. ۳۶ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش، آزمایش و گواه تقسیم شدند و گروه‌های آزمایش، ۸ جلسه درمان دریافت کردند. ابزارها شامل پرسش‌نامه‌های تنظیم هیجان گارنفسکی، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، درد محمدیان و غربالگری سمپتوم پیش از قاعدگی بود. داده‌ها با روش کوواریانس چند متغیره، آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد بین نمرات میانگین درد، کیفیت زندگی و تنظیم هیجان در اثر درمان پذیرش و تعهد و هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد. هر دو درمان با توجه به ماهیت روان شناختی اختلال ملال پیش از قاعدگی باعث بهبود کیفیت زندگی، تنظیم هیجان و درد شدند.

نتیجه‌گیری: درمان پذیرش و تعهد و هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری بر درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثر است. پیشنهاد می شود برای درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی از آن استفاده شود.

کلمات کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، هیپنوتیزم درمانی، درد، تنظیم هیجان، کیفیت زندگی، اختلال ملال پیش از قاعدگی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

سیکل قاعدگی، از مهم‌ترین نشانه‌های دستگاه تولید مثل زنان بالغ است؛ اما گاهی این پدیده دچار اختلالات و مشکلاتی می‌شود (اودنگو، بیاموگیشا، تجسمی و موکیسا[1]، ۲۰۲۳). سمپتوم‌های پیش از قاعدگی شامل انواع سمپتوم‌های روانی جسمی است که در فاز لوتئال و پیش از قاعدگی پدیدار می‌شوند و کیفیت زندگی بسیاری از زنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (برنکاوزنیک، سیمبالوک پلوسکا و کورزاوا[2]، ۲۰۲۲). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که سمپتوم‌های پیش از قاعدگی از جمله نوع خفیف آن، بسیار شایع هستند (تاکدا[3]، ۲۰۲۳). بر اساس راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم بازنگری شده اختلال ملال پیش از قاعدگی با علائم روان‌پزشکی مشخص می‌شود که در آن حداقل پنج سمپتوم خلقی به‌علاوه اختلال عملکرد ضروری است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). با توجه به معیارهای انجمن بین‌المللی اختلالات پیش از قاعدگی، سندرم پیش از قاعدگی کلاسیک، هسته اصلی اختلالات پیش از قاعدگی است و در مرکز این هسته، اختلال ملال پیش از قاعدگی قرار دارد که یک اختلال شدید با علائم خلقی است (تاکدا، ۲۰۲۳). اگرچه سمپتوم‌های خفیف پیش از قاعدگی را می‌توان یک وضعیت فیزیولوژیک طبیعی در نظر گرفت، زنان در سن باروری ۵۰ درصد دارای سندرم پیش از قاعدگی و ۱/۶ تا ۷/۷ درصد مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی هستند (ریلی، پاتل، اوناچوکو، ناکس[4] و همکاران، ۲۰۲۴).

در چند سال گذشته پژوهش‌های زیادی نقش مهم تنظیم هیجان در بهزیستی، سلامت روان، عملکردهای شناختی و موفقیت‌های اجتماعی و شغلی نشان داده‌اند (منفی، لدوکس، جاستون[5]، ۲۰۲۲) در مقابل نقص در راهبردهای تنظیم هیجان به‌عنوان مشخصه بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی معرفی شده است (میلگرام، هوپرت و تمیر[6]، ۲۰۲۰) و عامل خطرساز مهمی برای اختلالات خلقی محسوب می‌شود (اولیوا، پریسکو، فیکو، پوسیدنت[7] و همکاران، ۲۰۲۱). نیمان، بدینگ، رینهارد و کونر[8] (۲۰۲۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که استراتژی‌های بهتر تنظیم هیجان به بهبود خلق زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی کمک می‌کند. یک مطالعه دیگر نشان داد که زنان دارای سمپتوم های پیش از قاعدگی در تنظیم هیجان مشکل دارند و تنظیم هیجان می‌تواند کانون مداخله برای بهبود آنان قرار گیرد (بن الازر، کنتی، ازولار، دن[9] و همکاران، ۲۰۲۳).

یکی دیگر از جنبه‌های مرتبط با اختلال ملال پیش از قاعدگی، درد است (لیگوری، سریلو و کاللا[10]، ۲۰۲۳). استرانوا، مکسنر، لایت، پدرسن[11] و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود گزارش کردند که افراد مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی، آستانه و تحمل درد پایین‌تری نسبت به گروه سالم دارند. بین شدت درد قاعدگی و سمپتوم‌های پیش از قاعدگی نیز همبستگی وجود دارد. با اینکه درد قاعدگی با ایجاد چرخه تخمک‌گذاری و پس

[1] Odongo, Byamugisha, Ajeani & Mukisa
[2] Branecka-Woźniak, Cymbaluk-Płoska & Kurzawa
[3] Takeda
[4] Reilly, Patel, Unachukwu, Knox
[5] Menefee, Ledoux & Johnston
[6] Millgram, Huppert & Tamir
[7] Oliva, Prisco, Fico,, Possidente
[8] Nayman, Beddig, Reinhard, Kuehner
[9] Ben Elazar, Canetti, Azoulay, Dan
[10] Liguori, Saraiello & Calella
[11] Straneva, Maixner, Light, Pedersen

از قاعدگی شروع می شود، سمپتوم‌های پیش از قاعدگی نه تنها تحت تأثیر عوامل غدد درون ریز، بلکه تحت تأثیر عوامل اجتماعی نیز هستند (تاکدا، ۲۰۲۳). در واقع، درد قاعدگی می‌تواند تحت تأثیر عوامل روانی اجتماعی قرار بگیرد.

وقتی درد افزایش می‌یابد، عملکرد و کیفیت زندگی فرد کاهش می‌یابد (پریرا، کاروالو، کاستا، لیت[1] و همکاران، ۲۰۲۱). اختلالات پیش از قاعدگی تأثیر نامطلوب زیادی بر کیفیت زندگی زنان دارد و عملکرد آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. یک مطالعه در پاکستان نشان داد که کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی به طور معناداری کمتر از زنان سالم است (محمود، برات و کیما[2]، ۲۰۲۳). مطالعه دیگر در هند نیز نشان داد که اختلال ملال پیش از قاعدگی کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (پوسوسری و دلیریت[3]، ۲۰۲۲).

در درمان اختلالات پیش از قاعدگی، دامنه‌ای از مداخلات زیست پزشکی مانند قرص‌های ضد افسردگی مثل بازجذب کننده‌های سروتونین[4]، ضد اضطراب‌ها و درمان‌های هورمونی برای کاهش تخمک‌گذاری یا حتی اوفورکتومی[5] استفاده می شود (کارلینی، لانزادی‌اسکالا، مکنلی، لستر[6] و همکاران، ۲۰۲۲) اگرچه ممکن است سمپتوم‌های پیش از قاعدگی کاهش یابند، هیچ‌کدام از درمان‌های زیستی، مکانیسم‌های زیربنایی پیچیده رنج و ناراحتی اختلالات پیش از قاعدگی را در نظر نمی‌گیرند و تبیین‌های فیزیولوژیکی کافی نیستند (مدزلسکی، ارکز، زوکو، لندو[7] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، بسیاری از زنان به‌علت عوارض جانبی یا موارد منع مصرف دارو، به درمان‌های دارویی رغبت ندارند و به دنبال گزینه‌های غیر دارویی می‌روند. در نتیجه رویکردهای روان‌شناختی، برخلاف درمان‌های دارویی که بر تعامل و ارتباط متقابل عوامل جسمانی، شناختی، اجتماعی و فرهنگی تأکید می‌کنند، می‌توانند در درمان زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی مفید باشند (دهنوی، مرتضوی، رمضانی، قرایی و همکاران، ۲۰۲۴).

درمان پذیرش و تعهد در درمان اختلال‌های روان‌شناختی مختلف، از جمله افسردگی، اضطراب و سندروم پیش از قاعدگی به کار رفته و نتایج مثبتی داشته است (گلستر، والدر، لوین، توهینگ[8] و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، هیپنوتیزم درمانی و درمان شناختی رفتاری نیز می‌تواند در کاهش مشکلات زنان دارای سمپتوم‌های پیش از قاعدگی مؤثر باشد (عسگریانی، برات، مودی، حمیدیا و همکاران، ۲۰۱۸). مقتدر (۲۰۱۷)، در پژوهش خود نشان داد که هیپنوتیزم درمانی شناختی تأثیر زیادی بر کاهش افسردگی و اضطراب در اختلال ملال پیش از قاعدگی دارد. با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال ملال پیش از قاعدگی و با عنایت به لزوم استفاده از اثربخش‌ترین درمان، بر آن شدیم تا تأثیر روش‌های غیردارویی یعنی درمان پذیرش و تعهد و هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری را بر درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی مقایسه کنیم؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان، درد و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی بود.

[1] Pereira, Carvalho, Costa, Leite
[2] Mahmood, Butt & Cheema
[3] Puthusserry, Delariarte
[4] Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)
[5] Oophorectomy
[6] Carlini, Lanza di Scalea, McNally, Lester
[7] Modzelewski, Oracz, Żukow, Ilendo
[8] Gloster, Walder, Levin, Twohig

روش

پژوهش حا ضر از لحاظ هدف کاربردی و روش آن نیمه‌آزمای شی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در آن دو گروه آز مایش و یک گروه کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یکدیگر مقای سه شدند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان ۲۵ تا ۴۰ سال مراجعه‌کننده به مطب متخ صص زنان شهر ساری بودند که بنا بر ت شخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی به مرکز م شاوره روان شناختی رهیافت در سال ۱۴۰۰ ارجاع شدند. نوع و روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که نخ ست از زنان ارجاعی با سمپتوم‌های پیش از قاعدگی که تمایل به شرکت در پژوهش را دا شتند در مجموع ۵۳ نفر شر کت کننده انتخاب گرد ید و بعد از یک مصاحبه ساختاریافته بر ا ساس ملاک‌های تشخیصی آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم بازنگری شـــده و تکمیل پرسش‌نامه غربالگری سمپتوم پیش از قاعدگی، در نهایت ۳۶ نفر گروه نمونه با روش در دسترس انتخاب و به طور ت صادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه (۱۲ نفر گروه آز مایش اول، ۱۲ نفر گروه آز مایش دوم و ۱۲ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل سن ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم وجود سایکوز یا افکار جدی آ سیب رساندن به خود و تشخیص اختلال پیش از قاعدگی توسط پز شک متخ صص زنان؛ ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جل سه درمان و عدم تمایل فرد به ادامه درمان بود. پس از انتخاب گروه نمونه و انت ساب ت صادفی آن‌ها، پر سش‌نامه تنظیم هیجان، کیفیت زندگی و درد بر سه گروه اجرا شد (پیش‌آزمون). گروه آزمایش اول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هیپنوتیزم در مانی شناختی رفتاری، گروه آزمایش دوم ۸ جل سه ۹۰ دقیقه‌ای درمان پذیرش و تعهد به صورت گروهی در یافت کرد. پس از اتمام آخرین جل سه آموزش، به‌طور همزمان و در شرایط یک سان بر روی سه گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون اجرا شد. لازم به ذکر ا ست که ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت شد، به‌گونه‌ای که بعد از گرفتن ر ضایت نامه از شرکت‌کنندگان در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات، پر سش نا مه ها را در محیطی آرام و بدون ذکر نام و کد گذاری شده تکم یل کرد ند. در این پژوهش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در دو بخش تو صیفی و ا ستنباطی انجام شد. بخش تو صیفی دربرگیرنده شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، فراوانی، فراوانی در صدی، کمترین و بی شترین داده، میانگین و انحراف ا ستاندارد بود و در بخش ا ستنباطی ابتدا به‌و سیله آزمون کولموگروف ا سمیرنوف مفرو ضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، سپس به و سیله آزمون لوین مفرو ضه یک سانی واریانس خطا و در نهایت جهت تحلیل فر ضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و مقای سه‌های تی زوجی از نرم افزار آماری اس‌پی‌اس‌اس نسخه ۱۶ استفاده شد.

ابزار

پرسش‌نامه تنظیم هیجان شناختی[1]: این پر سش‌نامه دارای ۳۶ سؤال ا ست که تو سط گارنف سکی و کریج[2] (۲۰۰۷)، به‌منظور ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخدادهای تهدید کننده یا ا سترس‌های زندگی به کار می‌برد طراحی شده است. این مقیاس شامل ۹ خرده مقیاس ا ست که هر کدام یک راهبرد خاص از راهبردهای شناختی را ارزیابی می‌کند. خرده مقیاس‌ها عبارتند از ملامت خویش، پذیرش، ن شخوارگری، تمرکز

[1] Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

[2] Garnefski & Kraaij

مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه دورنما، فاجعه ساز، ملامت دیگران است. اخیراً، گرنت، سلسمان و برکینگ[1] (۲۰۱۸) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را در نمونه انگلیسی تایید کردند. همچنین در ایران، فروغی، پرویزفرد، صادقی و مقدم (۲۰۲۱) نیز پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از الفا کرونباخ ۰/۷۶ و ۰/۷۲ و به طور کلی، این ابزار دارای روایی و پایایی قابل قبول گزارش کردند.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی، سازمان بهداشت جهانی[2]: یک پرسش‌نامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسش‌نامه ساخته شد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). این پرسش‌نامه دارای ۴ زیرمقیاس است. خرده مقیاس سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیطی است. اسکوینگتون، لطفی، اوکنل[3] و همکاران (۲۰۰۴) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را بسیار مناسب گزارش کردند. همچنین در ایران، واحدی (۲۰۱۰) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را قابل قبول گزارش کرد.

پرسش‌نامه درد محمدیان: این پرسش‌نامه شامل ۲۵ گویه است که بر اساس پرسش‌نامه درد مک گیل توسط محمدیان (۱۹۹۵) ساخته شده است و هر گویه یکی از ابعاد سه گانه جسمی حسی، احساسی هیجانی و شناختی ارزیابانه را مشخص می سازد. روایی محتوایی پرسش‌نامه توسط سه پزشک متخصص مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد از روایی محتوایی خوبی برخوردار است. پایایی این پرسش‌نامه به‌روش آزمون بازآزمون با فاصله زمانی یک ماهه انجام و ضریب ۰/۹۸ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های جسمی حسی، احساسی هیجانی و شناختی ارزیابانه به‌ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه غربالگری سمپتوم پیش از قاعدگی[4]: پرسش‌نامه غربالگری سمپتوم پیش از قاعدگی توسط استینر، مکدوگال و برون[5] طراحی شده است و شامل ۱۹ سؤال است. کویجیلجو، دورجدرم، تویا، سوخبات[6] و همکاران (۲۰۲۴) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را در نمونه مغولستانی تائید کردند. همچنین، در نمونه ایرانی، حریری، مقدم، سیه بازی، سکی و همکاران (۲۰۱۳) گزارش کردند، الفا کرونباخ ۰/۹۳ و روایی ان نیز قابل قبول است.

ابزارهای درمانی شامل درمان پذیرش و تعهد و هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری بود که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی بر شرکت‌کنندگان انجام شد. خلاصه جلسات در جدول شماره ۱ آورده شده است.

یافته‌ها

جدول ۲ فراوانی داده های جمعیت شناختی گروه های آزمایش و گواه را نشان می‌دهد. با توجه به جدول ۳، میانگین نمره های مقیاس درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی پس از اجرای مداخله در گروه آزمایش اول و دوم تغییر قابل توجهی نسبت به گروه گواه داشته است که می‌توان آن را نتیجه مؤثر بودن مداخله‌ها دانست. توزیع

[1] Grant, Salsman & Berking
[2] World Health Organization Quality of Life assessment
[3] Skevington, Lotfy, O'Connell
[4] Premenstrual symptoms screening questionnaire
[5] Steiner, Macdougall & Brown
[6] Choijiljav, Dorjderem, Tuya, Sukhbat

نمرات پرسش‌نامه‌ها و خرده مقیاس‌های آن نرمال است. با توجه به اینکه توزیع متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال بوده و مقیاس اندازه‌گیری متغیرها فاصله‌ای بوده است، از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته می‌شود. به این منظور مفروضه‌های تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن، هم‌خطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون نیز مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱ خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد و هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری

جلسه	درمان پذیرش و تعهد	هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری
اول	آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی رویکرد درمانی، تکلیف خانگی	برقراری ارتباط اولیه، توصیف قوانین گروه، تشریح هدف هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری، تشریح اختلال ملال پیش از قاعدگی و پیامدهای جسمی و روانی آن
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکل اعضای گروه از نگاه رویکرد پذیرش و تعهد، تکلیف خانگی	بیان باورها و ارزش‌های مطلق توسط اعضا و توجه به‌علت مشکل سازی این باورها، تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده و تلقین هیپنوتیزمی
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی در کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی	تأثیر تفکر غیر منطقی روی آشفتگی هیجانی، به‌همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ مشاهده افکار بدون قضاوت، تکلیف خانگی	تشریح ارتباط افکار، باور و رفتار و پیامد رفتاری ناشی از باورها با استفاده از تلقینات مربوطه به‌حالت خلسه هیپنوتیزمی
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی، تکلیف خانگی	بررسی شواهد و معنای افکار خوداینند توسط اعضا گروه، تحلیل کارآمد، ایجاد باور جایگزین به‌همراه تلقینات لازم در حالت خلسه هیپنوتیزمی
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش‌های زندگی اعضای گروه و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها، تمرین خانگی	بررسی ویژگی‌های باور جایگزین، تغییر ادراکی به‌همراه تلقینات مربوط در حالت خلسه تمرین و تکالیف خانگی گروه مورد ارزیابی
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها، تکلیف خانگی	تقویت افکار مثبت در حالت خلسه، آماده سازی گروه برای پایان دادن به جلسات در حالت خلسه
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم، درخواست اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آن‌ها برای ادامه زندگی	جمع‌بندی و مرور جلسات، پاسخ به سؤالات اعضای گروه

جدول ۲ توزیع داده‌های جمعیت‌شناختی

	سن	آزمایش اول	آزمایش دوم	گواه
سن	۳۰-۲۵	۶	۴	۶
	۳۵-۳۱	۴	۴	۴
	۴۰-۳۶	۲	۲	۲
	جمع	۱۲	۱۲	۱۲
	وضعیت تحصیلی	آزمایش اول	آزمایش دوم	گواه
تحصیلات	دیپلم	۱	۲	۲
	فوق‌دیپلم	۲	۱	۱
	لیسانس	۴	۳	۵
	فوق‌لیسانس	۵	۶	۴
	جمع	۱۲	۱۲	۱۲
	وضعیت تأهل	آزمایش اول	آزمایش دوم	گواه
تأهل	مجرد	۴	۶	۶
	متأهل	۷	۶	۵
	مطلقه	۱	۰	۱
	جمع	۱۲	۱۲	۱۲

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	آزمایش اول				آزمایش دوم				گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
کیفیت زندگی	۵۹	۹/۱۹	۸۷/۱۷	۹/۲۳	۵۷/۵	۵/۳۶	۹۳/۷۵	۶/۰۹	۵۸/۸۳	۸/۱	۶۳/۳۳	۱۱/۱۹
تنظیم هیجان	۹۵/۷۵	۸/۸۷	۱۰۸/۴۲	۱۳/۴۱	۹۴/۵۸	۱۲/۱۱	۱۰۷/۴۲	۱۱/۸۱	۹۳/۱۷	۱۶/۸۹	۹۲/۳۳	۱۹/۸۱
درد	۸۱/۳۳	۱۴/۳۳	۵۶/۴۲	۹/۱۳	۸۳/۹۲	۱۰/۷۱	۵۰/۵	۷/۷۹	۸۳/۷۵	۱۱/۸۱	۸۳/۰۸	۱۱/۴۸

سپس به منظور بررسی مفروضه همگونی کواریانس‌ها از آزمون M باکس استفاده شد که در زیر جدول مربوط به این آزمون آورده شده است. مقدار (f=۰/۹۳) بود که معنادار نیست؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که کوواریانس‌های دو گروه همگون است. میزان F لوین نیز برای برابری واریانس‌های متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد که این مقدار در بین گروه‌ها معنادار نبود؛ یعنی نمرات گروه‌های پژوهش در پس‌آزمون درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی دارای واریانس برابری بود. به این ترتیب شرط دیگر اجرای آزمون کواریانس برقرار است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌کنید، F محاسبه شده برای اثر درمان پذیرش و تعهد بر روی مؤلفه‌های درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی تأثیر داشته است. با توجه به میانگین دو گروه، گروه آزمایش بر روی درد زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی میانگینی کمتر نسبت به گروه گواه و مؤلفه‌های تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی میانگینی بیشتری نسبت به گروه گواه به دست آورده است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی شده است. همچنین مشاهده می‌شود که F محاسبه شده برای اثر پیش‌آزمون بر مؤلفه‌های درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی از لحاظ آماری معنادار نیست. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش تحت تأثیر نمرات پیش‌آزمون قرار نگرفته است. مقادیر مجذور اتا نیز نشان

می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد، ۶۷ در صد درد، ۲۹ در صد تنظیم هیجان و ۶۰ در صد کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. با توجه به جدول ۵، F محاسبه شده برای اثر هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری بر روی مؤلفه‌های درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی تأثیر داشته است. با توجه به میانگین دو گروه، گروه آزمایش بر روی درد زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی میانگینی کمتر نسبت به گروه گواه و مؤلفه‌های تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی میانگینی بیشتری نسبت به گروه گواه به دست آورده است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که هیپنوتیزم درمانی

شناختی رفتاری باعث بهبود درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی شده است. همچنین مشاهده می شود که F محاسبه شده برای اثر پیش‌آزمون بر مؤلفه های درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی از لحاظ آماری معنادار نیست. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش تحت تأثیر نمرات پیش‌آزمون قرار نگرفته است. مقادیر مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری، ۷۶ درصد درد، ۱۹ درصد تنظیم هیجان و ۷۶ در صد کیفیت زندگی را تبیین می کند. نتایج جدول ۶ نیز نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد و هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری با گروه گواه تفاوت معناداری دارد. در مقایسه زوج بین تغییرات میانگین نمرات درد، کیفیت زندگی و تنظیم هیجان در اثر درمان پذیرش و تعهد و هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل انکوا در متن مانکوا بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

منبع	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اثر
درد	پیش‌آزمون	۴۰۴/۷۹۳	۱	۴۰۴/۷۹۳	۴/۱۸	۰/۰۵۰	۰/۱۸
	گروه	۳۸۷۱/۹۶۴	۱	۳۸۷۱/۹۶۴	۴۰/۰۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	خطا	۱۸۳۵/۸۳۰	۲۱	۹۶/۶۲۳			
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۰/۱۲	۱	۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۰۰۱
	گروه	۱۴۰۷/۸۴۶	۱	۱۴۰۷/۸۴۶	۷/۸۸	۰/۰۱	۰/۲۹
	خطا	۳۳۹۳/۷۹۰	۲۱	۱۷۸/۶۲۱			
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۴۰/۷۶۶	۱	۴۰/۷۶۶	۰/۳۵	۰/۵۵	۰/۰۱
	گروه	۳۲۸۸/۰۵۴	۱	۳۲۸۸/۰۵۴	۲۸/۶۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶
	خطا	۲۱۷۸/۴۸۳	۲۱	۱۱۴/۶۵۷			

جدول ۵ نتایج حاصل از تحلیل انکوا در متن مانکوا بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

منبع	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اثر
درد	پیش‌آزمون	۰/۵۵	۱	۰/۵۵	۰/۰۰۶	۰/۹۴	۰/۰۰۱
	گروه	۵۹۷۲/۲۳۳	۱	۵۹۷۲/۲۳۳	۶۳/۱۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	خطا	۱۷۹۷/۲۳۴	۲۱	۹۴/۵۹۱			
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۳۱۹/۶۸۱	۱	۳۱۹/۶۸۱	۱/۲۶	۰/۲۷	۰/۰۶
	گروه	۱۱۳۳/۲۴۹	۱	۱۱۳۳/۲۴۹	۴/۴۹۷	۰/۰۴	۰/۱۹
	خطا	۴۷۸۸/۴۲۷	۲۱	۲۵۹/۰۲۲			
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱۰۸/۶۰۷	۱	۱۰۸/۶۰۷	۱/۲۳	۰/۲۸	۰/۰۶
	گروه	۵۲۹۶/۹۸۰	۱	۵۲۹۶/۹۸۰	۶۰/۰۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	خطا	۱۶۷۵/۳۵۱	۲۱	۸/۱۷۶			

جدول ۶ خلاصه نتایج مقایسه زوج میانگین‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
	درمان پذیرش و تعهد	هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری	۵/۹۱	۳/۹۱	۰/۴۲
		گواه	۲۶/۶۶		۰/۰۰۱
درد	هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۵/۹۱	۳/۹۱	۰/۴۲
		گواه	۳۲/۵۸		۰/۰۰۱
	گواه	درمان پذیرش و تعهد	۲۶/۶۶	۳/۹۱	۰/۰۰۱
		هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری	۳۲/۵۸		۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری	۱	۶/۲۸	۰/۹۹
		گواه	۱۶/۰۸		۰/۰۴
تنظیم هیجان	هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۱	۶/۲۸	۰/۹۹
		گواه	۱۵/۰۸		۰/۰۶
	گواه	درمان پذیرش و تعهد	۱۶/۰۸	۶/۲۸	۰/۰۴
		هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری	۱۵/۰۸		۰/۰۶
	درمان پذیرش و تعهد	هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری	۶/۵۸	۳/۷۱	۰/۲۵
		گواه	۲۸/۸۳		۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری	درمان پذیرش و تعهد	۶/۵۸	۳/۷۱	۰/۲۵
		گواه	۳۰/۴۱		۰/۰۰۱
	گواه	درمان پذیرش و تعهد	۲۸/۸۳	۳/۷۱	۰/۰۰۱
		هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری	۳۲/۴۱		۰/۰۰۱

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری بر درد، کیفیت زندگی و تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته‌های این پژوهش با گزارش امین سرخی و همکاران (۲۰۲۳) که درمان هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری بر درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی را بررسی کرد، هم سو است. مقتدر (۲۰۱۷) نیز مطالعه‌ای جهت مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم درمانی شناختی انجام دادند که نتایج آن‌ها مشابه این مطالعه بود. تامپسون، ترهیون، اورام، شارانپارنی[1] و همکاران (۲۰۱۹) اثربخشی هیپنوتیزم بر درد را تائید کردند. مین یونگ، می او و چون نک[2] (۲۰۱۷) در پژوهش خود با هدف مقایسه سه درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد همسو با پژوهش حاضر گزارش کردند که هر دو درمان باعث بهبود تنظیم هیجان و سمپتوم‌های پیش از قاعدگی می‌شود.

در رابطه با تبیین نتایج فوق می‌توان به چند نکته اشاره نمود. اول اینکه تمامی عناصر سازنده در روش شناختی رفتاری جهت اصلاح در این روش محفوظ است. دوم اینکه در این روش نقش عواملی همچون هشیاری، تمرکز و توجه ورزی در یک بافت خلسه و آرامش مؤثر با روش شناختی رفتاری ترکیب گشته که خاصیت اثرگذاری آن را دوچندان نموده است. سوم اینکه باید به ماهیت هیپنوز اشاره نمود که با توجه به نظریات طرد نسبی، ناظر پنهان، مرکز ساطع انرژی، خود هیپنوتیزمی منفی، خاصیت

[1] Thompson, Terhune, Oram, Sharangparni
[2] Min-Jung, Mi-Ok, ChongNak

ترکیب پذیری و درمانی خلاصه در حالات مختلف درمانی، اهمیت و ارزش تلقینات استعاری و پس هیپنوتیزمی در تغییر و بهسازی هر نوع رفتار مورد نظر توجه نمود که باعث به وجود آمدن چنین نتیجه‌ای شده و نقش مؤثر و کارآمدی در کاهش درد و افزایش تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی داشته است. در واقع، تکنیک‌های شناختی مانند ارزیابی مجدد شناختی، باز سازی، چالش با فکر و آزمون واقعیت به افراد کمک می‌کنند تا پاسخ‌های خود به شرایط محیطی را اصلاح کنند. درمان شناختی رفتاری از این تکنیک‌ها برای درمان اختلالات سلامت روان، ترویج رفتارهای سالم‌تر و کاهش علائم استفاده می‌کند (سورامیثو، ونسنت، جوزف، دنا[1] و همکاران، ۲۰۲۴). راهبردهای اضافی، از جمله هیپنوتیزم نیز اثربخشی درمان را افزایش می‌دهد (روماندو، پستل، بیرن و گیگنک[2]، ۲۰۲۴).

همچنین وجود نشانه‌های جسمانی، روانی و هیجانی از جمله ناپایداری عاطفی و تحریک پذیری در چرخه قاعدگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی، باعث افزایش نشخوار فکری و مشغولیت ذهنی زنان به مشکلات مربوط به عادات ماهیانه گذشته شان، هیجان‌های منفی و نگرانی آن‌ها نسبت به آینده باعث ایجاد فشارهای روانی و اختلالاتی مانند افسردگی، بیماری‌های جسمی و روابط اجتماعی نامناسب می‌شود که همه این موارد نه تنها تنظیم هیجان را کاهش می‌دهد بلکه باعث افت کیفیت زندگی در آن‌ها می‌گردد؛ لذا در رویکرد پذیرش و تعهد انعطاف ناپذیری روان شناختی و اجتناب از پذیرش هیجان‌ها و افکار آزاردهنده منجر به تقویت این هیجان‌ها و افکار و آزار دهندگی بیشتر آن‌ها می شود. در این رویکرد به فرد کمک می شود تا به‌جای زندگی در گذشته و آینده، تمرکز خود را متوجه زمان حال سازد و بتواند ارزش‌های خود را شناسایی کند و حتی با وجود افکار و احساسات آزاردهنده، مطابق ارزش‌ها و اهداف خود عمل کند. در واقع فرد یاد می‌گیرد به جای تلاش برای کنترل رویدادهای درونی، آن‌ها را بپذیرد و در جهت رسیدن به اهداف و ارزش های خود گام بردارد. بدین ترتیب عملکرد کلی فرد در سطح فردی و خانوادگی بهبود می یابد. زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی تحت درمان پذیرش و تعهد می‌آموزند که به‌جای غرق شدن در درد، نگرانی، خلق منفی و سلامت روان از دست رفته خود و سختی‌ها و دشواری‌هایی که ممکن است دائماً در بار چرخه قاعدگی با آن مواجه شوند، اهداف منطبق بر ارزش‌های خود را شناسایی کنند و حتی با وجود افکار و احساسات فرساینده‌ای که موجب افسردگی فرد و کاهش کیفیت زندگی او می‌شوند، متعهدانه به اهداف خود پایبند باشند تا بتوانند بهتر و کارآمدتر ابعاد مختلف زندگی و شرایط خود را مدیریت کنند و در کنار آرامش روانی و جسمانی و روابط اجتماعی بهتر از زندگی سالم‌تر و شاداب‌تری برخوردار شوند.

اگر چه هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری به‌طور مستقیم بر کاهش نشانه تمرکز دارد، درمان پذیرش و تعهد چنین نیست. با این حال هر دو درمان با توجه به ماهیت روان شناختی اختلال ملال پیش از قاعدگی باعث بهبود درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی شده است. به‌طوری که هر دو رویکرد با باز سازی شناختی افکار و باورهای معیوب و

[1] Savarimuthu, Vincent, Joseph, Dona

[2] Ramondo, Pestell, Byrne & Gignac

افزایش پذیرش و انعطاف پذیری به زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی کمک می‌کند، ضمن پذیرش و تغییر افکار منفی، مدیریت هیجان از د ست رفته خود را دوباره به دست آورند و از احساس گناه، خشم و عصبانیت ن سبت به خود، هم سر، اطرافیان و به‌طور کلی علائم و ن شانه‌هایی که باعث کاهش کیفیت زندگی شان شده رهایی یابند و با آموزش م ستقیم مهارت‌های مهارت حل م سئله، مذاکره، حل تعارض و کنترل خ شم در مقابل م شکلات خانوادگی و اجتماعی نا شی از اختلال بهترین عکس‌العمل را نشان دهند. بدین ترتیب از روابط مسالمت آمیز و حمایت همسر، خانواده و دوستان برخوردار شوند. همین حمایت، پ شتیبانی و ارتباطات مؤثر، خلأ عاطفی و روانی نا شی مشکلات خلقی و انزوای اجتماعی در دوران بروز اختلال را تا حدود زیادی پر خواهد کرد و به زنان این توانایی را می‌دهد که بهتر با ف شار و دردهای نا شی از اختلال ملال پیش از قاعدگی کنار بیایند.

نتیجه‌گیری

بر اســاس نتایج تحقیق اثربخشــی درمان پذیرش و تعهد و هیپنوتیزم درمانی شــناختی رفتاری بر درد، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی تفـاوتی نـدارد. به دل یل م حدود یت ز مانی، ام کا نات پژوه شگر، کمبودها و موانع موجود، انتخاب گروه نمونه فقط از بین ز نان مبتلا به اختلال ملال پیش از قا عدگی شهر ساری صورت گرفته ا ست و انتخاب نمونه پژوهش از یک شــهر خاص از اعتبار بیرونی پژوهش کاســته می‌شــود. عدم توجه به برخی متغیرهای روان‌شــناختی و جمعیت‌شــناختی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضــر قلمداد می‌شــود که می‌تواند اعتبار درونی را به مخاطره بیندازد. پی شنهاد می شود در پژوهش‌های آینده به‌منظور افزایش اعتبار درونی به متغیرهای روان شناختی و جمعیت شناختی که می‌توانند نتایج پژوهش را خد شه‌دار کند، توجه شود و یا با توجه به حجم نمونه بالا، تأثیر آن‌ها یا کنترل شود و یا مورد محا سبه قرار گیرد تا سهم خالص متغیرهای اصلی، مشخص و شفاف گردد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، برای کاهش سوگیری احتمالی و کنترل متغیرهای مداخله‌گر، نمونه مورد مطالعه از شهرها و گروه های مختلف و با حجم بی شتر انجام شود تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج پژوهش را تعمیم داد.

سپاسگزاری

این پژوهش مســتخرج از رســاله دکتری روان‌شــناســی در دانشــگاه آزاد اســلامی واحد گرگان بوده و با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC. 1401.041 در دانشــگاه آزاد ا سلامی واحد ساری مورد تصویب قرار گرفته ا ست. این پژوهش هیچ‌گونه منبع مالی نداشــته و نویســندگان آن تعارض منافع ندارند. از تمامی کسانی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری دادند کمال تقدیر و تشــکر را داریم.

References

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.).

Amin Sorkhi M, Hassanzadeh R, Asadi J, Pourasghar M. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Pain in Patients with Premenstrual Disorder. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2023; 31 (1) :29-37. (In persian)

Questionnaire. Trends in psychiatry and psychotherapy, 43(2), 101–107.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. European Journal of Psychological Assessment, 23(3), 141–149.

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. Journal of Contextual Behavioral Science, 18, 181–192.

Grant, M., Salsman, N. L., & Berking, M. (2018). The assessment of successful emotion regulation skills use: Development and validation of an English version of the Emotion Regulation Skills Questionnaire. PloS one, 13(10), e0205095.

Hariri, F. Z., Moghaddam-Banaem, L., Siah Bazi, S., Saki Malehi, A., & Montazeri, A. (2013). The Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): a validation study. Archives of women's mental health, 16(6), 531–537.

Liguori, F., Saraiello, E., & Calella, P. (2023). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder's Impact on Quality of Life, and the Role of Physical Activity. Medicina (Kaunas, Lithuania), 59(11), 2044.

Mahmood, Z., Butt, A., & Cheema, M. A. (2023). Frequency of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) and Comparison of Quality of Life between Female Medical Students with and without Premenstrual Dysphoric Disorder. Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP, 33(6), 638–641.

Asgariani Z, Barat S, Moudi S, Hamidia A, Bijani A L. (۲۰۱۸). Comparing the efficacy of hypnosis and the muscle relaxation in the symptom-relief of premenstrual syndrome. Koomesh, 20(3), e152987.

Ben Elazar, A., Canetti, L., Azoulay, M., Dan, R., Goelman, G., Segman, R., … Reuveni, I. (2023). Quality of Life among University Students with Premenstrual Symptoms: The Role of Emotion Regulation. European Psychiatry, 66(S1), S648–S649.

Branecka-Woźniak, D., Cymbaluk-Płoska, A., & Kurzawa, R. (2022). The impact of premenstrual syndrome on women's quality of life - a myth or a fact?. European review for medical and pharmacological sciences, 26(2), 598–609.

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, 14, 1783–1801.

Choijiljav, Dorjderem & Tuya, Sukhbat & Ogawa, Shota & Yanjmaa, Enkhjargal & Badamdorj, Oyungoo & Saito, Asuka & Arai, Yoko & Shinozaki, Hiromitsu. (2024). Validation of the premenstrual symptoms questionnaire among Mongolian nursing school students. BMC Women's Health. 24-03492-3.

Dehnavi, S. I., Mortazavi, S. S., Ramezani, M. A., Gharraee, B., & Ashouri, A. (2024). Emotion-focused therapy for women with premenstrual dysphoric disorder: a randomized clinical controlled trial. BMC psychiatry, 24(1), 501.

Foroughi, A. A., Parvizifard, A., Sadeghi, K., & Moghadam, A. P. (2021). Psychometric properties of the Persian version of the EmotionRegulation

Odongo, E., Byamugisha, J., Ajeani, J., & Mukisa, J. (2023). Prevalence and effects of menstrual disorders on quality of life of female undergraduate students in Makerere University College of health sciences, a cross sectional survey. BMC women's health, 23(1), 152.

Oliva, V., De Prisco, M., Fico, G., Possidente, C., Fortea, L., Montejo, L., Anmella, G., Hidalgo-Mazzei, D., Grande, I., Murru, A., Fornaro, M., de Bartolomeis, A., Dodd, A., Fanelli, G., Fabbri, C., Serretti, A., Vieta, E., & Radua, J. (2023). Correlation between emotion dysregulation and mood symptoms of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. Acta psychiatrica Scandinavica, 148(6), 472–490.

Pereira, M. G., Carvalho, C., Costa, E. C. V., Leite, Â., & Almeida, V. (2021). Quality of life in chronic pain patients: Illness- and wellness-focused coping as moderators. PsyCh journal, 10(2), 283–294.

Puthusserry ST, Delariarte CF. Premenstrual Dysphoric Disorder as a predictor of quality of life among late adolescents in India amidst the COVID-19 pandemic. IAHRW Int J Social Sci Rev. 2022;10(1):7–11.

Reilly, T. J., Patel, S., Unachukwu, I. C., Knox, C. L., Wilson, C. A., Craig, M. C., Schmalenberger, K. M., Eisenlohr-Moul, T. A., & Cullen, A. E. (2024). The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders, 349, 534–540.

Ramondo, N., Pestell, C. F., Byrne, S. M., & Gignac, G. E. (2024). Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis in the Treatment of Major Depressive Disorder: A Randomized Control Trial. International Journal of Clinical

Menefee, D. S., Ledoux, T., & Johnston, C. A. (2022). The Importance of Emotional Regulation in Mental Health. American journal of lifestyle medicine, 16(1), 28–31.

Min-Jung, J, Mi-Ok, L, ChongNak, S. (2017). Effects of Acceptance and Commitment Therapy(ACT) on Premenstrual Symptoms, Attitudes about Menstruation, and Perceived Stress of Women with Premenstrual Syndrome. Journal of Digital Convergence. 15. 485-495.

Modzelewski, S., Oracz, A., Żukow, X., Iłendo, K., Śledzikowka, Z., & Waszkiewicz, N. (2024). Premenstrual syndrome: new insights into etiology and review of treatment methods. Frontiers in psychiatry, 15, 1363875.

Moghtader, Leila. (2017). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy with Cognitive Hypnosis on Reducing Depression in Students with Premenstrual Syndrome. MOJ Clinical & Medical Case Reports, 7, 00225.

Mohammadian, Mohammad Ali (1995). The nature of psychological factors and coping skills in amputees with phantom limb pain, master's thesis in clinical psychology, Tehran Institute of Psychiatry. (In persian)

Millgram, Y., Huppert, J. D., & Tamir, M. (2020). Emotion Goals in Psychopathology: A New Perspective on Dysfunctional Emotion Regulation. Current Directions in Psychological Science, 29(3), 242-247.

Nayman, S., Beddig, T., Reinhard, I., & Kuehner, C. (2023). Effects of cognitive emotion regulation strategies on mood and cortisol in daily life in women with premenstrual dysphoric disorder. Psychological Medicine, 53(11), 5342–5352.

and Experimental Hypnosis, 72(3), 229–253.

Savarimuthu, Vincent, Joseph, Dona, Irulandi, Muthuchamy. (2024). Emotion Regulation through Cognitive Strategies. 10.5772/intechopen.1006361.

Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A., & WHOQOL Group (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 13(2), 299–310.

Straneva, P. A., Maixner, W., Light, K. C., Pedersen, C. A., Costello, N. L., & Girdler, S. S. (2002). Menstrual cycle, beta-endorphins, and pain sensitivity in premenstrual dysphoric disorder. Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 21(4), 358–367.

Takeda T. (2023). Premenstrual disorders: Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. The journal of obstetrics and gynaecology research, 49(2), 510–518.

Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., Solmi, M., Veronese, N., & Stubbs, B. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. Neuroscience and biobehavioral reviews, 99, 298–310.

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. (1998). Social science & medicine (1982), 46(12), 1569–1585.

Vahedi S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model. Iranian journal of psychiatry, 5(4), 140–153.